

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

В. Ю. Хитров, А. И. Заболотный, С. А. Хамидуллина

*Кафедра терапевтической и детской стоматологии (зав.— доц. В. Ю. Хитров)  
Казанского института усовершенствования врачей*

Хронические воспалительные заболевания пародонта — хронический катаральный гингивит и генерализованный пародонтит — имеют наибольший удельный вес в структуре поражений пародонтальных тканей. Начинаясь незаметно, со слабо выраженных поверхностных воспалительных явлений, они приводят к разрушению опорного аппарата зубов и к резко выраженным функциональным расстройствам зубочелюстной системы. Кроме того, высока очаговая активность пародонтальной патологии воспалительного характера.

Развитие хронического гингивита и пародонтита связано с образованием мягкого зубного налета, представляющего собой скопление бактерий, вегетирующих в полости рта. Количество зубного налета и зубного камня напрямую связано с гигиеническим уходом за полостью рта, которым систематически занимаются не более 30—40% взрослого населения. Важное значение имеют количественные и качественные изменения ротовой жидкости и слюны, которые обеспечивают иммунологический компонент хронического пародонтального воспаления. Превышение адаптационных возможностей приводит к резкому нарушению микроциркуляции пародонта, что выражается в замедлении кровотока, нарушении проницаемости капилляров, явлениях гипоксии и др. Всасываясь с током крови и лимфы, микробные и тканевые токсины могут обусловить хроническую интоксикацию и сенсбилизацию организма. Имеют значение такие факторы, как недостаточность витамина С, нарушения гормонального фона, заболевания желудочно-кишечного тракта, стрессы и т. д.

Обследование пародонтологического больного требует значительных затрат времени. Анамнез позволяет выявлять характер жалоб, длительность заболевания и его течение, эффективность ранее проводившегося

лечения. Гигиеническое состояние оценивают по наличию зубного налета и зубного камня с помощью гигиенических индексов Федорова—Володкиной и Грина—Вермильона. Отдельно определяют скорость бляшкообразования. О состоянии десны судят по таким признакам воспаления, как гиперемия, отек, кровоточивость, консистенция, изъязвление и гипертрофия. Уточнить их наличие и распространенность можно с помощью пробы Шиллера—Писарева. Нарушение микроциркуляции выявляют по степени стойкости капилляров десны (проба Кулаженко). Особое внимание уделяют измерению глубины патологических карманов и определению его содержания. Объективизировать оценку воспалительных изменений помогает ряд индексов (ПИ, РМА, Рамфорта и др.). Исследование прикуса предусматривает определение его вида и зон преждевременных контактов или патологической окклюзии. Выясняют функциональную ценность каждого зуба. С помощью панорамной рентгенографии изучают состояние костного пародонта: сохранность кортикальной пластинки, высоту (степень и равномерность убыли) и край (плотный или порозный) альвеолярных отростков челюстей, что можно выразить в числовом значении (индекс Фукса). По показаниям больных обследуют терапевт, эндокринолог, аллерголог и другие специалисты.

Клиническая картина хронических воспалительных заболеваний складывается из признаков поражения разных компонентов пародонта — десны, периодонтита и альвеолярной кости. В зависимости от степени и характера течения процесса эти симптомы бывают выражены неодинаково и в различной комбинации (табл. 1, 2).

Лечение больных должно быть направлено на устранение симптомов заболевания, восстановление жевательной способности и предупреждение рецидивов. Перед лечением необ-

## Клиническая и дифференциально-диагностические критерии хронических форм гингивита

Воспалительные заболевания пародонта	Жалобы и анамнез	Локальный статус	Рентгенография
Острый катаральный гингивит	Ноющие боли в деснах, усиливающиеся при приеме пищи и чистке зубов. Неприятный запах изо рта. Слабость, может быть озноб, плохой аппетит, нарушение сна. В анамнезе нередко перенесенные простудные заболевания	Гиперемированные, отечные, десневые сосочки напряжены, болезненны, легко кровоточат. Из десневых бороздок выделяется десневая жидкость. Иногда воспалительные явления распространяются на краевую десну и слизистую оболочку рта. Рыхлый налет на зубах, деснах, языке, а иногда на языке и миндалинах. Состояние зубов и прикуса без особенностей	Альвеолярная кость имеет нормальную структуру
Хронический катаральный гингивит	Кровоточивость десен, неприятные ощущения, зуд и ноющие боли. Больные затрудняются определить начало заболевания	Десневые сосочки цианотичны, отечны, безболезненны, при легком надавливании кровоточат. Проба Писарева—Шиллера положительная. Отложения над- и поддесневого зубного камня. Нередко аномалия прикуса. Подвижность зубов не определяется	Возможно расширение периодонтальной щели у шеек зубов
Хронический катаральный гингивит в стадии обострения	Спонтанная или обильная кровоточивость, появление боли при приеме пищи. Снижение аппетита, изменение вкусовых ощущений, лимфаденит, иногда повышение температуры. Подобное состояние может рецидивировать	Десневые сосочки и десневой край имеют выраженный отек и цианотичность, рыхлые, легко кровоточат, слабо болезненны. Отделяемое серозно-гнойное. Небольшое количество рыхлого налета и мягкий слабо пигментированный наддесневой зубной камень. В тяжелых случаях определяется подвижность зубов I степени	Изменений нет, но возможны признаки остеопороза вершин межзубных перегородок
Гипертрофический гингивит, грануломатозная форма	Кровоточивость и увеличение десен, боли при приеме жесткой пищи. Наблюдается в периоде эндокринной перестройки у подростков, беременных женщин	Десневые сосочки увеличены, цианотичны, лоснящиеся, пастьозные, легко кровоточат, при надавливании болезненные, выбухают из межзубных промежутков, образуя ложный патологический карман, из которого выделяется сукровичный или серозно-гнойный экссудат. Проба Писарева—Шиллера положительная. Могут быть мягкий зубной налет, остатки пищи и очаги плотного пигментированного поддесневого зубного камня. Нередко имеется аномалия прикуса и положения зубов. Иногда отмечается подвижность зубов I степени.	Нередко обнаруживается резорбция пластинки вершин межальвеолярных перегородок

ходимо составить план намечаемых вмешательств с учетом формы, степени поражения пародонта и особенностей течения заболевания у каждого больного. Основные требования сводятся к комплексности и соблюдению строгой последовательности следующих лечебных мероприятий.

**1. Снятие зубных отложений.** Зубной камень удаляют механическими

(инструменты), химическими (3% хлористый литий, хлоргексидин) и физическими (ультразвук) методами. После этого сошлифовывают инфицированный слой цемента корня, полируют поверхность зуба и заканчивают процедуру обработкой зубов реминерализующими препаратами. Уже при первом посещении больного обучают правилам гигиены полости

## Клинические и дифференциально-диагностические критерии заболеваний пародонта

Воспалительные заболевания пародонта	Жалобы и анамнез	Локальный статус	Рентгенография
Хронический генерализованный пародонтит	Кровоточивость, неприятный запах изо рта, иногда отделяемое из патологических карманов, подвижность зубов, недомогание. Характерна большая длительность заболевания	Десневые сосочки и десневой край цианотичные, пастозные, безболезненные, легко кровоточат. Местами на альвеолярном отростке отмечается западение слизистой. Различной глубины патологические карманы, из которых выделяется сукровичный или серозно-гнойный экссудат. Отложения плотного пигментированного над- и поддесневого зубных камней. Зубы подвижны в разной степени. Имеются признаки смещения зубов и травматической окклюзии	Отсутствие кортикальной пластинки, различная плотность и неравномерная деструкция межзубных перегородок
Хронический пародонтит в стадии обострения	Сильные боли, особенно при надавливании, подвижность зубов, гноетечение. Быстрая утомляемость, головные боли, температура, ускорение СОЭ. Частые рецидивы, нередко на фоне неоднократных курсов лечения	Десневой край отечен, цианотичен, болезненный, легко кровоточит. Неравномерно окрашена слизистая альвеолярного отростка. Из-под десны выбухают грануляции. Патологические карманы различной глубины с обильным содержанием гнойного экссудата, нередко обнаруживаются пародонтальные абсцессы и инфильтраты. Быстро образующийся зубной налет, нередко над- и поддесневой камни. Зубы имеют различную степень подвижность, вплоть до потери функциональной ценности, иногда болезненные при перкуссии. Может развиваться ретроградный пульпит. Выраженная травматическая окклюзия	Неравномерная резорбция межзубных перегородок, часто вдоль корня зуба. Край порозен, плохо определяется. В теле челюсти очаги остеопороза
Хронический пародонтит в стадии ремиссии	Жалоб нет, иногда отмечаются неприятные ощущения. Общее состояние не нарушено	Обычно зубные отложения отсутствуют. Вторичные нарушения прикуса: смещение или веерообразное расхождение зубов, феномен Попова—Годона. Неравномерное снижение высоты межзубных перегородок с выраженным уплотнением края альвеолярного отростка	Неравномерное снижение высоты межзубных перегородок с выраженным уплотнением края альвеолярного отростка
Пародонтоз	Жалобы на оседание десен и оголение корней зубов, иногда боль в зубах от холодного. Заболевание развивается в зрелом возрасте	Неравномерная ретракция десневого края, соответствующая уровню убыли костной ткани. Десна плотная, анемичная, хорошо охватывает зубы, без образования патологического кармана. Иногда небольшое количество наддесневого пигментированного зубного камня. Оголение шеек и корней зубов, которые хорошо фиксированы. Оголенная часть зубов пигментирована. Нередко отмечаются нарушение стираемости зубов и клиновидные дефекты	Равномерная атрофия межзубных перегородок с сохранением их плотности и кортикальной пластинки. В глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти выявляются очаги остеосклероза

рта с обязательным последующим контролем.

**2. Удаление зубов, потерявших функциональную ценность.** Необходимость удаления зубов, у которых произошла полная деструкция костного ложа, объясняется несколькими причинами. Они усложняют терапию; в области зубов с глубокими костными карманами нередко возникают обострения в виде пародонтальных абсцессов. Пародонт этих зубов представляет собой очаг хронической фокальной инфекции.

**3. Лечение различных форм воспаления десны.** В комплексном лечении широко применяют лекарственные препараты, обладающие антисептическими и одновременно противовоспалительными действиями: слабые антисептики и препараты растительного происхождения (растворы перекиси водорода, риваноля, марганцевокислого калия, сок коланхоэ, отвары различных трав и др.), противомикробные средства (0,2% раствор хлоргексидина, 1% эмульсия сангвиритрина), антибиотики широкого спектра действия (мономицин, метациелин, рондомицин и др.) с определением их чувствительности к микрофлоре кармана, противовоспалительные препараты (3% мазь ацетилсалициловой кислоты), противоотечные (3% индометациновая, 5% бутадиионовая мази и др.), антипротозойные (трихопол, тинидазол), ферменты (трипсин, химотрипсин, гиалуронидаза и др.), гормональные (фторокорт, диперзолон и др.), белковые анаболизаторы (метилурацил, ксимедон и др.), кератопластики (хонсурид, линимент спедиан, ацемин и др.). В качестве склерозирующих средств большое распространение получили 5% настойка йода, 10% раствор йодиола, 1% раствор молочной кислоты, 1% раствор хлорфиллипта, 5—10% раствор прополиса и др. Склерозирующим эффектом обладает диатермокоагуляция (ДТК).

Нередко применяют десневые повязки из эластических материалов, которые способствуют пролонгированию действия лекарственных средств. Они выполняют еще и защитную функцию, так как после хирургического вмешательства предохраняют послеоперационную рану от инфицирования и раздражения.

**4. Устранение десневых и костных карманов.** Это вмешательство позволяет добиться рубцевания ткани, которая более плотно охватывает шейки зубов и приостанавливает углубление процесса. Кюретаж (глубина кармана до 5,5 мм) заключается в полном удалении эпителиальной выстилки кармана, грануляций, поддесневого зубного камня. Эту операцию целесообразно сочетать с консервативным лечением. После кюретажа карман заполняется кровянистым сгустком, его стенка частично эпителизируется, уменьшается глубина. Кроме механического кюретажа разработан метод вакуум- и криокюретажа. При наличии костного кармана с целью сохранения зуба и восстановления его функции выполняют гингивотомию — рассечение десны с последующим выскабливанием и ушиванием раны или гингивоэктомию — иссечение стенки кармана с последующим лечением образовавшейся раны открытым способом. При тяжелых формах методом выбора являются реконструктивные операции, когда для стимуляции репаративных процессов в пародонте применяют костные трансплантаты, костные гранулы, хрящ, препараты крови в виде губки и др.

**5. Нормализация прикуса и иммобилизация зубов.** Эти процедуры позволяют ликвидировать или уменьшить функциональную перегрузку зубов и пародонта. Их избирательная шлифовка устраняет преждевременные окклюзивные контакты, а шинирование объединяет группы зубов в единый блок, способствуя уменьшению подвижности.

**6. Стимуляция трофики тканей пародонта.** Использование лечебного действия многочисленных физических методов воздействия ведет к улучшению кроволимфообращения, а следовательно, трофики тканей пародонта и их репаративных возможностей. Физиотерапия проводится в конце курса лечения.

**7. Стимуляция обмена веществ и жизненно важных функций организма.** Общее лечение при заболеваниях пародонта осуществляется параллельно с местной терапией и предусматривает витаминизацию (витамины С, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, РР, А, Е), использование анаболизаторов (метилурацил, пен-

токсил и др.) и иммунокорректоров (оротат калия, уснинат натрия и др.), при необходимости антибиотиков (олеандомицин, олететрин, линкомицин и др.) и специфической гипосенсибилизации с применением бактериальных аллергенов. В качестве стимулирующей терапии показаны пирогенные препараты (продигиозан, пирогенал и др.). Лицам с выраженными психоэмоциональными расстройствами или страдающим неврозами назначают седативные средства (микстуры Бехтерева, Павлова, Кватера и др.), иногда малые транквилизаторы (элениум и др.). Ранняя терапия сопутствующих заболеваний существенно повышает эффективность лечения заболеваний пародонта.

Реабилитация пародонтологических

больных направлена на предупреждение рецидива заболевания путем предотвращения образования микробного налета, зубных отложений и других факторов риска. Для этого необходимо длительное, динамическое наблюдение, в процессе которого осуществляется контроль за гигиеной полости рта. Решение вопроса о целесообразности проведения повторных курсов лечения обычно связано с тяжестью процесса и характером течения заболевания. Соблюдение режима реабилитации обеспечивает стойкую ремиссию хронических воспалительных заболеваний пародонта, что во многом зависит от точного выполнения рекомендаций и назначений самим больным.

Поступила 04.01.95.

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.12—008.318.1—07—08

### ТАКТИКА КУПИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ ТАХИАРИТМИИ

*И. П. Арлеевский, Н. А. Андреичев, А. А. Галеев, А. Х. Михайлова,  
Р. С. Насыбуллина, Э. В. Пак, Э. Ф. Рубанова, Ю. Э. Шульц*

*Кафедра терапии № 1 (зав.—проф. И. П. Арлеевский)  
Казанского института усовершенствования врачей*

Сложность устранения приступов тахикардии (ПТА) обусловлена их разнообразием, трудностью дифференциальной диагностики и, наконец, индивидуальным ответом больного на противоаритмический препарат — реакцией, которую невозможно предугадать. В настоящее время для купирования приступов ПТА используется множество различных лекарственных препаратов, однако идеального средства, способного помочь при всех нарушениях сердечного ритма не вызывая осложнений, до сих пор не создано.

Больных, страдающих ПТА, очень много. Начавшийся пароксизм в большинстве случаев требует быстрого устранения, ибо может привести к развитию таких осложнений, как фибрилляция желудочков, тахисистолический аритмический шок, отек легких, острый ретрокардиальный застой, острая почечная недостаточность и т. д. Отсюда и частые вызовы службы скорой помощи, многократная госпи-

тализация и в связи с этим тягостное чувство тревожного ожидания очередного приступа и постоянной зависимости от медицинских работников.

В значительной части случаев для устранения ПТА больной может прибегнуть к методам самопомощи при неприменном условии, что ранее, обычно в стационаре, была доказана их эффективность и безопасность. При обращении больного за врачебной помощью на первом этапе целесообразно прибегнуть к назначению антиаритмических препаратов (ААП) внутрь, при необходимости — последовательно нескольких. Если эти методы купирования в прошлом были неэффективны, то проводят инъекционную, электроимпульсную терапию (ЭИТ), чрезпищеводную электрическую стимуляцию предсердий (ЧПЭС).

В специализированных кардиологических отделениях подбор методов купирования ПТА облегчается с помощью ЧПЭС. В нашей клинике это удалось сделать у 58% больных с