



УДК 616.314.18-002.4-08

ПІДХОДИ ДО ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Українська медична
стоматологічна
академія,
м. Полтава

А. М. Бусло
Ю. І. Силенко

Генералізований пародонтит є однією з центральних проблем сучасної стоматології. Медичне і соціальне значення цього захворювання визначається наявністю патологічних процесів у пародонті та послабленням функції зубошелепного апарату, а також порушенням травлення, обмінних процесів, інфікуванням та сенсибілізацією організму, небезпекою утворення джерела хронічного сепсису і нервово-психічними розладами, що призводять до зниження працездатності.

Згідно з сучасними уявленнями, генералізований пародонтит є своєрідним дистрофічно-запальним процесом, що супроводжується глибокими деструктивними змінами під впливом різних екзо- та ендогенних факторів. Це викликає необхідність його комплексного лікування із застосуванням різних медикаментозних засобів, терапевтичних, хірургічних та ортопедичних методів. Важливе значення в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту належить хірургічним методам. Вони дозволяють ліквідувати пародонтальні кишень, досягти досить тривалої стабілізації дистрофічно-запального процесу. Хірургічні втручання при захворюванні пародонта можна розподілити на основні та допоміжні (Н.Е.Степанов, 1991).

До основних відносяться операції, що проводяться безпосередньо на яснах та альвеолярних відростках щелеп: кюретаж і його різновиди, гінгівотомія, гінгівектомія, група клаптевих операцій. Допоміжні операції проводяться для усунення факторів, що впливають на розвиток та перебіг патологічного процесу в тканинах пародонта, а саме: пластика вуздечок губ, язика, вестибулопластика, розтин потужних сполучнотканинних тяжів. Кюретаж пародонтальних кишень проводять при їх глибині до 4 мм, відсутності кісткових кишень та відносній щільності ясен.

При цьому проводяться такі маніпуляції: антисептична обробка операційного поля, знеболювання, видалення над'ясенних зубних відкладень, кюретаж міжзубних проміжків, видалення грануляцій із пародонтальних кишень, полірування кореня з метою видалення залишків каменя, накладання лікувальної пов'язки. В один сеанс обробляється пародонт в ділянці 3-4 зубів. Різновидом кюретажу є кріокюретаж за допомогою апарата з криозондом, розробленим М.Ф. Данилевським та співавторами, та вакуум-кюретаж [1].

Гінгівотомія показана за наявності глибоких одно- та двосторонніх кишень в ділянці одного або двох зубів, поодиноких пародонтальних абсцесів. Проводять лінійний розтин ясен у вертикальному напрямку від краю до дна кишені, з подальшим відкритим кюретажем, накладанням самотвердіючої пов'язки або накладанням швів.

Гінгівектомія проводиться при гіпертрофічному гінгівіті, за наявності пародонтальних кишень понад 3

мм глибиною, відсутності кісткових кишень, за горизонтальної атрофії кісткової тканини, при гіпертрофічному гінгівіті. Суть її полягає в проведенні двох горизонтальних розтинів із вестибулярного та орального боків на рівні проєкції дна кишені. Ясенню смужку видаляють та здійснюють кюретаж. Рану закривають йодоформним тампоном або самотвердіючою ясенню пов'язкою. Існує багато різновидів гінгівектомії залежно від типу резорбції альвеолярного відростка, глибини пародонтальних кишень, наявності кісткових кишень та технічних особливостей її виконання (метод Glistman 1953, Hubman 1952, Крекшиной 1962, Кулаженко 1960, Лук'яненко 1960, Лук'яненко 1970, Muller, Hillin 80, та ін.) [1].

Зарубіжні та вітчизняні вчені віддають перевагу клаптевим операціям. Класичну клаптеву операцію розробили Cieszynski (1914), Widman (1916), Neumann (1921).

Застосовується вона при I-II ступені пародонтиту з наявністю кісткових кишень, здебільшого вертикальним типом резорбції альвеолярного відростка.

Головною перевагою клаптевих операцій є можливість під візуальним контролем провести повний кюретаж пародонтальних кишень. Це дозволяє усунути пародонтальні кишень та створити умови для припинення запалення і стабілізації патологічного процесу в пародонті. Недоліками таких операцій є оголення шийок та рухомість зубів, зниження висоти альвеолярного відростка

Тому наступним кроком у хірургічному лікуванні пародонтиту є операції з використанням стимуляторів репаративного остеогенезу (гінгівостеоластика) (В.С. Іванов, 1989), метою яких є усунення запальних явищ, стабілізація патологічного процесу у пародонті, для подальшої регенерації кістки альвеолярного відростка в межах кісткових кишень із застосуванням стимуляторів остеогенезу. Для цього використовуються різноманітні кісткові ауто- і алотрансплантати: ліофілізовані, формалінізовані, консервовані низькими температурами, брекфокістка, ксенокістка; хрящеві гомо- і аутоотрансплантати у вигляді борошна, стружки, пластинок; кістковохрящеві; демінералізований кістковий матрикс.

В останні роки увагу дослідників привертають такі стимулятори остеогенезу, як колаген, біокераміка (гідроксиапатит, трикальційфосфат), консервовані та аутологічний кістковий мозок. Перспективним напрямком є створення комбінованих трансплантатів, які не повинні викликати імунну реакцію або вона повинна бути мінімальною, (Н. W. Bell, 1968; R.G. Topozian, W.B. Hammett, 1978), повинні сприяти остеогенним процесам у тканинах пародонта; виконувати утримуючу та амортизуючу функції (В.С. Дмитрієва, 1967), мати антибактеріальні властивості (А.П. Безрукова, 1987; С.А. Мгебришвили та др. 1988) та сорбційні властивості для прискорення загоєння кісткових дефектів.

Особливості післяопераційного періоду гінгівостеопластики обумовлені об'ємом оперативного втручання, ступенем ураження тканин пародонта патологічним процесом. Обширне хірургічне втручання супроводжується виникненням значної травми тканин пародонта, з харак-

ОГЛЯД



implant materials // J. Dent. Res. - 1985. - V. 64. - P. 891.

9. Osborn J.F. Implantatwerkstoff Hydroxylapatitkeramik-Grundlagen und klinische Anwendung-Berlin: Quintessenz verlag GmbH, 1985.- S. 559-613.

10. Зуев В.П., Дмитриева Л.А., Филатова Л.А. Применение ОСТИМ - 100 в комплексном лечении болезней пародонта // Новое в стоматологии. - 1996. - № 2. - С. 15-19.

11. Зуев В.П., Панкратов А.С. Остеорепарация посттравматических дефектов нижней челюсти под воздействием гидроксиапатита ультравысокой дисперсности // Стоматология. - 1999. - № 1. - С. 37-41.

12. Воробьев Ю.И., Воложин А.И., Богдасhevская В.Б. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности гидроксиапатита с коллагеном при лечении пародонтита и радикулярных кист // Стоматология. - 1995. - № 2. - С. 34-36.

13. Литвинов С.Д., Буланов С.И. Коллаген - апатитовый материал при замещении дефектов костной ткани челюсти // Стоматология. - 2001. - № 3. - С. 7-12.

14. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Воложин А.И. и др. Вопросы эффективности мембранной технологии при лечении заболеваний пародонта. Опыт экспериментальных и клинических исследований // Стоматология. - 2001. - № 1. - С. 74-77.

15. Заболотний Т.Д., Дерейко Л.В., Жизномирська О.О. Застосування колагену в комплексному лікуванні пародонтиту // Новини стоматології. - 2000. - № 1. - С. 57-59.

16. Бойматов М.Б., Григорьян А.С., Рудько В.Ф. и др. Применение биогеенного композиционного материала на основе гидроксиапатита для устранения внутрикостных полостей // Стоматология. - 1992. - № 3. - С. 51-53.

17. Зуев В.П., Панкратов А.С., Сергеев П.В. Фармакокинетика линкомицина при использовании в качестве компонента лекарственной композиции с гидроксиапатитом ультравысокой дисперсности // Стоматология. - 1998. - № 6. - С. 19-22.

18. Дмитриева Л.А., Зуев В.П., Звонникова Л.В. и др. Лечение заболеваний пародонта препаратом ЛИНКО-ГАП // Стоматология. - 1995. - № 3. - С. 25-28.

19. Григорьян А.С., Воложин А.И., Ницаль Аль Ахмар и др. Медико-биологическая эффективность двух вариантов композиционных материалов на основе полиакриламидного геля и гидроксиапатита при пластике костных дефектов (экспериментально-морфологическое исследование) // Стоматология. - 1998. - № 4. - С. 9 - 14.

20. Григорьян А.С., Воложин А.И., Агапов В.С. и др. Остеопластическая эффективность различных форм гидроксиапатита по данным экспериментально-морфологического исследования // Стоматология. - 2000. - № 3. - С. 4-9.

21. Орехова Л.Ю., Прохорова О.В., Кудрявцева Т.В. Новый оптимизатор репаративной регенерации при заболеваниях пародонта // Стоматология. - 2001. - № 1. - С. 71-73.

22. Борисенко А.В., Печковський К.Є. Застосування іммобілізованих антибактеріальних препаратів у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Новини стоматології. - 1995. - № 1 (2). - С. 24-28.

23. Терновой К.С., Стрелко В.В., Бутилин Ю.П. Физико-химические свойства и медико-биологическая оценка

микросферических углеродных энтеросорбентов // Доклады АН УССР. Сер.Б: геол., хим. и биол. науки. - 1985. - № 2. - С. 79-82.

24. Кузник Б.И., Влияние экстремальных факторов на свертываемость крови у животных с усиленным клеточным и гуморальным иммунитетом // Сборник рефератов НИР и ОКР. Серия 8. Медицина и здравоохранение. - 1990. - № 3. - С. 3.

25. Чиркова Т.Д. Применение трикальцийфосфата в комплексном лечении пародонтита // Сборник НИР и ОКР. Серия 8. Медицина и здравоохранение. - 1991. - № 12. - С. 39.

Стаття надійшла
10.09.2001 р.

Резюме

В работе проведен анализ научных разработок и различных методов лечения генерализованного пародонтита. Рассмотрены проблемы хирургических методов лечения пародонтита, особенности ведения послеоперационного периода, особенности репаративных процессов, сравнительная характеристика фармакотерапии заболевания в до- и послеоперационный периоды. Показаны перспективные направления комплексного патогенетического лечения генерализованного пародонтита с использованием полипептидных препаратов и намечены пути их дальнейшего усовершенствования.

Summary

In activity the analysis of scientific minings and different methods of treatment of a generalized parodontitis is conducted. The problems of surgical methods of treatment of a parodontitis, features of management of the postoperative season, features of reparative processes, comparative characteristic of a pharmacotherapy of disease in up to - and post-operative seasons are reviewed. The perspective directions of complexpathogenetic treatment of a generalized parodontitis with usage of polypeptide drugs are rotined and the pathes of their further advancing are intended.