

достаточно противоречивые мнения относительно информативности и достоверности тех или иных методов диагностики состояния пародонта.

В последние годы в Украине внедряется современная диагностическая компьютерная программа пародонтального зондирования «Флорида Проуб» (ФП), которая была разработана в 1988 году в США (штат Флорида), и получила широкое распространение во всем мире, как программа, представляющая наиболее объективную и сопоставимую информацию о состоянии тканей пародонта.

За период с января 2010 г. в отделе заболеваний пародонта с использованием компьютерной системы ФП обследовано 186 человек, у 22 больных генерализованным пародонтитом проведены повторные обследования с целью оценки эффективности лечения.

С помощью измерений специальным электронным зондом и нажатием педали у каждого пациента регистрируют следующие клинические параметры: глубину пародонтальных карманов, рецессию и гиперплазию десны, кровоточивость, гноетечение, состояние фуркаций, подвижность зубов, отмечают наличие зубных отложений и т.д.

Глубина десневой борозды и пародонтальных карманов измеряется в миллиметрах с точностью до десятых на язычной (небной) и щечной поверхностях каждого зуба в 6 точках: дистально-щечной, щечной, медиально-щечной, медиально-язычной, язычной и дистально-язычной. Также следует отметить, что при обследовании пародонта электронным зондом достигается одинаковая сила зондирования, что, в свою очередь, создает преимущество автоматизированного метода диагностики перед мануальным, так как регистрируются более точные и более объективные количественные показатели состояния тканей пародонта.

При обследовании пациента с помощью программы ФП затрачивается меньше времени, так как нет необходимости вносить данные измерений вручную в пародонтологическую карту. Контроль измерений происходит как по цифровому и графическому изображению на мониторе, так и по звуковому сопровождению, что удобно и для врача, и для пациента.

Важным преимуществом автоматизированной системы ФП является относительная простота использования, что позволяет высказать предложение о возможности передачи обследования гигиенисту зубному.



*Ю. Г. Чумакова, д. мед. н., В. В. Перекрест, А. Е. Кононенко, А. А. Прийма*

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

### **МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ**

Комплексное лечение больных пародонтитом включает различные виды стоматологической помощи – терапевтическое (общее и местное), хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое, физиотерапевтическое лечение, имеющие этиотропную, симптоматическую и патогенетическую направленность. У всех больных генерализованным пародонтитом (ГП) независимо от степени развития и характера течения заболевания на начальном этапе проводится консервативное лечение, включающее профессиональную гигиену полости рта, антимикробную и противовоспалительную терапию, а далее по показаниям у каждого больного определяется объем других необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

В результате комплексного клинко-рентгенологического обследования 272 больных ГП разной степени, 22 больных юношеским пародонтитом (ЮП) и 31 больного с быстро прогрессирующим пародонтитом взрослых (БПП) установлено, что 78,1 % из них нуждается в хирургическом лечении (операциях вестибулопластики, френулопластики, гингивоостеопластики), 42,6 % - в ортодонтическом лечении и 74,0 % - в ортопедическом лечении (шинировании подвижных зубов, протезировании дефектов зубных рядов).

У обследованных больных в процессе комплексного пародонтологического лечения выполнены: 41 операция по углублению преддверия полости рта (вестибулопластика); 32 операции пластики уздечек верхней и/или нижней губы (френулопластика); у 183 больных операции гингивоостеопластики – лоскутные операции (модификация метода по Видману-Нейману-Цешинскому) – тотальные на верхней и нижней челюстях или в области отдельных зубов и фрагментов зубного ряда с использованием различных остеопластических материалов.

Ортодонтическое лечение проведено у 36 больных пародонтитом. У 10 больных применяли съемные ортодонтические аппараты, у 26 человек – несъемные аппараты (брекет-системы). У 18 больных ГП нач.-I, I, I-II степени с имеющимися зубо-челюстными аномалиями ортодонтическое лечение проводилось с целью профилактики дальнейшего прогрессирования пародонтита, а у 18 больных ГП II-III, III степени, ЮП и БПП – для устранения вторичных деформаций зубных рядов и патологии отдельных зубов, которые развились вследствие пародонтита.

Ортопедическое лечение – шинирование зубов и протезирование дефектов зубных рядов – проведено у 97 обследованных больных. Чаще всего изготавливали металлокерамические цельнолитые конструкции (у 64 человек) и современные бюгельные протезы на замковых креплениях (аттачментах) – у 23 больных.

Полный курс пародонтологического лечения в группах пациентов с ГП II-III, III степени, ЮП и БПП в среднем составил от 1 до 1,5 лет.

По нашим данным, полностью прошли весь курс необходимого пародонтологического лечения только 159 из 325 обследованных больных, что составило 48,9 %. Причины этого разные: недостаточная мотивация больных и вера в успех лечения, недостаток времени, отсутствие материальных средств и др.

Установлена высокая эффективность хирургических методов лечения ГП, операций гингивоостеопластики, что подтверждено стойкими отдаленными результатами в сроки от 1 года до 8 лет у 89,5 % больных, при этом у 23,2 % оперированных больных на рентгенограммах определен выраженный прирост костной ткани.

Результаты ортодонтического и ортопедического лечения больных ГП, также подтвержденные данными рентгенографии челюстей, показали возможность достичь длительной стабилизации дистрофически-воспалительного процесса в пародонте вследствие устранения окклюзионных нарушений, восстановления целостности зубных рядов и обеспечения полноценной функциональной активности зубочелюстной системы.

