

АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ НОВОЇ МЕДИКАМЕНТНОЇ КОМПОЗИЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЄДНАНИХ УРАЖЕНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ПЕРІОДОНТУ

М.В. Голейко

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Резюме. У статті представлені результати лікування пацієнтів з поєднаними ураженнями тканин пародонту та періодонту медикаментною композицією з тіотриазоліном і левоміцетином.

Ключові слова: генералізований пародонтит, хронічні верхівкові періодонтити.

АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОМПОЗИЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЕДИНЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ПЕРИОДОНТА

М.В. Голейко

Резюме

В статье представлены результаты лечения пациентов с сочетанными поражениями тканей пародонта и периодонта медикаментозной композицией с тиотриазолином и левомицетином.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, хронические верхушечные периодонтиты.

AN ALGORITHM OF APPLICATION OF NEW MEDICAL COMPOSITION IN COMPLEX TREATMENT OF THE PATIENTS WITH THE COMBINED LESIONS OF MARGINAL AND APICAL PERIODONTITIS

M. Holeyko

Summary

In the article represents results of treatment of patients with the combined lesions of marginal and apical periodontium by application of medical composition with thiotriazoloni and levomicetini.

Key words: chronic marginal and apical periodontitis.

Постійне зростання кількості хворих на запальні захворювання щелепно-лицьової ділянки пародонтогенного та одонтогенного походження спонукає стоматологів до вибору ефективної терапії запально-дистрофічних хвороб пародонту, а також до підвищення якості ендодонтичного лікування [1, 2]. Анатомічна та функціональна єдність пульпи та тканин пародонту визначає високу вірогідність їх одночасного залучення в патологічний процес [5]. Тому питання формування ендодонтичної патології на тлі вже існуючого в пацієнта генералізованого пародонтиту займають особливе місце у клінічній практиці. Без адекватно проведеного ендодонтичного лікування неможливо розраховувати на тривалу ремісію та стабілізацію процесу захворювань тканин пародонту [3]. З іншого боку, недосконале ендодонтичне лікування із приводу ускладненого карієсу може призводити до погіршення пародонтального статусу вже на ранніх стадіях ураження пародонту [6].

Метою роботи є розробка алгоритму лікування поєднаних уражень тканин пародонту та періодонту запропонованою медикаментною композицією з тіотриазоліном і левоміцетином [4].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 105 хворих на генералізований пародонтит (ГП) I та II ступеня тяжкості, з яких у 65-ти пацієнтів за результатами ортопантомографії виявлено 74 біляверхівкових вогнищ ураження (рис. 1). Під час обстеження пацієнтів використовували загальноприйнятні клінічні методи дослідження, зокрема визначали стан гігієни порожнини рота (ОНІ-S), папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) та пародонтальний (РІ) індекси. Стан периапікальних тканин оцінювали за даними прицільної внутрішньоротової рентгенографії.

Пацієнти були розділені на основну групу (45 осіб), яких лікували традиційними методами, та групу порівняння (20 осіб), де використовували запропоновану методику. Усім пацієнтам проводили комбіноване ендодонтичне та пародонтологічне лікування. Ендодонтичне лікування проводили першочергово за стандартним протоколом, для медикаментного впливу на завершальному етапі ендодонтичного лікування застосовували медикаментозну композицію в кореневих каналах під герметичну чи напівгерметичну пломбу. Обтурації кореневих каналів проводили методом латеральної конденсації гутаперчі та силером «Sealapex» (Kerr) під рентгенологічним контролем.

Пародонтологічне лікування включало санацію та професійну гігієну ротової порожнини, скейлінг зубних відкладень, полірування поверхні цементу кореня. За показаннями проводили закритий або відкритий кюретаж. На етапі медикаментозного лікування запропоновану лікарську композицію застосовували у вигляді аплікацій на маргінальні ясна та інсталяцій у пародонтальні кишені. Час аплікації складав 15–20 хв. При ГП I ступеня тяжкості експозицію препаратів здійснювали до чотирьох разів з інтервалом в 1–2 дні. При ГП II ступеня тяжкості – до шести разів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

За результатами суб'єктивного обстеження після проведеного лікування визначено, що в 44,6 % пацієнтів групи порівняння протягом 4–5-ти днів відчувався біль при накушуванні причинного зуба. Пацієнти, яким лікування здійснювали за

допомогою запропонованої методики, на явища дискомфорту не скаржились. У шести пацієнтів незручності виникали лише під час прийому твердої їжі протягом перших 1–2-х днів.

У пацієнтів покращився стоматологічний статус, індексна оцінка стану тканин пародонту отримала позитивну динаміку. Середні значення ІГ склали $0,34 \pm 0,03$ в основній групі та $0,57 \pm 0,03$ у групі порівняння при ГП I ступеня тяжкості. Достовірне зменшення індексу РМА свідчило про купірування запального процесу у тканинах пародонту: $3,68 \pm 0,21$ % основної групи та $7,10 \pm 0,3$ 2% у групі порівняння (рис. 2). Після курсу лікування середні значення індексу РІ в основній групі знизились у 2,3 разу, а у групі порівняння в 1,9 разу. Відзначено зниження ІГ у хворих на ГП II ступеня тяжкості в пацієнтів основної групи в 6,2 разу та в 4,8 разу – у пацієнтів групи порівняння. Результати визначення індексу РМА, що відображають інтенсивність і розповсюдженість запального процесу у тканинах пародонту, свідчать про зниження показника РМА із $59,38 \pm 1,13$ до $8,79 \pm 0,20$ % в основній групі та до $12,20 \pm 0,17$ % у групі порівняння. Значення індексу РІ зазнавало редукції в пацієнтів основної групи у 2,2 разу, а у групі, де застосовували традиційне лікування, тільки в 1,8 разу (рис. 3).

При контрольному огляді через 12 місяців після пломбування каналів у 16,9 % пацієнтів групи порівняння виявлена слабопозитивна перкусія. На контрольних рентгенівських знімках хворих відмічали збільшення ширини пародонтальної щілини та розмірів вогнища розрідження кісткової тканини в ділянці апікальної частини кореня.

У пацієнтів основної групи при контрольному огляді через один рік визначали відсутність скарг і клінічно здоровий стан тканин пародонту. Показники пародонтальних і гігієнічних індексів свідчили про нормалізацію патологічного процесу. Рентгенологічно у тканинах пародонту



Рис. 1. Ортопантомограма хворої К.Ж. Історія хвороби 3201.

виявлено зменшення вогнищ деструкції кісткової тканини в ділянці апікальної частини кореня.

Зважаючи на отримані результати дослідження, рекомендовано такий алгоритм дій при лікуванні поєднаних уражень тканин пародонту та періодонту.

1. При обстеженні пацієнтів аналізують не тільки симптоматику, а й особливості перебігу домінуючого ураження. Наприклад, розвиток ендодонтичної патології відбувся на тлі генералізованого пародонтиту.
2. Рекомендується одночасне активне лікування обох патологічних станів – як пародонтальної, так і пародонтальної патології.
3. Надання ендодонтичної допомоги хворим на генералізований пародонтит повинно мати пріоритетне значення та проводитись у першу чергу. При лікуванні періодонтитів запропоновану мазь із тіотриазоліном і левоміцетином рекомендовано застосовувати в якості антисептичної пов'язки в кореневі канали строком на 2–3 дні.
4. Лікування генералізованого пародонтиту хворих з поєднаною ендо-пародонтальною патологією проводити відповідно до загальноприйнятих принципів, які включають комплекс гігієнічних, терапевтичних, хірургічних та ортопедичних заходів, що застосовують з урахуванням тяжкості патології пародонту та індивідуальних особливостей пацієнта. Досліджувані засіб вводять у пародонтальні кишені та на маргінальні ясна самостійно або під захистом ізолюючої пародонтальної пов'язки.

Отже, отримані результати дослідження дозволяють рекомендувати розроблений алгоритм дій лікаря-стоматолога при діагностиці та лікуванні пацієнтів з поєднаними ураженнями тканин пародонту та періодонту для впровадження у клінічну практику.

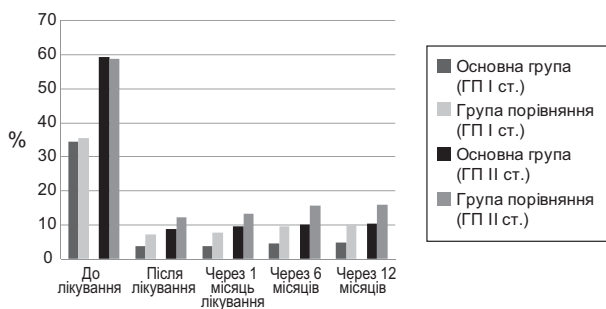


Рис. 2. Показники індексу РМА у хворих на поєднані ураження тканин пародонту та періодонту на тлі ГП I та II ступеня тяжкості в динаміці лікування.

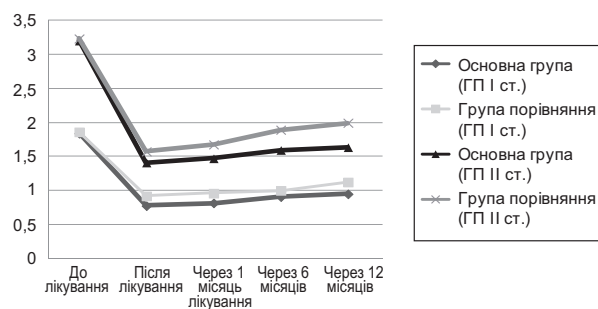


Рис. 3. Показники РІ у хворих на поєднані ураження тканин пародонту та періодонту на тлі ГП I та II ступеня тяжкості в динаміці лікування.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоключая Г.Ф. Клиническая эффективность применения системы «Вектор» в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом I–II степени / Г.Ф. Белоключая, Я.С. Горбань, О.И. Скиба // Современная стоматология. – 2008. – № 1. – С. 53–56.

2. Влияние сочетанных поражений осложненного кариеса и воспалительных заболеваний пародонта на состояние зубочелюстной системы / Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Осипова В.А., Бармашева А.А. // Пародонтология. – 2004. – № 2. – С. 8–14.

3. Особенности этиологии, патогенеза, клиники и лечения при эндо-пародонтальных поражениях / Волосовец Т.Н., Мазур И.П., Кабанчук С.В., Юнакова Н.Н. // Современная стоматология. – 2008. – № 4. – С. 9–14.

4. Пат. 80438 Україна, А61К31/41, А61К9/06, А61К31/425, А61Р17/02. Ранозагоювальний, протизапальний та протимікробний засіб / І.А. Мазур, В.Й. Мамчур, О.А. Подплетная, М.А. Волошин, Л.І. Кучеренко, М.О. Авраменко, М.В. Голейко, В.М. Зубачик, К.Б. Синівська. – № 200502558 (2007/09); заявл. 21.03.2005; опубл. 25.09.2007, бюл. № 15. – 4 с.

5. Політун А.М. Паро-ендодонтальні та ендо-пародонтальні ураження: механізм розвитку, діагностика, лікувальна тактика / А.М. Політун, Т.Д. Павлюк // Актуальні проблеми терапевтичної стоматології: II наук.-практ. конф. – К., 2006. – С. 14–15.

6. Comparison of profiles of key periodontal pathogens in periodontium and endodontium / Rumpf S., Kannengiesser S., Merte K. et al. // Endod. Dent. Traumatol. – 2000. – V. 16. – № 6. – P. 259–275.