

Бандрівський Ю.Л., Бандрівська О.О., Авдєєв О.В.
РОЛЬ ЯТРОГЕННИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ПОРОДОНТИТУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

РОЛЬ ЯТРОГЕННИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ПОРОДОНТИТУ – В етіологі та патогенезі розвитку захворювань пародонту важливу роль відіграють місцеві та загальні фактори, котрі регулюють процеси метаболізму та формують реакцію-відповідь на різні патогенні впливи. Дослідники неодноразово вказували на непоодинокі випадки ятрогені, коли патогенним чинником є неповноцінне стоматологічне лікування. Наші дані консультативного прийому пацієнтів із захворюваннями пародонту за останні роки свідчать про те, що незважаючи на значні зміни в сучасному лікуванні у стоматології (нові матеріали, інструменти, методики тощо), ситуація з ятрогенією не змінюється.

РОЛЬ ЯТРОГЕННИХ ФАКТОРІВ В РОЗВИТКУ ПОРОДОНТИТУ – В етіології та патогенезі розвитку захворювань пародонту важну роль играють местные и общие факторы, которые регулируют процессы метаболизма и формируют реакцию-ответ на разные патогенные влияния. Исследователи неоднократно указывали на неодинокые случаи ятрогении, когда патогенным фактором является неполноценное стоматологическое лечение. Наши данные консультативного приема пациентов с заболеваниями пародонта за последние годы свидетельствуют о том, что невзирая на значительные изменения в современном лечении в стоматологии (новые материалы, инструменты, методики, и тому подобное), ситуация с ятрогенією не изменяется.

ROLE OF PARATHERAPEUTIC FACTORS IN DEVELOPMENT OF PARODONTITIS – In etiology and pathogeny of development of diseases of parodontium an important role is played by local and general factors which regulate the processes of metabolism and form a reaction-answer for different pathogenic influences. Researchers repeatedly specified on the unsingle cases of yatrogenii, when a pathogenic factor is inferior stomatological treatment. Our information of reception of patients with the consultations diseases of parodontium in the last few years testify that without regard to considerable changes in modern treatment in stomatology (new materials, instruments, methods, and others like that), a situation does not change.

Ключові слова: ятрогенія, захворювання пародонту, лікування захворювань пародонту.

Ключевые слова: ятрогения, заболевание пародонта, лечения заболеваний пародонта.

Key words: yatrogeniya, disease of parodontium, treatment of diseases of parodontium.

ВСТУП В етіологі та патогенезі розвитку захворювань пародонту важливу роль відіграють місцеві та загальні фактори, котрі регулюють процеси метаболізму та формують реакцію-відповідь на різні патогенні впливи [1, 2, 3, 5, 6]. Дослідники неодноразово вказували на непоодинокі випадки ятрогені, коли патогенним фактором є неповноцінне стоматологічне лікування [4, 6, 7, 8, 9]. Наші дані консультативного прийому пацієнтів із захворюваннями пародонту за останні роки свідчать про те, що незважаючи на значні зміни в сучасному лікуванні у стоматології (нові матеріали, інструменти, методики тощо), ситуація з ятрогенією не змінюється. Метою дослідження є визначення частоти, характеру, наслідків неякісного стоматологічного лікування хворих, які страждають від захворювань пародонту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під спостереженням перебувало 103 хворих (49 чоловіків і 54 жінки), яким було діагностовано хронічний генералізований пародонтит. Вік пацієнтів – від 20 до 65 років. Перший ступінь тяжкості пародонтиту діагностовано у 14 осіб, другий ступінь – у 38, третій – у 51 хворого.

При стоматологічному обстеженні визначали якість пломбування порожнин I-V класів за Блеком. Особливу увагу приділяли виявленню нависаючих кра в пломб (II клас), відсутності контактних пунктів, накладанню однієї пломби на 2 сусідні зуби, тобто недоліками, які створюють небезпеку травматизації пародонту.

Оцінюючи якість ортопедичного лікування, виявляли травматичне перенавантаження зубів, супраоклюзію, на-

висаючі та задовгі кра штучних коронок, травматизацію пародонту базисами та кламерами знімних протезів.

При пародонтологічному обстеженні хворих використовували загальноприйнятні методи, всім пацієнтам в обов'язковому порядку проводили ортопантомографію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Неякісне пломбування зубів та протезування виявлено в 98,1 % випадків (101 хворий). Тільки у 2-х хворих не спостерігалось дефектів попереднього лікування – неякісних пломб на контактних поверхнях зубів, ортопедичні конструкції в них були відсутні.

Найбільш виражену патогенну дію спричиняло неякісне протезування металевими штампованими коронками. У всіх випадках наявності в порожнині рота незнімних протезів (72 %) не було повноцінного прилягання кра в коронку до шийок зубів, що створювало х "нависання" і як наслідок – "пастки" для жи. Саме в цих ділянках спостерігалися найбільш глибокі кісткові кишені, заповнені грануляціями. Поодинокі штучні коронки з нависаючими краями (на однокореневих чи багатокореневих зубах) були причиною вираженого локального запального та деструктивного процесів. У 12 хворих (16,6 %) було виявлено нераціональні конструкції протезів, відповідно ситуація погіршувалась за рахунок перенавантаження опорних зубів у зв'язку з малою х кількістю. У 8,4 % випадків (6 хворих) було виявлено підвищення прикусу на поодиноких коронках або мостоподібних протезах, що призводило до травматично оклюзії і, як показали дані рентгенологічного обстеження, значних патологічних змін у кістці альвеолярного відростка.

Додаткова травматизація тканин пародонту кламерами та базисами знімних протезів виявлено у 6-ти хворих з 11-ти. У 3-х випадках неправильно виготовлені (занадто довгі) штамповані коронки спричинили оклюзійну травму зубів-антагоністів, посилення деструкції кісткової тканини, значну патологічну рухомість зубів.

У всіх хворих найбільш рухомими були ті зуби, котрі знаходилися в умовах оклюзійно травми. Остеорезорбція при цьому спостерігалась циркулярно навколо коренів зубів. На ортопантомограмах вогнища деструкції міжзубних перегородок мали "лійкоподібну", "чашоподібну" форми.

У випадках безпосередньо механічно травми пародонту ортопедичною конструкцією (задовгий край коронки, проміжно частини мостоподібного протеза та ін.) з одного боку (наприклад орального, дистального тощо) на рентгенограмах спостерігали переважно вертикальну деструкцію кістки, яка супроводжувалась утворенням кісткової кишені з відповідного боку, деколи біля одного кореня багатокореневого зуба.

У ділянках "пасток" для жи рентгенологічно виявлявся змішаний тип деструкції кістки. Переважне ураження запальним процесом можна пояснити сприятливими умовами для ретенції мікробного нальоту.

Неякісне пломбування каріозних порожнин II-V класів за Блеком спостерігали у 98 хворих (95,1 %). Основними недоліками були нависаючі кра пломб. Неповноцінні пломби V класу безпосередньо травмували край ясен і спричиняли відкладення великої кількості м'якого нальоту. Спостерігались явища катарального запалення ясен, гіперплазія хнього краю тощо.

Нависаючі кра пломб II-III класів завдавали пародонту ще більшої шкоди у зв'язку з виникненням "пасток" для жи. У таких випадках, окрім яскраво запальної реакції ясен, спостерігалась більш глибока деструкція міжальвеолярних перегородок, утворення кісткових кишень. Аналогічні яви-

ща спостерігались і при відсутності сформованого котактно-го пункту між зубами. У 3-х пацієнтів (3,1 %) нависання пломб зумовлені тим, що каріозні порожнини V класу двох сусідніх зубів були запломбовані однією пломбою.

Недосконало застосовані технології реставрації з перекриттям фотополімерами вестибулярно, контактних поверхо-нь, у ряді випадків спричиняли та поглиблювали пере-ребіг захворювань пародонта. Прояви хронічного катараль-ного гінгівіту у ділянці реставрацій фронтальних зубів спостерігались у 8-ми осіб (з 14-ти). Основними недоліка-ми цих реставрацій були нависаючі кра та погане крайове прилягання (6 випадків). У 2-х пацієнтів кра реставрацій були заглиблені під ясна, без полірування, що призвело до утворення пародонтальних кишень.

Після усунення недоліків ортопедичного та терапевтич-ного стоматологічного лікування (зняття неповноцінних ко-ронок, протезів, ліквідація травматично оклюзії, раціональ-не протезування) стан пародонта у хворих поліпшувався ще до проведення суто пародонтологічного лікування: змен-шувалися запальна реакція і патологічна рухомість зубів. Цей факт є ще одним підтвердженням ролі ятрогені у роз-витку захворювань пародонта.

ВИСНОВКИ Таким чином, наше спостереження дозво-лило виявити:

1. Важливим патогенетичним фактором розвитку за-пально патологі пародонта є недоліки ортопедичного ліку-вання та пломбування (реставрації) зубів, які спостеріга-лися у 98,1 % обстежених.

2. Найбільш шкідливими є недоліки стоматологічного лікування, які спричиняють одночасне травматичне на-вантаження зубів та умови для затримки жі, ретенції мікробного нальоту.

3. Поява глибоких поодиноких кісткових кишень біля окремих зубів практично завжди зумовлена наявністю не-якісних пломб або штучно коронки, механічно травми кламером протеза.

4. Наявність "чашоподібно" деструкції кістки біля окре-мих зубів є наслідком травматично оклюзії з переванта-женням цих зубів.

5. Ліквідація недоліків попереднього стоматологічного лікування повинна передувати суто пародонтологічному лікуванню хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вишняк Г.Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит). – К., 2004. – С. 2-6.
2. Грудянов А.И. Пародонтология (избранные лекции). – М., 1977. – 32 с.
3. Данилевский М.Ф. Систематика болезней пародонта // Вісник сто-матологі . – 1994. – № 1. – С. 17-21.
4. Данилевский М.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – Ки в: Здоров'я, 2000. – 462 с.
5. Доминик К. Пародонтопатии. – Варшава, 2003. – С. 69-78.
6. Заболотный Т.Д. Особенности клинического течения, комплексное лечение и профилактика заболеваний пародонта при сердечно-сосудистой патологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Львов, 1992. – 37 с.
7. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М., 1989. – 266 с.
8. Ярова С.П., Семенова О.А. Особенности раневого процесса при пародонтозита на фоне стресс-реакции организма // Вісник стоматологі . – 1999. – № 1. – С. 19-21.
9. Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Овчинникова В.В. Антимикроб-ная и противовоспалительная терапия в пародонтологии // МИА, 2004. – С. 34-43.
10. Starka M. Parodontologia 2000//Stomatologicky casopis PROGRESIDENT/ Ceska Republika/. – 1999. – № 3 . – Р. 8-11.
11. Вольф Г.В., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология. – МЕД-пресс-информ, 2008. – С. 78-79.

УДК 616.22-002.72

Ковалик А. П.

НЕСПЕЦИФІЧНІ ГРАНУЛЬОМИ ГОРТАНІ: КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Російський університет дружби народів

НЕСПЕЦИФІЧНІ ГРАНУЛЬОМИ ГОРТАНІ: КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ – Обстежено 68 хворих з неспецифічними гранульомами гортані. Виділе-но характерні ознаки зрілих і незрілих форм хвороби. Залежно від величини і впливу на порушення основних функцій гортані виділено 4 ступені поширення гранульом.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГРАНУЛЕМЫ ГОРТАНИ: КЛИЧЕСКАЯ КЛАССИ-ФИКАЦИЯ – Обследованы 68 больных неспецифическими гранулемами гортани. Определены характерные признаки зрелых и незрелых их форм. В зависимости от размера и воздействия на нарушение главных функций гортани определены 4 степени распространенности грану-лем.

NON-SPECIFIC GRANULOMAS OF THE LARYNX: CLINICAL CLASSIFICATION – 68 patients with non-specific granulomas of the larynx have been examined. The characteristic features indication of their mature and immature forms have been determined. Depending on the size and influence on violations of basic functions of the larynx 4, degrees of prevalence of granulomas have been defined.

Ключові слова: неспецифічна гранульома гортані, класифікація гранульом.

Ключевые слова: неспецифическая гранулема гортани, класси-фикация гранулем.

Key words: non-specific granuloma of the larynx, classification of granulomas.

ВСТУП В спеціальній літературі питанням етіологі, клініки, діагностики і лікуванню неспецифічних грануль-ом гортані присвячено багато праць, в яких автори наво-дять різні дані, нерідко суперечливі, особливо щодо методів лікування і оцінки х результатів (Ф.И. Чумаков, 1974; И.Г. Триантафилиди и соавт., 1987; В.С. Погосов и соавт., 1989; Г.А.Гаджимирзаев и соавт., 1997; Н.Т. Hoffman, et al., 2001 та ін.). Цей факт можна пояснити, перш за все, тим, що судити про ефективність того чи іншого методу лікування (консервативного чи хірургічного) досить важко, оскільки неможливо зіставити отримані дані від різних авторів із-за неоднорідності клінічних спостережень. Аналізуючи дані літератури про методи лікування хворих із неспецифічни-ми гранульомами гортані і власні спостереження, ми пере-конались, що ефективність лікування таких хворих зале-жить від "віку", "зрілості" гранульоми, розмірів, поши-рення. Не враховуючи цих даних, важко сформулювати показання до того чи іншого методу лікування, визначити його ефективність, зіставити і оцінити результати лікуван-ня даного захворювання з результатами інших авторів. Все це вказує на необхідність розробити клінічну класифікацію щодо неспецифічних гранульом гортані. На сьогодні неспе-