

УДК 616.314.085.454.1:546.28

©І. С. Деніга, О. Р. Ріпецька, В. С. Гриновець, В. В. Бумаценко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Необхідні умови для ефективного ультразвукового опрацювання пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит

Для успішного проведення першого етапу комплексного лікування генералізованого пародонтиту (ГП) необхідними є якісний скейлінг і повноцінне усунення запалення в тканинах пародонта, що створює добрі умови в подальшому для проведення хірургічного етапу лікування.

Відомо, що класичний ультразвуковий скейлінг проводиться для усунення переважно мінералізованих під'ясенних зубних відкладень і меншою мірою грануляцій, інфіковано цементу і біоплівки, що, як правило, ліквідуються в процесі хірургічного лікування.

Ми розробили новий підхід в ультразвуковому опрацюванні пародонтальних кишень глибиною до 6 мм, який був застосований у 57 хворих на ГП I – II ступенів з використанням ультразвукового апарату «Wood-pecker», здатного працювати в режимах скейлінгу і «періо», при яких ультразвукові коливання передаються на кінчик пародонтальної насадки та на всю бічну поверхню відповідно.

Пародонтальні кишені у хворих опрацьовувались у 2 сеанси з інтервалом 2 – 5 днів, під час якого проводилась інтенсивна місцева протизапальна терапія з використанням пародонтальних пов'язок на основі нестероїдних антифлогістиків, біофлавоноїдів, антисептиків та імуномодуляторів.

При першому сеансі робота проводилась послідовно в режимі скейлінгу і «періо» з ви-

користанням металевих пародонтальних насадок. Процедуру завершували рясним зрошенням пародонтальних кишень 0,2 % розчином хлоргексидину і подальшим накладанням твердіючої пародонтальної пов'язки на основі соснової живиці й бджолиного воску на 4 – 8 год. До другого сеансу приступали після повного усунення видимих запальних проявів у яснах і нормалізації індексу кровоточивості. Проводилось повторне ультразвукове опрацювання пародонтальних кишень в режимі «періо» з використанням вузької пародонтальної насадки з алмазним напиленням з метою усунення патологічних грануляцій, біоплівки, некротизованого цементу і створення ранової поверхні на внутрішній стороні кишені. Після зрошення розчином хлоргексидину стінки пародонтальних кишень міцно притискалися до поверхні кореня на 1 хв і закривалися пов'язкою на основі соснової живиці й бджолиного воску. Для збереження пародонтальної пов'язки протягом 24 – 36 год на ділянку ясен з опрацьованими пародонтальними кишнями накладалась попередньо виготовлена шина-капа.

Аналіз результатів застосування даного підходу в ультразвуковому опрацюванні неглибоких пародонтальних кишень у хворих на ГП I – II ступеня показав, що у 35 % з них ліквідувались пародонтальні кишені, а у 44 % – відбулось значне зменшення їх глибини до

1 – 2 мм. Таким чином, у більшості досліджуваних хворих на ГП (79 %) зникала потреба у проведенні хірургічного етапу лікування. Очевидно, що як використання різних режимів та насадок для ультразвукового опрацювання пародонтальних кишень, так і відтер-

мінування другого сеансу, опрацювання кишень на період, поки не відбудеться усунення запалення у пародонті є тими необхідними умовами для ефективного проведення цього альтернативного до хірургічного методу лікування хворих на ГП.