

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВА ХІРУРГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.314-083

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІММОБІЛІЗАЦІЇ (ШИНУВАННЯ) РУХОМИХ ЗУБІВ АРМУВАЛЬНИМИ СКЛОВОЛОКОННИМИ СИСТЕМАМИ

Лихота А.М., Бабич І.І., Вабіщевич Н.О., Лихота І. А.

Українська військово-медична академія

Резюме. Використання коригуючої маси С-силіконів для блокування доступу кисню в інтерпроксимальні зони під час шинування рухомих зубів за допомогою адгезивних волоконних систем стали передумовою як для збільшення строків функціонування шинуючих конструкцій, так і для зменшення швидкості утворення зубних відкладень, що сприяло покращенню гігієнічного стану ротової порожнини та допомагало досягти більш стійкої ремісії у хворих на генералізований пародонтит.

Ключові слова: генералізований пародонтит, адгезивне інтракоронкове шинування, ортодонтичне лікування.

Вступ. Однією з найважливіших проблем сучасної стоматології є розробка комплексного підходу до лікування генералізованого пародонтиту (ГП), в залежності від характеру перебігу та ступеня тяжкості захворювання. Згідно даних, отриманих під час численних епідеміологічних досліджень, поширеність генералізованого пародонтиту в залежності від регіону, може коливатися в межах від 40 до 99,8% серед населення віком від 25-55 років. Актуальність цієї проблеми важко переоцінити, тому що показники чисельності втрати зубів у хворих на генералізований пародонтит в декілька разів перевищують аналогічні показники у хворих із ураженнями твердих тканин зубів (наразі каріозним процесом та його ускладненнями). Діюча класифікація захворювань тканин пародонту визначає генералізований пародонтит як неухильно прогресуючий запально-деструктивний процес, ускладненнями якого може бути втрата зубів, внаслідок чого виникає порушення жувальної ефективності, що, в свою чергу, спричиняє порушення обмінних процесів та механізму травлення та провокує виникнення вогнищ хроніосепсису, розвиток косметичних дефектів та порушення фонетики.

Етіологічним фактором розвитку генералізованого пародонтиту є численна мікрофлора ротової порожнини. Серед місцевих чинників, що сприяють розвитку захворювання виділяють травматичну оклюзію, нерациональні ортопедичні конструкції, короткі вуздечки губ, язика, недостатню ширину кератинізованої ділянки ясен, ротове дихання та інші.

Важливу роль серед численних ланок механізму патогенеза генералізованого пародонтиту відіграють порушення мікроциркуляції, дисбаланс імунної системи організму та порушення стану антиоксидантної системи, які призводить до погіршення трофіки тканин пародонта, активації вільнорадикальних процесів і прогресуючій деструкції альвеолярного паростка.

Згідно діючої класифікації захворювань тканин пародонту виділяють хронічний та, загострений перебіг ГП та фазу стабілізації. Варіанти імунної відповіді на різні інфекційні антигени, яка є одними з найбільш вагомих причин механізму розвитку запально-деструктивного процесу в тканинах пародонту, можуть мати генетично детермінований характер. Саме імунна відповідь, обумовлена генетичними чинниками, визначає стан гомеостазу а, отже, і динамічне співвідношення елементів у системі «здоров'я-хвороба». Успадкування схильності до захворювання на ГП переважає по материнській лінії і значно рідше – по батьківській, також просліджується сімейна агрегація захворювання у родичів першого ступеня спорідненості переважно у осіб жіночої статі.

Перебіг генералізованого пародонтиту у хворих на фоні генетичної схильності має більш ранній початок, активну запальна реакція в яснах, часті загострення процесу, прогресуючий лізис кісткових структур із утворенням множинних глибоких пародонтальних кишень і стійкість до традиційного лікування. У хворих, які не мають обтяженого сімейного анамнезу початок захворювання реєструється у віці 23-25 років, а ефект від комплексного лікування зберігається на протязі 1,5-2 роки, або ще й довше. Для клінічного перебігу запально – деструктивного процесу в пародонті цієї категорії хворих, характерний помірно виражений запальний процес у тканинах ясен і повільне прогресування деструктивних змін у кістці альвеолярного відростка.

Комплексне лікування хворих на ГП планується в залежності від ступеня і характеру перебігу захворювання та включає: професійну гігієну порожнини рота; місцеву антимікробну і протизапальну терапію, вибіркове пришліфування зубів, шинування рухливих зубів, хірургічні втручання, ортодонтичне лікування, протезування дефектів зубних рядів, за показаннями системну антибіотикотерапію, призначення нестероїдних протизапальних засобів та імуномодуляторів,

Усіх пацієнтів навчали основам гігієни порожнини рота та проводили індивідуальний підбір раціональних засобів гігієни. Лікування розпочинали із санації ротової порожнини, усунення подразнювальних факторів. Місцеві втручання полягали у видаленні над- та під ясеневих назубних відкладень, полірування поверхонь зубів і коренів, заміщення дефектів твердих тканин, відновлення контактних пунктів зубів. До комплексу лікувальних

заходів також входили хірургічні методи лікування: закритий кюретаж, гінгівостеопластика, видалення рухомих зубів і коренів відповідно до показань.

Ортодонтичне лікування відгравало допоміжну роль, та полягало у: виправленні положення молярів, котрі змінили нахил в результаті передчасного видалення сусідніх зубів; екструзії-форсованого подовження коронок зубів; закритті фронтальних проміжків, котрі з'явилися внаслідок протрузії зубів. Правильне переміщення зубів дозволяло ліквідувати проміжки між зубами, та ремоделювати м'які тканини, що сприяло регенерації міжзубних сосочків.

Ортодонтичне лікування є найбільш природнім і це дає підставу для його широкого застосування в комплексному лікуванні захворювань пародонта.

Хворим проводили також ортопедичне лікування, метою якого було усунення факторів, що призводять до функціонального перевантаження пародонта; досягнення артикуляційної рівноваги; підвищення функціональної цінності

жувального апарату. За показаннями проводили корекцію оклюзійної поверхні зубних рядів, усунення травматичної оклюзії, тимчасове шинування, раціональне протезування з використанням знімних і незнімних ортопедичних конструкцій. Як антибактеріальний препарат вибору, за відсутності даних щодо чутливості до антибактеріальних препаратів рекомендували використовувати Цифран СТ по 250 мг двічі на день 5–8 днів.

Для корекції порушень імунологічного статусу, а також для подовження ремісії, у хворих з генетичною схильністю до пародонтиту було доцільно використовувати Аміксин по 0,125 г 1 раз на день 6–10 разів за схемою.

Для стабілізації стану кісткової тканини альвеолярного відростка при лікуванні хворих на ГП, який мав несприятливий прогресуючий перебіг, слід було надавати перевагу Остеогенону по 830 мг 1 раз на добу 30 днів. А при відносно сприятливому перебігу – Кальцій D3 по 2 таблетці на добу 30 днів.

З метою місцевого лікування використовували 0,5% мазь Мірамістину у вигляді пародонтальних пов'язок, яка, окрім протизапального і антимікробного ефектів, має імуномодуючу дію.

Після усунення запального процесу в тканинах пародонту використовували комплекс фізіотерапевтичних

процедур (електрофорез, гідротерапію, вакуум-масаж та пальцевий масаж), які сприяли закріпленню позитивних результатів лікування та значному подовженню ремісії.

Для підтримання стійких результатів у віддалені терміни спостереження суттєве значення має відповідна гігієна порожнини рота, диспансерний нагляд за хворими.

Під час комплексного лікування захворювань пародонту важливе місце посідало шинування рухомих зубів із застосуванням скловолоконних адгезивних систем, яке проводилося з метою:

зменшення ступені рухомості зубів;

поліпшення оклюзійних співвідношень зубних рядів шляхом попереднього усунення травматичних вузлів та наступної фіксації зубів в положенні, при якому мінімально травмуються тканини пародонту;

рівномірного розподілу жувального тиску на весь зубний ряд;

в комплексі з медикаментозним та хірургічним лікуванням створення належних умов спокою для репаративної регенерації тканин пародонту.

Основним негативним наслідком шинування рухомих зубів було утворення значної кількості ретенційних зон, що призводить до погіршення гігієни ротової порожнини.

Тому для запобігання подальшої деструкції тканин пародонта, як у найближчі, так і у віддалені строки спостереження, необхідно не тільки пояснювати хворим важливість гігієнічного догляду за порожниною рота, але також створювати шинуючу конструкцію з мінімальною кількістю ретенційних зон для запобігання відкладень зубного нальоту.

Метою даного дослідження було визначення кращого способу шинування рухомих зубів у пацієнтів із ГП з точки зору максимальної ізоляції фінішного шару фотокомпозита від інгібування киснем в недоступних для полірування інтерпроксимальних ділянках конструкції під час шинування.

Матеріали і методи. До клінічних досліджень було залучено 27 пацієнтів віком від 26 до 55 років, з генералізованим пародонтитом I-II ступеню тяжкості, яким проводилось повне клінічне обстеження із використанням додаткових методів для оцінки стоматологічного статусу: гігієнічного стану ротової порожнини та стану кісткової тканини щелеп. Гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали, використовуючи індекси Гріна-Вермільона (ГІ) та РМА, а стан кісткових тканин щелеп визначали за допомогою методу ортопантомографії, який проводили на рентгенологічному апараті «GRANDEX DS» (Корея).

Всім пацієнтам проведено адгезивне інтракоронкове шинування (АВШ) фронтальної групи зубів на нижній щелепі після зняття всіх над- та підясневих зубних відкладень із наступним поліруванням поверхонь коренів зубів та вибірковим пришліфовуванням в комплексі з хірургічним, а при необхідності ортопедичним, ортодонтичним лікуванням, фізіо- та медикаментозною терапією.

I. У першій групі пацієнтів (11 чоловік) шинування проводилося по класичній технології:

1. Для цього на фронтальних зубах нижньої щелепи з язичного боку турбінним бором з охолодженням проводили препарування твердих тканин у формі жолобка завширшки 3мм та завглибшки 1,5-2мм. Зону майбутньої реставрації очищували від пелікули алмазними штрипсами та дисками, а також щіточками з полірувальною пастою без фторидів KLINT VOKO.

2. Для вимірювання потрібної довжини арматури використовували спеціальну фольгу, яку прикладали спочатку до робочої ділянки, адаптували в інтерпроксимальних зонах. А далі фольгу розправляли, прикладали до стрічки та відрізали ножицями потрібну довжину стрічки після попереднього нанесення краплі бонда на кінчик вимірюної ділянки та полімеризації 20 сек.

3. З метою ізоляції реставраційного поля застосовували кофердам. В міжзубні проміжки вводили світлопровідні клинці, з метою не допущення затікання композита під шину, а також для створення під шиною проточної системи. До того ж, клинцями фіксували рухомі зуби на час шинування, а деякі зуби утримувалися в новому положенні після репозиції, що допомагало полегшити процедуру адаптації(повного притискання до всієї поверхні дна жолобка) армувальної стрічки.

4. Підготовлені поверхні протравлювали кислотою 3M™ SCOTCHBOND ETCHANT GEL змивали та висушували. Наносили адгезив 3M™ SINGLE BOND 2 DENTAL ADHESIVE SYSTEM за допомогою мікробрашів та через 30 сек. слабким струменем повітря розподіляли по поверхні, при цьому видаляли надлишок розчинника та проводили світлову полімеризацію протягом 20 сек.

5. Для надійної фіксації армувальної стрічки у сформований жолобок вносили рідкий композит 3M™ FILTEK™ Flow з покращеною еластичністю органічної матриці, товщиною шару-1мм.

6. Після накладання стрічки вітчизняного виробництва ПОЛІГЛАС, попередньо обробленої адгезивом, на дно жолобка, проводили ретельну адаптацію стрічки, притискали її за допомогою тонких гладилок в розширені міжзубні проміжки, повторюючи контури зубів, та видаляли надлишок композиту, послідовно переміщувались від одного зуба до іншого. Потім полімеризували з двох поверхонь (вестибулярної та язикової) по20сек.

7. Для ізоляції стрічки використовували наногібридний композит 3M™ FILTEK™ Z - 550, накладаючи його окремими шарами завтовшки не більше 1-2мм, із подальшою фотополімеризацію на протязі 20сек.

8. Остаточну обробку та полірування реставрації проводили системою 3M™ SOFT-LEX, фінішними борами, штрипсами та полірувальними пастами. При необхідності виконували вибіркове пришліфовування зубів та обробку десенситайзером BIFLUORID 12 VOCCO.

Всім пацієнтам проводили навчання гігієні ротової порожнини.

II. У другій групі пацієнтів (16 чоловік) шинування проводили за такою ж самою методикою, за винятком 3-го пункту: після установки кофердаму пришийкові та інтерпроксимальні ділянки нижніх шести зубів (43,42,41,33,32,31) почергового ізолювалися за допомогою коригуючої маси із С-силікону ZETAPLUS ZHERMACK, який має достатню адгезію до латексної хустки кофердаму, що давало можливість змоделювати необхідний профіль для фотополімерної конструкції в приясневих ділянках та допомогало ізолювати прилягаючий композит від кисню, тим самим зменшуючи площу поверхневого інгібованого киснем шару для отримання більш гладенької поверхні шини.

Через 1 та 3 місяці пацієнтам обох груп проведено повторне клінічне обстеження із визначенням гігієнічного стану ротової порожнини: індексів Федорова-Володкіної (ГІ) та індексів РМА; також повторне визначення стану кісткової тканини (ортопантомографія).

Отримані результати були проаналізовані за допомогою методів варіаційної статистики.

Результати. Під час оцінювання стоматологічного статусу в обох групах пацієнтів до шинування було встановлено, що величини ГІ визначалися 3,1 балів, що відповідало критеріями оцінки рівня стану гігієни ротової порожнини: як «незадовільної» та «поганої» (Рис. 1). Одночасно величини РМА становили 33,4%, що вказувало на середній ступінь розвитку запальних процесів в м'яких тканинах пародонту (Рис. 2). При дослідженні ступеня атрофії альвеолярного паростку за допомогою ортопантомографії визначено пряму відповідність між тяжкістю патологічних змін в м'яких тканинах пародонту та кісткових тканинах.

В процесі обстеження хворих через місяць - у першій групі пацієнтів, було виявлено незначне зниження кількісних показників гігієнічного статусу порожнини рота: величина ГІ досягла 1,7 балів, значення величини РМА також зменшились та становили 24,1 %.

При дослідженні стоматологічного статусу через місяць у пацієнтів другої групи виявлено достовірне зменшення показників гігієнічного статусу ротової порожнини до величини ГІ -1,3 балів, причому значення величини РМА також зменшилось та становило 23,1%.

При обстеженні хворих через 3 місяці у пацієнтів першої групи показники ГІ становили 2,3 балів, що вказує на недостатній рівень гігієни ротової порожнини. При цьому значення величини РМА складала 27,3%. При визначенні стоматологічного статусу через 3 місяці у II групи пацієнтів показники ГІ становлять 1,5 балів, що вказує на задовільний рівень гігієни ротової порожнини порівняно з контрольною групою здорових осіб. При цьому значення величини РМА складають 18,5%, що свідчить про наявність ремісії у перебігу хронічного запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонту у пацієнтів даної групи.

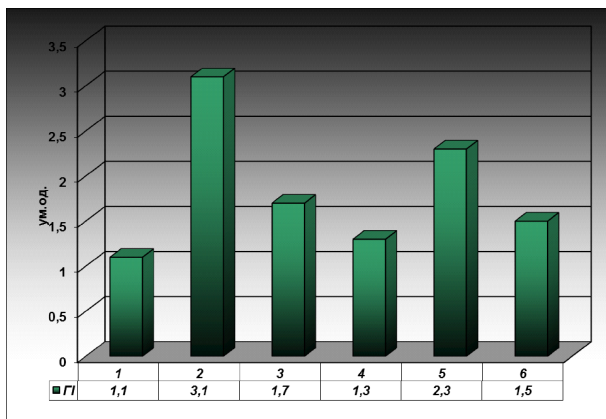


Рис. 1. Зміни гігієнічного індексу Гріна-Вермільона (ГІ) у пацієнтів з генералізованим пародонтитом в динаміці лікування. 1 – контрольні значення, 2 – до шинування, 3 – через 1 міс. після шинування за класичною схемою, 4 – через 3 міс. після шинування за класичною схемою, 5 - через 1 міс. після шинування за запропонованою схемою, 5 - через 3 міс. після шинування за запропонованою схемою. Усі зміни достовірні відносно контрольних значень ($p < 0,05$).

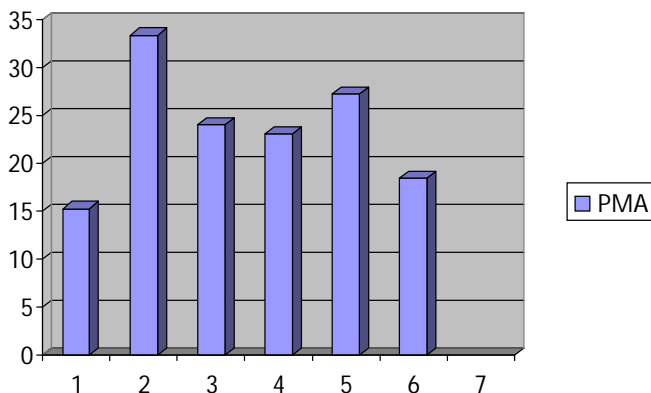


Рис. 2. Зміни PMA у пацієнтів з генералізованим пародонтитом в динаміці лікування. 1 – контрольні значення, 2 – до шинування, 3 – через 1 міс. після шинування за класичною схемою, 4 – через 3 міс. після шинування за класичною схемою, 5 - через 1 міс. після шинування за запропонованою схемою, 5 - через 3 міс. після шинування за запропонованою схемою. Усі зміни достовірні відносно контрольних значень ($p < 0,05$).

Висновки

Тенденція до покращення гігієнічного стану ротової порожнини у пацієнтів II групи значною мірою обумовлена більш гладкою поверхнею реставраційної конструкції, що зменшує площу ретенційних зон для зубних бляшок як результат більш якісної фінішної обробки поверхні композитної шини, так і як наслідок зменшення площі інгібованого киснем шару композиту на інтерпроксимальних важкодоступних для полірування поверхнях.

Отримані результати дослідження про використання коригуючої маси С-силіконів для блокування доступу кисню в інтерпроксимальні зони під час шинування рухомих зубів за допомогою адгезивних волоконних систем стали передумовою як для збільшення строків функціонування шинуючих конструкцій, так і для зменшення швидкості утворення зубних відкладень, що сприяло покращенню гігієнічного стану ротової порожнини та допомагало досягти більш стійкої ремісії у хворих на генералізований пародонтит.

Література

1. Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В., Мохорт В.В. та ін. Захворювання пародонта. Ч.1.-К., 1998.-126с.
2. Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В., Мохорт В.В. та ін. Захворювання пародонта. Ч.2.-К., 1999.-128с.
3. Данилевський Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю., Маслак Е.Е. Заболевания пародонта. Атлас.-М.: Медицина, 1999.- 68с.
4. Жулев Н.М., Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. –М: НГМА, 2003. - 54с.
5. Иванов В.С. Заболевания пародонта (3-е изд.)-М.: Медицинское информационное агентство, 1998. Пародонтит. /Под редакцией Л.А. Дмитриевой.-М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 504с.
6. Терапевтическая стоматология. Ч.2/ Под ред. проф. Г.М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.-135 с.
7. Мюллер Х.П. Пародонтология.- Львов: Галл Дент, 2004.- 256с.
8. Улитовский С.Б.: Гигиенический уход при воспаленном пародонте.- М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 288с.
9. Хельвиг Э., Климек Й., Аттин П. Терапевтическая стоматология/Под ред. проф. А.М. Политун, проф. Н. И. Смоляр / Пер. с нем.- Львов: Галл Дент, 1999.- 257с.
10. Carranza F. Glickman's Clinical periodontology. – Philadelphia :W.B. Saunders Company, 1990.-1018p.
11. Green J.C., Vermillion J.R. The simplified oral hygiene index// J. Am. Dent. Assoc., 1964. - V. 68.-P. 7-10.
12. Профит У.Р. Современная ортодонтия/ Перевод с английского под редакцией ч.-корр. РАМН проф. Л.С. Персина / М.: МЕДпресс-информ, 2006.

Резюме. Использование корригирующей массы С – силиконов для блокирования доступа кислорода в интерпроксимальные зоны во время шинирования подвижных зубов с помощью адгезивных волоконных систем стали основанием как для увеличения сроков функционирования шинирующих конструкций, так и для уменьшения скорости образования зубных обложений, что способствовало улучшению гигиенического состояния ротовой полости и помогало достичь стойкой у больных генерализованным пародонтитом.

Ключевые слова: *генерализованный пародонтит, адгезивное интракоронковое шинирование, ортодонтическое лечение.*

Summary. Use corrective mass c-Silicones for blocking the access of oxygen in interproximal 2 mm area during splinting the teeth moving using adhesive fiber systems have become a prerequisite for increases in terms of functioning lining designs and to reduce the rate of formation of dental plaque, which contributed to the improvement of the hygienic condition of the oral cavity and helped achieve a stable remission in patients with generalized periodontitis.

Keywords: *generalized periodontitis, adhesive intracoronkove splinting, orthodontic treatment.*

УДК 617-089+616-089.843

ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ВТОРИННОЮ АДЕНТИЄЮ

Лихота А.М., Коваленко В.В.

Українська військово-медична академія

Резюме. *Стаття присвячена обґрунтуванню більш широкого використання дентальної імплантації в комплексному лікуванні військовослужбовців з вторинною адентиєю. Розроблені оптимальні хірургічні протоколи дентальної імплантації у різних категорій військовослужбовців та при різноманітних клінічних ситуаціях.*

Ключові слова: *дентальна імплантація, вторинна адентія, військоволужбовці.*

Вступ. Значне розповсюдження карієсу та захворювань пародонта, збільшення аномалій прикусу, згортання загальнодержавних програм профілактики стоматологічних захворювань призвели до суттєвого збільшення дефектів зубних рядів серед населення України.

Актуальним питанням залишається медична реабілітація військовослужбовців, ветеранів Збройних Сил та учасників бойових дій з різними формами вторинної адентії.