

©Р. С. Турчин, В. П. Пюрик, Г. Б. Проць

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
КЗ МОЗУ «Івано-Франківська обласна стоматологічна поліклініка»

Спосіб лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, із застосуванням тунельної реваскуляризації

Перебіг генералізованого пародонтиту (ГП) в осіб похилого віку характеризується переважанням деструктивних процесів над запальними, збільшенням явищ клітинного апоптозу, зниженням остеогенної активності, мікроциркуляції, прогресуючої тканинної гіпоксії, зниженою репаративною здатністю зв'язкового апарату зуба.

Проведено порівняльний аналіз ефективності лікування осіб похилого віку, хворих на ГП, під впливом базової терапії та способу поєднаного використання тунельної реваскуляризації та кверцетину (патент № 75253 від 26.11.2012р. «Спосіб проведення тунельної реваскуляризації при лікуванні генералізованого пародонтиту в осіб похилого віку»).

Обстежено та проліковано 19 осіб віком 59–75 років без вираженої соматичної патології, хворих на ГП II–III ступенів тяжкості. Клінічне обстеження включало індексну оцінку стану тканин пародонта до і після лікування. Курс базового лікування складав у середньому 15 днів. Пацієнтів поділили на 2 групи по 8 осіб в кожній. Критерієм для їх поділу були методики проведеної їм терапії з приводу ГП. Обом групам пацієнтів проводилося загальноприйняте лікування, згідно із затвердженим МОЗУ протоколом надання медичної допомоги (МКХ к. 05.31). В 1-й групі, крім традиційного лікування, застосовувалася «тунельна ревазуляризація» з поєднаним використанням кверцетину перорально. Операція «тунельної ревазуляризації» проводилася під місцевим знеболюванням та полягала в утворенні дугоподібних субперіостальних тунелів у ділянці між першими молярами відповідної щелепи. Метою проведення даного втручання було створення умов для направленого судинного росту в уражені ділянки пародонта. Дану операцію проводили на п'ятий день базового лікування. Кверцетин (гранули по 2 г) призначався в дозі 1 г тричі на добу протягом всього періоду лікування. Статистична значимість зміни клінічних показників оцінювалася за критерієм Манна–Уїтні–Вілкоксона.

На 7 добу зменшувалися скарги пацієнтів на

кровоточивість в обох групах. На 15-ту добу всі пацієнти відзначали зменшення рухомості зубів і дискомфорту при жуванні. Індекс Гріна–Вермільйона (1 гр. у.о.: до лікування – $2,43 \pm 0,21$, після – $1,55 \pm 0,09$; 2 гр. у.о.: до – $2,24 \pm 0,28$, після – $1,65 \pm 0,20$). Індекс Мюлемана (1 гр. у.о.: до – $0,76 \pm 0,10$, після – $1,35 \pm 0,07$; 2 гр. у.о.: до – $0,68 \pm 0,18$, після – $1,51 \pm 0,15$). Індекс Флезара (1 гр. у.о.: до – $1,72 \pm 0,16$, після – $1,51 \pm 0,15$; 2 гр. у.о.: до – $1,88 \pm 0,18$, після – $1,80 \pm 0,16$). Глибина пародонтальних кишень (1 гр. мм.: до – $4,93 \pm 0,32$, після – $3,46 \pm 0,27$; 2 гр. мм.: до – $4,98 \pm 0,11$, після – $4,44 \pm 0,13$). ПМА (1 гр. % : до – $47,62 \pm 5,46$, після – $41,87 \pm 5,10$; 2 гр. %: до – $49,25 \pm 5,32$, після – $45,62 \pm 4,66$), індекс Рассела (1 гр. у.о.: до – $2,71 \pm 0,26$, після – $2,39 \pm 0,19$; 2 гр. у.о.: до – $2,76 \pm 0,39$, після – $2,59 \pm 0,39$).

У результаті застосування «тунельної ревазуляризації» відбувається активізація репаративних процесів в уражених тканинах пародонта, яка клінічно відображається в зменшенні рухомості зубів, позитивній індексній динаміці, зменшенні запальних явищ в пародонті, стабілізації рентгенологічних змін.

Застосування кверцетину справляє антиоксидантний, мембраностабілізуючий, капіляротекторний, протизапальний, проостеокластний ефекти та впливає на подальші процеси ремоделювання ураженої кісткової тканини.