

Министерство образования и науки Российской Федерации
Пензенский государственный университет
Кафедра «Стоматологии»

Курсовая работа

По дисциплине: «Пародонтология»

На тему: «Хирургические методы лечения пародонтита. Кюретаж.
Показания, противопоказания, методики проведения»

Специальность 31.05.03 – Стоматология

Выполнил: студент Барышников Г.Н. 16лс4 4 курса

Руководитель:

Работа защищена с оценкой _____

Дата защиты «__» _____ 20__ г.

Пенза 2020

Содержание

Введение.....	3
1. Пародонтит	4
1.1. Этиология и патогенез пародонтита.....	4
1.2. Местные причины и факторы, способствующие развитию пародонтита	4
2. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта.....	8
3. Кюретаж зубодесневого кармана	9
Заключение	19
Список используемых источников.....	20

Введение

Пародонтит – заболевание десен, которое встречается у пациентов всего мира. На сегодняшний день пародонтит является едва ли не главной причиной потери зубов у взрослого населения. Обычно он начинается с гингивита – небольшого воспаления десен, которое при отсутствии лечения перетекает в воспаление околозубных тканей и связочного аппарата (пародонта), провоцируя расшатывание зубов, теряющих костную опору в челюсти – именно такой процесс носит название «пародонтит»

Кюретаж пародонтальных карманов – это стоматологическая процедура, применяемая при лечении десен.

Заболевания десен (гингивит, пародонтит и т.д.) являются сегодня одной из самых распространенных стоматологических проблем.

Лечение десен практически всегда представляет собой комплекс разного рода процедур, направленных на устранение причин заболевания, возможных осложнений и рецидивов заболевания в будущем.

Кюретаж пародонтальных карманов является одной из обязательных процедур при лечении любых заболеваний десен.

Пародонтальный карман – это небольшое углубление в виде щели, которое находится между краем десны и пришеечной частью зуба. В пародонтальном кармане постепенно скапливаются микроостатки пищи, поселяются микробы и т.д.

1. Пародонтит

Пародонтит — воспалительный процесс, аутоинфекционного происхождения, протекающий в пародонтальных тканях, сопровождается прогрессирующей деструкцией кости и пародонтальных тканей, часто с образованием пародонтальных карманов.

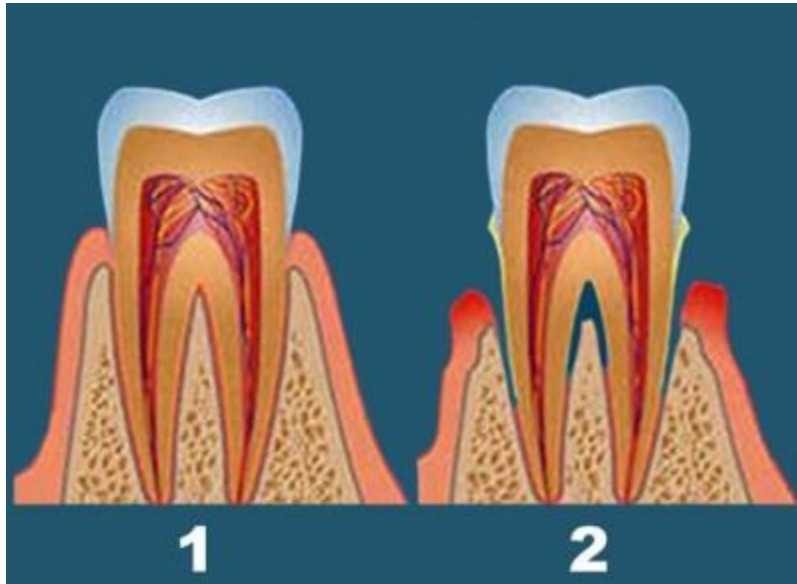


Рис.1. 1- здоровый пародонт, 2 — заболевание пародонта

1.1. Этиология и патогенез пародонтита

Этиология и патогенез пародонтита очень обширный объем информации, так как на развитие патологий пародонтальных тканей как напрямую, так и косвенно воздействует огромное множество факторов. Все они условно делятся на: местные и общие[7].

1.2. Местные причины и факторы, способствующие развитию пародонтита

Зубные бляшки, зубной налет, зубной камень

Несколько последних десятилетий, а именно проводимые за это время исследования, все больше подтверждают теорию о том, что полость рта

является отдельной самостоятельной определенно сбалансированной биологической системой, а заболевания пародонта рассматриваются в данном контексте в качестве нарушения равновесия баланса между тканями полости рта и бактериальным симбиозом. Исходя из аспектов данной теории, причинами возникновения заболеваний пародонта считаются[1]:

1. Наличие и состояние зубных бляшек и зубного налета, а также продукты обмена в них
2. Специфические факторы тканей ротовой полости способные в той или иной мере влиять на патогенетические возможности микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности
3. Общие факторы организма, участвующие в регуляции метаболизма в тканях ротовой полости, в частности, отвечающие за реакцию тканей на патогенное воздействие



Рис.2. Зубная бляшка

Особо важными для изучения пародонтологических болезней принято считать четыре основных образования в ротовой полости.

- Первые два — неминерализованные: зубная бляшка и мягкий зубной налет
- Вторые два минерализованные, а именно: наддесневой и поддесневой зубные камни

При этом первые (зубная бляшка), постепенно превращается в зубной камень, путем минерализации, где десневая жидкость и слюна являются

источниками минералов (фосфора, кальция, карбонатов, магния и др. микроэлементов).

Таким образом, зубная бляшка, по мере роста продвигающаяся в под десневой край, становится причиной раздражения тканей десны.

Происходит это из-за токсинов выделяемых микроорганизмами, обитающими в этой зубной бляшке. Дальнейшее развитие процесса, как правило, приводит к воспалению прилежащих тканей и повреждению эпителия выстилающего десневой карман, то есть к состоянию имя которого — пародонтит[6].

Роль выделяемых микроорганизмами экзотоксинов и эндотоксинов на развитие пародонтита

Но стоит отметить, что не все микроорганизмы способны вызывать подобный эффект. Как известно все бактерии делится на два вида: грамм положительные и грамм отрицательные. Грамм положительные бактерии в данном случае являются постоянными обитателями полости рта, а продукты их обмена — экзотоксины, не оказывают патогенного влияния на ткани полости рта, в частности пародонтальные ткани.

Иные же, грамм отрицательные представители, то есть выделяемые ими токсины — эндотоксины, крайне устойчивы к изменению температуры, агрессивны в отношении тканей в месте бактериальной аппликации, являются стимуляторами формирования антител. Способны нарушать нормальный клеточный обмен, что сопровождается гипер- а затем гипогликемией, и нередко приводит к развитию геморрагического некроза, что в целом уже и есть, не что иное как пародонтит.

Состав и свойства слюны

Особое значение в роли обмена веществ и образования патологий пародонта отводится слюне и ее составу. Ведь именно она является источником ферментов первично расщепляющих пищу, источником микроэлементов, а значит, в немалой степени ее свойства способны влиять на образование зубных отложений, и его состав[2].

Ятрогенные факторы

К местным факторам способствующим развитию пародонтита относят ятрогенные, а именно, местные травматические факторы, например: дефекты протезирования. Но в данном случае форма болезни будет острой очаговой.

Перегрузка пародонта

Также выделяют такую причину, провоцирующую пародонтит, как перегрузка тканей пародонта, при аномалиях прикуса, ранней потере зубов, аномалиях их положения. Связано это с тем, что при перегрузке пародонта возникает изменение трофики — питания тканей, что неизбежно приводит к их изменению.

Недогрузка пародонта

Недостаточность функции жевания и недогрузка, тоже являются предрасполагающими факторами к развитию патологий пародонта. Отсутствие нагрузки на пародонт, при жевании, провоцирует начало атрофического процесса в его тканях[4].

2. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта

Воспалительные заболевания пародонта в настоящее время являются самыми распространенными болезнями в мире. Любая реставрация, от небольшой пломбы до сложной мостовидной конструкции на имплантатах, может выполняться лишь тогда, когда поддерживающие пародонтальные структуры здоровы и не воспалены[1].

Лечение заболеваний пародонта целесообразно проводить комплексно с применением общей и местной терапии. Хирургический метод в комплексном лечении подавляющего большинства заболеваний пародонта является приоритетным. Оно проводится после консервативной терапии и направлено на ликвидацию местных причин, поддерживающих воспаление: удаление зубных отложений, в том числе поддесневых. Выскабливание грануляций и деэпителизацию десневого кармана.

Все вмешательства на пародонте возможно разделить на две группы. К первой группе относятся вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана[3]:

1. Кюретаж пародонтального кармана закрытый.
2. Кюретаж пародонтального кармана открытый.
3. Гингивэктомия.
4. Лоскутные операции.
5. Апикально-смещенный лоскут.
6. Направленная регенерация тканей пародонта.

Вторая группа включает в себя вмешательства, направленные на устранение нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта, которые не только утяжеляют течение воспалительного процесса в пародонте, но в ряде случаев сами являются причинами специфических его поражений. Это:

1. Пластика уздечек и тяжей (френулотомия и френулоэктомия).
2. Вестибулопластика.
3. Операции по устранению рецессий. [2]

3. Кюретаж зубодесневого кармана

Наиболее простым и самым распространенным хирургическим методом является **кюретаж зубодесневого кармана** («curettage» — выскабливание, т. е. удаление патологических грануляций и обработка поверхности корня зуба без образования слизисто-надкостничного лоскута), который выделяют в самостоятельный метод с позапрошлого века (метод Юнгера—Закса). Впервые кюретаж осуществил Rigg в 1867 г., а авторами-разработчиками этого метода были Younger (1880-1892), Н. Н. Знаменский (1899) и Sachs (1909-1910). Юнгер ввел кюретаж в клиническую стоматологию как основной метод лечения при заболеваниях пародонта. Закс под кюретажем понимал методику снятия зубных отложений и выскабливания грануляций, а также предложил набор инструментов для этих целей. Н. Н. Знаменский в своей работе «Радикальное лечение ячеистого гноетечения» (1899), а затем в диссертации «Альвеолярная пиорея и ее патологическая анатомия» (1902) не только теоретически обосновал методику кюретажа, но и провел анализ отдаленных результатов за применением кюретажа у большого числа больных с заболеваниями пародонта[5].

В литературе различают простой и поддесневой кюретаж.

Простой кюретаж ограничен циркулярным эпителием и проводится в пределах зубодесневого соединения при отсутствии пародонтального кармана. При поддесневом кюретаже устраняют или уменьшают пародонтальные карманы. Считали, что успех вмешательства зависит от того, как тщательно удалены над- и поддесневые зубные отложения и грануляции, в результате чего возникает рубцевание кармана [18]. Вместе с тем есть сведения, что тщательная механическая обработка и контроль поддесневой инфекции, а не просто наличие или отсутствие зубодесневых карманов являются главной составляющей успеха (Матулян А. А., 1992). Даже при тщательной индивидуальной гигиене полости рта поддесневая зубная бляшка

может не только не исчезать, но и не уменьшаться, что и обуславливает необходимость профессионального вмешательства под десну. Поэтому в настоящее время поддесневое выскабливание обычно проводится с удалением наддесневых зубных отложений[8].

Учитывая сказанное, становится понятным, почему кюретаж в своем классическом понимании сегодня редко выполняемый метод. Современные его модификации и дополнения сделали эту процедуру многоэтапной, преследующей различные цели. Раньше в зарубежной, а теперь и в отечественной литературе стали называть это вмешательство «scabbing» — соскабливание; «rootplaning» — выравнивание поверхности корня, а также «periodontal debridement» — пародонтальное удаление отложений.

Анализируя эти термины, А. А. Шторм (1997) указывает, что согласно Словарю специальных терминов США (1996), термин «scaling» определен как «инструментальная обработка поверхности коронки и корня зуба для удаления бляшки, камня, пятен». Эта процедура первоначально направлена на удаление видимого и легко доступного зубного камня. Однако соскабливание, выполненное обычным способом, имеет неполный эффект в плане удаления зубной бляшки и бактериальных токсинов с пораженных поверхностей. Именно поэтому соскабливание предлагается выполнять только в тех местах, где зубной камень легко определяется. «Rootplaning» дано определение как «лечебной процедуре», предназначенной для удаления цемента или поверхности дентина, «пропитанных» отложениями или загрязненной токсинами и/или микроорганизмами[7].

Поэтому, когда «root planing» сочетается с «scaling», то результатом вмешательства является более обширное лечение поверхности корня, ценой удаления значительного количества цемента, для более полного удаления отложений любого вида (Woodall I. R. [et al.], 1993).

Термин «periodontal debridement» считается альтернативой терминам «scaling» и «root planing», которые более традиционны для обозначения лечения поверхности корня зуба. Решающим отличием этих процедур

считают разное проведение обработки корня. Если при «scaling» удаление цемента не считается необходимым, а иногда даже нежелательно для достижения здоровья пародонта, то при «rootplaning» является первоочередной задачей [13].

Кюретаж в классическом понимании (выскабливание содержимого пародонтального кармана с целью его ликвидации) показан при наличии пародонтальных карманов глубиной до 5 мм (желательно одиночных) и может проводиться одновременно в области 2—3 зубов. Повторное выполнение кюретажа на одних и тех же зубах возможно лишь спустя 12 мес. Противопоказанием к кюретажу следует считать наличие костных карманов, тонкие десневые стенки пародонтального кармана, а также обильное гноетечение из него. Некоторые специалисты не рекомендуют выполнять кюретаж при фиброзно-измененной десне, объясняя это тем, что фиброзно-измененная стенка пародонтального кармана плохо прирастает к поверхности корня зуба. Этот факт находит подтверждения в клинической пародонтологии.

Для выполнения кюретажа необходима полная анестезия в области операционного поля, соблюдение правил асептики и антисептики, бережное отношение к оперируемым тканям, защита кровяного сгустка и тщательное соблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта в послеоперационном периоде[19].

Методика выполнения кюретажа (закрытого, по Н. Н. Знаменскому) заключается в следующем. После антисептической обработки операционного поля и местного обезболивания корень зуба очищают от наддесневых и поддесневых зубных отложений и полируют его, а затем удаляют грануляции и тяжи эпителия со стенок и дна пародонтального кармана. Для этого на наружную поверхность десневой стенки кармана устанавливают палец и с помощью инструментов (кюреток) осуществляют удаление патологических грануляций «по пальцу». При необходимости освежают край десны и альвеолярного отростка. Завершают выполнение кюретажа антисептической

обработкой операционной раны, гемостазом, плотным прижатием десны к зубу и наложением десневой повязки[9].

Кюретаж осуществляют с помощью специального набора инструментов, куда входят различных типоразмеров и форм экскаваторы, пародонтальные кюретки, рашпили, крючки и т. п.[16].

По завершении кюретажа зубодесневое пространство наполняется кровью, за счет которой формируется кровяной сгусток. Он является основой для формирования соединительной ткани, при рубцовом изменении которой обеспечивается гипотетический результат операции: прикрепление десны к корню зуба, а точнее восстановление эпителия десневой борозды при тесной адаптации десневой муфты к корню зуба (вероятный результат операции)[10].

Ряд специалистов перед завершением кюретажа не рекомендуют вводить в карман лекарственные препараты, чтобы не нарушать процесс организации соединительной ткани. Имеется положительный опыт использования лиофилизированного порошка животного полисахарида хонсурида в карманы перед завершением операции кюретажа. Опыт показал, что данный препарат не только не нарушает, но и оптимизирует процесс регенерации тканей в краевом пародонте за счет создания депо гликозаминогликанов, необходимых для построения соединительной ткани, а также обеспечивает достаточное противовоспалительное и гемостатическое действие[6].

Заживление операционной раны после кюретажа происходит за неделю. Однако не следует осуществлять зондирование зубодесневого желобка после кюретажа в срок до 3—4 нед. (период образования и созревания волокнистых структур в соединительной ткани, в том числе коллагеновых волокон).

Представленная методика классического кюретажа по Н. Н. Знаменскому была совершенствована Т. И. Лемецкой, которой предложена методика «открытого» кюретажа, что позволяет улучшить визуальный

контроль за тщательностью очищения тканей операционного поля. Поэтому данную методику рекомендуют выполнять при глубине пародонтального кармана 5 мм (преимущественно в межзубном промежутке), наличии пролиферации десны и значительном врастании грануляций в пародонтальные карманы, приводящем к деформации и неплотному прилеганию десневых сосочков к зубу[11].

Методика **«открытого» кюретажа** предусматривает рассечение вершин межзубных сосочков в области нескольких зубов скальпелем или десневыми ножницами с последующим тупым расслаиванием межзубной десны до дна карманов. После этого осуществляют кюретаж по описанной методике. Следует подчеркнуть, что при «открытом» кюретаже иногда целесообразно и технически возможно выполнить с помощью десневых ножниц дезэпителизацию лоскутов и даже частичное (до 1,5 мм) иссечение десны в случаях ее пролиферации при сохранении фестончатости десневого края. По завершении операции и тщательного гемостаза накладывают десневую повязку. Есть сообщения о целесообразности наложения швов на губощечные и язычные сосочки межзубной десны.

Противопоказанием для операции «открытого» кюретажа считают пародонтальные карманы глубиной более 5 мм, наличие костных карманов, резкое истончение десны в зоне предполагаемого вмешательства, а также гноетечение и абсцедирование[19].

Более радикальное удаление факторов, поддерживающих воспаление в тканях пародонта, при «открытом» кюретаже обоснованно гарантирует более длительную ремиссию воспалительного процесса. Представляется, что следует соглашаться с мнением А. П. Безруковой, что методику «открытого» кюретажа правильнее считать не модификацией кюретажа, а разновидностью лоскутной операции[22].

Нельзя не сказать, что при кюретаже используются, кроме механического удаления зубных осложнений, химические средства для их растворения. С этой целью в настоящее время обычно применяют 20 %

раствор молочной или 5 % раствор лимонной кислоты. Кислоту вводят в пародонтальный карман на ватной турунде или при помощи шприца под небольшим давлением. Ряд зарубежных ученых считает, что «химический» кюретаж обеспечивает прогнозируемое однородное удаление внутренней стенки кармана, отсутствие необходимости обезболивания тканей, уменьшение кровотечения за счет гемостатического действия химического средства. Все это делает химический кюретаж простым и доступным в применении. Подчеркнем также, что при сочетанном применении методики химического и механического кюретажа обеспечиваются оптимальные условия для организации кровяного сгустка и оптимизации регенерации тканей десневой борозды и прикреплении их к поверхности цемента корня зуба[16].

Растворы серной, хлористоводородной или трихлоруксусной кислоты для целей химического кюретажа не используют из-за неблагоприятного их действия на окружающие ткани пародонта[21].

Известна методика **вакуум-кюретажа**, при которой выскабливание патологических зубодесневых карманов осуществляется в условиях вакуума с помощью специальной аппаратуры. В бывшем СССР такую методику и оборудование для ее обеспечения предложили Н. Ф. Данилевский, А. П. Грохольский и В. Я. Даценко (1968). Авторы рекомендуют выполнять вакуум-кюретаж при глубине пародонтального кармана свыше 5—7 мм, одиночном и множественном абсцедировании. Для лучшего обзора операционного поля возможно предварительно выполнить гингивотомию.

Этапы вакуум-кюретажа:

1. Обезболивание (апликационное, инъекционное).
2. Инструментальное удаление поддесневого зубного камня и разрушенного цемента на поверхности корня зуба вплоть до дна пародонтального кармана с последующей полировкой обработанной поверхности корня зуба[12].

3. Инструментальное выскабливание грануляций и тяжелой эпителии с наружной стенки кармана (внутренней стенки десны).

4. Обработка дна пародонтального кармана и альвеолярного гребня с помощью острых полых насадок для вакуум-аппарата. Альвеолярный край сглаживают фрезоподобными инструментами, а поверхность межзубных перегородок высвобождают от кости, подвергшейся деструкции.

В результате проведения лечения уменьшаются застойные явления в тканях пародонта, улучшается крово- и лимфообращение. В условиях разреженной атмосферы в десне образуются микрогематомы, благоприятный лечебный эффект которой научно обоснован в исследованиях В. И. Кулаженко[13].

Авторами специально сконструированы полые крючки для вакуум-кюретажа и аппарат-компрессор, который при включении в сеть в одной из емкостей создает через 3—5 с вакуум, способный во время операции кюретажа отсасывать кровь, слизь, налет, мельчайшие частицы зубного камня, грануляций, альвеолы. Одновременно во второй емкости создается невысокое избыточное давление, позволяющее подавать и орошать операционное поле раствором антисептика[20].

Вакуум-кюретаж одновременно проводят не более чем у 3—4 однокорневых или у 2—3 многокорневых зубов. После операции рекомендуется глубокие карманы заполнить эмульсией или жидкой пастой с протеолитическими ферментами, антибиотиками, витаминами и др.; с последующим наложением твердеющей повязки на 2—3 сут.

Нашла практическое применение методика **криокюретажа** (Данилевский Н. Ф., Противень Н. Ф.) пародонтальных карманов, которую рекомендуют при глубине карманов 5—7 мм, обильных разрастаниях грануляционной ткани, пародонтальных абсцессах, а также при симптоматическом папиллите и гипертрофическом гингивите. Противопоказан криокюретаж при глубине пародонтального кармана до 3 мм и при истонченной десневой его стенке[14].

Криоприборы позволяют обеспечить на рабочей части температуру до 60-140 °С.

Этапы криокюретажа:

1. ирригация полости рта раствором антисептика, обезболивание операционного поля и удаление над- и поддесневого зубного камня;
2. криокюретаж: рабочую часть прибора вводят в пародонтальный карман и включают криозонд. Время охлаждения (3—15 с) зависит от объема ткани, подлежащей деструкции. По окончании криовоздействия рабочая часть прибора после электрооттаивания извлекается из пародонтального кармана;
3. уход за операционной раной, который заключается в тщательной гигиене полости рта и использовании во время перевязок вначале растворов протеолитических ферментов с антибиотиками, а по мере отторжения тканей после криодеструкции препараты, улучшающие регенерацию. После очищения операционной раны используют лечебную повязку.

Крионекроз после операции наступает через 24—48 ч, а регенерация поврежденного участка — по прошествии 3—6 дней.

Отметим, что методики криообдурания могут использоваться в лечении папиллитов, стойких гипертрофических гингивитов и повышенной десквамации эпителия слизистой оболочки полости рта[11].

Гингивэктомию можно применять с помощью физиохирургического метода лечения, а именно с использованием лазерной хирургии. Лазерная установка «Сжальпель-1», одновременно с рассечением тканей, обеспечивает коагуляционный эффект и асептичность раневой поверхности, а также течение послеоперационного периода без осложнений (Безрукова А. П., 1987). Недостатком установки «Скальпель-1», как и всех СО₂-лазеров, работающих на волне длиной 10,6 мкм, мощности 20—25 Вт, является невозможность использования волоконного световода[19].

В последние годы апробировано использование пульсирующего излучения неодим-иттрий-алюминий-гранатового лазера с длиной волны

1,064 мкм, энергия которого может передаваться через 320-микронное силиконовое волокно. Это позволяет использовать в пародонтологии такой вид лазера для рассечения тканей при выполнении гингивопластики, гингивэктомии и других целей. Кроме того, вместе с традиционными методами излучение лазера может удалять поддесневые зубные отложения и эффективно осуществлять процедуру лазерного кюретажа (Гук А. С., 1998), который показан при глубине пародонтальных карманов (ПК) от 3 до 7 мм. Для этого силиконовый световод вводят в ПК и одновременно перемещают к контурам корня зуба, стараясь перекрестными движениями облучать эпителиальную выстилку стенки кармана, что и обеспечивает ее испарение. Затем световод извлекают из ПК. При этом анестезия обычно не требуется, операция протекает бескровно, иногда устраняется имевшая место гиперестезия твердых тканей зуба, что позволяет использовать лазеры для этих целей после хирургических вмешательств на пародонте[15].

Широко применяется при лечении болезней пародонта диатермокоагуляция — свертывание или створаживание тканей под влиянием токов высокой частоты с использованием аппаратов ДКС-2М, ДКГ-1, ДК-3 и специальных электродов в виде иглы, скальпеля, петли. Она показана для разрушения разросшегося эпителия и грануляций пародонтального кармана, увеличенных межзубных сосочков, т. е. при гипертрофическом гингивите, фиброматозе десен, пародонтите при глубине карманов более 3 мм, пародонтальных абсцессах[7].

Г. Н. Варава предложил биоактивный метод диатермокоагуляции для лечения болезней пародонта с использованием аппаратов «Электронож» и УДЛ-200.

При моноактивной методике электрокоагуляции пародонтального кармана активный электрод в виде иглы вводят на всю его глубину, после чего включают аппарат и иглу передвигают сонаправленно вертикальной оси зуба вокруг него, избегая касания с зубом, так как температура тканей непосредственно под электродами обычно достигает 80—90 °С.

Длительность коагуляции тканей в одном пародонтальном кармане при силе тока 10—15 мА — 2—4 с. Во избежание ожога цемента корня зуба рекомендуют активный электрод покрывать изоляционным лаком, оставляя свободной незначительную часть электрода, соприкасающуюся с тканями, подлежащими коагуляции. При гипертрофическом гингивите используют активные электроды в виде тонкого лезвия, с помощью которого десневые сосочки отсекают от их основания с вестибулярной и язычной (нёбной) стороны[18].

При биоактивном методе (Варава Г. Н.) электроды располагают по сторонам оперируемого участка тканей на расстоянии 1 см друг от друга. Это позволяет концентрировать силовые линии высокочастотного тока между электродами и для обеспечения требуемого эффекта использовать нужно меньшую силу тока, чем при моноактивной методике, снижая риск термического действия на ткани зуба.

Некротизированные ткани удаляют экскаватором или маленькой хирургической ложкой, рану промывают антисептиками и 1—2 %-ной настойкой йода и на 24—48 ч накладывают нетвердеющую защитную лечебную повязку с витаминами, гормонами, ферментами и т. п. Процесс заживления осуществляется за 10—14 сут., иногда с образованием рубца.

А. И. Грудянов и соавт. при хирургическом лечении болезней пародонта использовали высокочастотные волны для разрушения клеток тканей, а А. С. Гук — для этих же целей применял различные виды лазеров, в том числе иттрий-гранатовый лазер[16].

Заключение

Пародонтит, классификация которого описана выше, на самом деле не такое уж безобидное заболевание. Несмотря на мнимую его несерьезность, прогрессирующие и агрессивные формы могут привести к необратимым последствиям вплоть до потери зубов. Патогенез пародонтита обширен, а значит, пострадать от данной патологии, может практически каждый человек.

Лечение пародонтита определяется в индивидуальном порядке на основании общей его картины.

Хирургическое вмешательство. Проявляется в различных вариантах, определенных врачом, применение их определяется конкретной ситуацией.

Кюретаж в стоматологии (пародонтологии) – это глубокая очистка пространства между деснами и корнями зубов от камней, грануляционной ткани, микроорганизмов и прочего «мусора». Кюретаж десен позволяет избежать преждевременного удаления зубов. Процедура проводится под местной анестезией

Список литературы

1. Пародонтология. Ханс-Петер-Мюллер. Пер. с нем. - Львов: ГалДент, 2012.
2. Практическая терапевтическая стоматология - А.И.Николаев, Л.М.Цепов, Москва, "Мед пресс-информ" 2014
3. Пропедевтика стоматологических заболеваний. Скорикова Л.А., Волков В.А., Баженова Н.П., Лапина Н.В., Еричев И.В. Ростов-на-Дону, "Феникс", 2012-640 с.
4. Профилактика стоматологических заболеваний. Кузьмина Э.М. Учебное пособие. Издательство - «Тонга-Принт», 2011. 216 с.
5. Руководство по стоматологии. Луцкая И. К Изд. 2е дополнен. и переработанное. Ростов н/Д: «Феникс», 2011. -544с
6. Стоматология. Руководство к практическим занятиям.\под редакцией Боровского Е.В. .-М.:Медицина,2012.-528с.
7. Терапевтическая стоматология : национальное руководство. под ред.Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Макашовского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с.
8. Терапевтическая стоматология. Часть 2. Болезни пародонта- Учебник для Вузов. Профессор Г.М.Барер, Издательство "ГЭОТАР-Медиа" 2008.-224 с.
9. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта /Л.М.Цепов, А.И.Николаев, Е.А.Михеева. - 3-е изд., испр. и доп. —М.: МЕДпресс-информ, 2008.
10. Заболевание пародонта. Орехова Л.Ю. М: Поли Медиа Пресс, 2009. - 432 с.
11. Заболевания пародонта. Данилевский Н.Ф. Киев: Здоровье, 464 с.- 2010
12. Заболевания пародонта. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю. .-М.:Медицина,2013.-320с.

13. Основы стоматологической физиотерапии. Муравьянникова Ж.Г. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: «Феникс», 2012. - 320 с.
14. Терапевтическая стоматология.\ Под.ред Боровского Е.В.- М.:Медицина,2009.-559с.
15. Терапевтическая стоматология - Е.В.Боровский, В.С.Иванов, Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Москва, “Медицина” 2012
16. Терапевтическая стоматология Учебник для студентов медицинских вузов. Под редакцией Е.В.Боровского.- М.:”Медицинское информационное агенство”. 2014-840 с.
17. Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления. Перова М.Д. М.: Триада, Лтд., 2012. 312 с.
18. Фантомный курс терапевтической стоматологии:Атлас. Магид Е.А., Мухин Н.А. .-М.:Медицина,2011.-300с.
19. <http://www.medicus.ru/stomatology/specialist/>
20. <http://www.lvrach.ru/2001/04/4528725/>
21. <http://www.startsmile.ru/reference/>

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Пензенский государственный университет

Кафедра «Стоматология»

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав. кафедрой «Стоматология»

_____ д.м.н. Л. А. Зюлькина

ЗАДАНИЕ

На курсовую работу по дисциплине «Стоматология (Пародонтология)»

Тема: «Хирургические методы лечения пародонтита. Кюретаж. Показания, противопоказания, методики проведения»

1. Провести аналитико – синтетический обзор информационных ресурсов по выданной теме.
2. Выделить основные проблемные вопросы.
3. Предоставить материал на проверку руководителю.
4. Выполнить работу, сформулировать основные выводы, заключение, при необходимости снабжая иллюстрациями.

Руководитель работы: Раевская Елена Николаевна

Должность _____ подпись _____ ФИО _____