

ТАКТИКА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ І-ІІ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом НДР «Роль запальних захворювань зубощелепного апарату в розвитку хвороб, пов'язаних із системним запаленням», № держ. реєстрації 0112U001538.

Вступ. В комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит (ГП) важливе місце займає раціональне поєднання терапевтичних, хірургічних, ортопедичних, ортодонтичних та фізіотерапевтичних методів. Така тактика курації пацієнта значно підвищує ефективність лікування ГП та зменшує число рецидивів [1,4,6].

Значний відсоток всіх хворих із запально-дистрофічними процесами в тканинах пародонта отримують комплексне лікування, в якому часто обов'язковими є хірургічні втручання різних видів. Гінгівальна хірургія – це операції, які проводяться в межах вільних і прикріплених ясен. У пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту для ліквідації пародонтальних кишень можливо використовувати наступні оперативні втручання: кюретаж (закритий та відкритий), гінгівотомію, гінгівектомію (просту, радикальну), електрохірургічне лікування, мікроостеопластику, клаптеві операції із направленою тканинною регенерацією. Відновлювальний період при цьому займає тривалий термін, протягом якого необхідно зберігати гігієну порожнини рота в належному стані [5]. Ранові дефекти у таких пацієнтів постійно контактують із ротовою рідиною та їжею, що призводить до травмування та інфікування післяопераційних ділянок. Виникає необхідність у пошуку та використанні захисних пов'язок для ранових поверхонь в післяопераційному періоді, які б виконували захист дефекту після закритого та відкритого кюретажу пародонтальних кишень, маргінального пародонту після гінгівотомії, сприяли адаптації ясен в післяопераційному періоді, покривали лінії швів на ділянках післяопераційних втручань [2].

На стоматологічному ринку з'явилась продукція фірми – MIRADENT – адгезивна захисна ранова пов'язка на основі целюлози Reso-pac. Пародонтальна пов'язка містить препарат «Mirra», що проявляє в'язучий, антисептичний та гемостатичний ефект, має характерну адгезію до вологих ранових поверхонь, створена на гідрофільній основі, повільно розчиняється, і може бути рекомендована в післяопераційному періоді для захисту ран в порожнині рота [3].

Мета дослідження – попередження можливих ускладнень та підвищення ефективності місцевих втручань у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом при обов'язковому включенні в комплекс лікування різних видів кюретажу.

Об'єкт і методи дослідження. У клінічних умовах спостерігали хворих на генералізований пародонтит I та II ступенів тяжкості, хронічного перебігу, віком 30-45

років. Контрольну і основну групу склали 46 пацієнтів (24 – в контрольній, 22 – в основній). Всім хворим були показані та проведені оперативні втручання в ділянках зубо-ясеневого з'єднання: закритий і відкритий кюретаж.

Генералізований пародонтит діагностували відповідно до загальноприйнятих клінічних та параклінічних методів обстеження із визначенням пародонтального індексу (ПІ) за Russel (1956); індекса РМА за Parma (1960); функціональної стійкості капілярів (ФСК) за В. Кулаженко у динаміці лікування. Стан гігієни порожнини рота оцінювали до лікування та після лікування за допомогою гігієнічного індексу (ГІ) за Green-Vermillon (1964).

Для встановлення діагнозу використовували класифікацію захворювань тканин пародонта за М. Ф. Данилевським (1994) [1]. Обов'язково аналізували загально клінічне дослідження крові.

Контрольна група хворих отримувала стандартний комплекс місцевих лікувальних заходів, який складався з видалення над- та під'ясенних зубних нащавків, заміни нераціональних пломб та протезів, лікування каріозних уражень зубів, усунення пунктів травматичної оклюзії, проведення місцевої медикаментозної терапії та хірургічного методу – закритий кюретаж пародонтальних кишень. Медикаментозна терапія включала в себе зрошення порожнини рота антисептичними засобами та накладання лікувальної пов'язки (ретинолу ацетат 3,44% – 1,0; токоферолу ацетат 10% – 1,0; аскорбінова кислота – 2,0; метилурацил – 3,0; окис цинку – решта). Пасту готували безпосередньо перед застосуванням. На заключному етапі лікування призначали 10-12 сеансів електрофорезу 5% розчином аскорбінової кислоти на ясна. По показанням хворих консультували ортопеди-стоматологи та лікарі-ортоданти.

В основній групі, додатково до вище зазначеного комплексу лікувальних заходів включали адгезивну пов'язку на основі целюлози Reso-pac, яку наносили на ранові поверхні після оперативних втручань (відкритий кюретаж). Дана методика дозволяє створити депо лікарської речовини безпосередньо в осередку операційної ран. Препарат «Mirra», що входить до складу пов'язки, активізує транспорт кисню і поживних речовин, сприяє їх поглинанню клітинами, посилює внутрішньоклітинний енергообмін, стимулює регенерацію клітин, мікроциркуляцію крові. Завдяки комплексній дії інгредієнтів, проявляються значні ранозагоюючі та репаративні властивості, прискорюється регенерація ураженого епітелію слизової оболонки альвеолярного відростку. Reso-pac міцно фіксували поверх тканин пародонта після відкритого кюретажу в порожнині рота, потім пов'язка повільно самостійно

розчинялась. Уражену ділянку герметично ізолювали від ротової рідини, завдяки чому відбувалась профілактика вторинного інфікування рани та попереджувався вихід лікувальних інгредієнтів з пов'язки в порожнину рота і потрапляння мікроорганізмів під плівку. Курс лікування займав 10-14 днів.

Після оперативних втручань всім хворим призначали неподразнюючу дієту, полоскання порожнини рота розчинами антисептиків, або відварами лікарських трав 4-5 разів на день.

На слідуючий після операції день проводили контрольний огляд та чистку зубів.

Для всіх пацієнтів обов'язковими були рекомендації щодо розпорядку дня, раціональному характеру харчування, правильному догляду за порожниною рота, пальцевому аутомасажу ясен.

Результати досліджень та їх обговорення. Запропонованими способами проліковано 46 хворих на ГП I та II ступеня тяжкості та проведено контрольне спостереження у динаміці лікування.

По закінченню курсу лікування у хворих обох груп скарги були відсутні, запальні та побічні явища не виявлені. Достовірні зміни гігієнічних та пародонтальних індексів, а також ФСК свідчили про покращення гігієни, досягнення стійкого терапевтичного ефекту лікування. При цьому в контрольній групі пацієнтів індекс РМА зменшився в 9,6 рази по відношенню до контрольних величин до лікування, ПІ за Russel зменшився в 7,2 рази відповідно. Відмічалось достовірне зростання ФСК в середньому на 73% в обох груп хворих. Загальний аналіз крові був в межах норми.

Після використання традиційної методики лікування (контрольна група) хворих на генералізований пародонтит, стадія ремісії була досягнута у 67% пацієнтів, покращення стану пародонту у 12%, без змін у 14%, погіршення стану у 7% випадків (**табл. 1**).

В основній групі хворих: стадію ремісії констатували у 68%, покращення – у 32%, погіршення стану тканин пародонта та без змін – не спостерігалось (**табл. 2**).

Після хірургічних втручань в основній групі пацієнтів ознаки запальних явищ в ділянці пародонтальної кишені та фіксованих ясен зникали вже на 3-4 добу (**табл. 3**).

У контрольній групі пацієнтів дані явища зникали на 2-3 доби пізніше, а саме – на 5-6 день (**табл. 4**).

Таким чином, запропонована та впроваджена нами тактика комплексної терапії хворих на генералізований пародонтит I та II ступеню тяжкості хронічного перебігу із обов'язковим кюретажем пародонтальних кишень має високу лікувальну ефективність за рахунок застосування оперативного підходу та захисної ранової пов'язки на основі целюлози Reso-rac. Вона сприяє нормалізації метаболічних змін у тканинах пародонта, що призводить до скорочення термінів лікування та ремісії генералізованого пародонтиту.

Література

1. Рибалов О. В. Пародонтит: діагностика та комплексне лікування: Навчальний посібник / О. В. Рибалов, І. Ю. Литовченко. – Полтава, 2000. – 160 с.
2. Скрипников П. М. Хірургічне лікування хронічного генералізованого пародонтиту аутологічними мезенхімальними стовбуровими клітинами крові: Методичні рекомендації / П. М. Скрипников, І. П. Кайдашев, Л. Я. Богашова [та ін.]. – Київ, 2007. – 30 с.
3. Скрипников П. М. Амбулаторна пародонтальна хірургія: Навч. -посібник / П. М. Скрипников, С. В. Коломієць. – Полтава, 2010. – 136 с.

Таблиця 1

Показники лікування контрольної групи

Результати лікування	Стадія ремісії	Покращення	Без змін	Погіршення	Всього
Кількість пацієнтів	16	3	4	1	24
%	67	12	14	7	100%

Таблиця 2

Показники лікування основної групи

Результати лікування	Стадія ремісії	Покращення	Без змін	Погіршення	Всього
Кількість пацієнтів	15	7	-	-	22
%	68	32	-	-	100%

Таблиця 3

Клінічні показники основної групи

Ділянки втручання	Контрольна група, запальні та застійні явища Σ = 22											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доба	+	+	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-
Відкритий кюретаж	+	+	±	±	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблиця 4

Клінічні показники контрольної групи

Ділянки втручання	Контрольна група, запальні та застійні явища Σ = 24											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доба	+	+	+	+	±	±	-	-	-	-	-	-
Закритий кюретаж	+	+	+	+	±	±	-	-	-	-	-	-

Висновки. Запропонований спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит простий у виконанні, передбачає якісний відкритий кюретаж, використання адгезивної захисної ранової пов'язки на основі целюлози Reso-rac. Це дозволяє усунути застійні явища в тканинах пародонта, покращує мікроциркуляцію, забезпечує оптимальні умови для регенерації тканин, сприяє загоєнню після операційного дефекту в більш короткий термін. Він є ефективним щодо профілактики можливих ускладнень після оперативних втручань, які проводяться в ділянках зубо-ясеневого з'єднання і мають післяопераційну ранову поверхню, що потребує ретельного догляду протягом усього періоду перебігу ранового процесу.

Перспективи подальших досліджень. Важливим є оцінка динаміки клінічних, функціональних рентгенологічних показників у термін 1 рік та більше, що дозволило б констатувати стійку стабілізацію позитивних змін у тканинах пародонта пацієнтів із генералізованим пародонтитом, яким у комплексному лікуванні обов'язково застосовують різні види кюретажу.

4. Хирургическое лечение генерализованного пародонтита / Н. Ярынич-Бучинская, И. Кайдашев, П. Скрипников [и др.] // ДентАрт. – 2009. – № 3. – С. 48-52.
5. Борисенко А. В. Практична пародонтологія / А. В. Борисенко. – Бібліотека «Здоров'я України», 2011. – 472 с.
6. Коэн Эдвард С. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта / Эдвард С. Коэн, О. О. Янушевич. – Изд. 3-е. – Medbooks : 2011. – 512 с.

УДК 616.314

ТАКТИКА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ І-ІІ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ

Петрушанко Т. О., Скрипников П. М., Литовченко І. Ю., Коломієць С. В.

Резюме. У статті наведений порівняльний аналіз тактики місцевих втручань в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит I та II ступенів тяжкості, хронічного перебігу при застосуванні відкритого та закритого кюретажу пародонтальних кишень. Дана методика має високу лікувальну ефективність за рахунок застосування оперативного підходу та захисної ранової пов'язки на основі целюлози Reso-pac. Вона сприяє нормалізації метаболічних змін у тканинах пародонта, що призводить до скорочення термінів лікування та ремісії генералізованого пародонтиту.

Ключові слова: генералізований пародонтит, лікування, кюретаж.

УДК 616.314

ТАКТИКА МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ I-II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Петрушанко Т. А., Скрипников П. Н., Литовченко И. Ю., Коломиец С. В.

Резюме. В статье наведен сравнительный анализ тактики местных вмешательств в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом I и II степени тяжести, хронического течения при использовании открытого и закрытого кюретажа пародонтальных карманов. Данная методика имеет высокую лечебную эффективность за счет применения оперативного подхода и защитной ранней повязки на основе целлюлозы Reso-pac. Она способствует нормализации метаболических изменений в тканях пародонта, что приводит к сокращению сроков лечения и ремиссии генерализованного пародонтита.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, лечение, кюретаж.

UDC 616.314

Local Treatment Tactics of Patients with Chronic Generalized Periodontitis of I-II Degrees

Petrushanko T. A., Skripnikov P. N., Litovchenko, I. Y., Kolomiets, S. V.

Abstract. This article presents the comparative analysis of local interventions tactics in complex treatment of patients with a generalized periodontitis of I-II levels of severity, chronic course during application of open and closed periodontal pockets curettage.

Patients age 30-45 years with generalized periodontitis of I and II levels of severity, chronic, course were observed in clinic. The control and study group consisted of 46 patients (24 – in control, 22 in study). All patients have been shown and performed surgical interventions in the area of the tooth-gingival connection: indoor and outdoor curettage.

Control group patients received standard complex of local therapeutic measures, which consisted of above – and subgingival dental plaque, removal irrational fillings and prostheses replacing, carious lesions treatment, points of traumatic occlusion eliminating, local medical therapy and surgical treatment – closed curettage of periodontal pockets. Medical therapy included irrigation oral whis antiseptic and applying the medical bandage (retinol acetate 3,44% – 1,0; tocopherol acetate 10% – 1,0; ascorbic acid – 2,0; methyluracil – 3,0; zinc oxide – rest). Paste was prepared immediately before use. At the final stage of treatment there was prescribed 10-12 electrophoresis with sessions of a 5% solution of ascorbic acid on the gums. If it was necessary patients were consulted prosthodontists and orthodontists.

In the main group, except above mentioned complex of therapeutic measures, were used included adhesive bandage on the basis of cellulose Reso-pac that was done on wound surface after surgical interventions (outdoor curettage). This method allows to create the drug depot of the directly into the operating hearth wounds. The drug, "Myrra", which is the part of bandage, activates the oxygen and nutrients transport, promotes their uptake by cells, enhances intracellular metabolism, stimulates cell regeneration, blood circulation. Due to the integrated effect of the ingredients appear significant renotahoe and reparative properties, accelerates regeneration of damaged mucous membrane epithelium of the alveolar bone. Reso-pac was firmly fixed on periodontal tissues after the open curettage, then bandage slowly dissolved by his self. The affected area was hermetically isolated from the oral fluid, that prevented of secondary infection of the wound and paparajotes output medicinal ingredients from bandage into oral cavity and microorganisms' ingress of under the film. The treatment lasted to 10-14 days.

After surgery all patients were prescribed non-irritating diet, mouth rinsing with antiseptic solutions or herbal decoctions 4-5 times a day. The next day after the surgery was performed visual inspection and teeth cleaning.

All patients were required recommended for routine, rational nutrition and oral cavity care.

This technique has a high therapeutic efficacy through the use of surgical approach and protective bandages based on cellulose Reso-pac. It helps to normalize metabolic changes in the periodontal tissues, which leads to reduction treatment terms of and generalized periodontitis remission.

Keywords: generalized periodontitis, treatment, curettage.

Рецензент – проф. Ніколішин А. К.

Стаття надійшла 12. 09. 2014 р.