



УДК 616.314.18-002.4-089

ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Вищий державний
навчальний заклад
України
“Українська медична
стоматологічна
академія”

*Н.П.Ярынич-
Бучинская,
А.В.Марченко,
Л.Я.Богашова*

На современном этапе лечения генерализованного пародонтита приоритетная роль отводится хирургическим методам, которые способствуют устранению очагов воспаления, уменьшению пародонтального кармана, а также позволяют добиться стабилизации процесса [1, 2, 3, 4 и др.].

Не менее важным моментом является подготовка полости рта больных генерализованным пародонтитом к хирургическому вмешательству.

Следовательно **целью нашей работы** явилась разработка лабораторных, гигиенических, санационных и дополнительных хирургических вмешательств пациентам с генерализованным пародонтитом.

Объекты и методика

Под нашим наблюдением находились 24 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом I, II и III степеней тяжести в возрасте от 35 до 55 лет.

В первый день обращения пациента проводили исследование гигиенического состояния полости рта:

- ГИ по Федорову-Володкиной;
- ГИ по Грину-Вермильону;
- РМА;
- СРІТN;
- кровоточивость десен;
- подвижность зубов;
- глубину пародонтального кармана, а также содержимого пародонтальных карманов на выявление возбудителя заболевания.

Отбор материала для исследования из пародонтального кармана осуществляли с помощью стерильного эндодонтического штифта (пина). Штифт переносили в микропробирку со стерильным физиологическим раствором. Сохраняли при необходимости при температуре -20°C (в морозильной камере).

Далее производили качественное определение ДНК микроорганизмов в биологических образцах методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

ПЦР представляет собой циклы синтеза (амплификации) специфической области ДНК-мишени при наличии термостабильной ДНК-полимеразы, дезоксинуклеотидтрифосфатов (дНТФ), соответственно солевого буфера и олигонуклеотидных праймеров, которые определяют границы амплифицируемой области ДНК-мишени. Циклы синтеза многократно повторяются.

Каждый цикл состоит из трех стадий с разными температурными режимами. На первой стадии при 94°C происходит разделение звеньев ДНК, потом при $57-62^{\circ}\text{C}$ – присоединение праймеров к гомологическим последовательностям ДНК-мишени и при температуре 72°C – синтез новых звеньев ДНК путем продолжения таймера в направлении 5-3.

В каждом цикле удваивается число копий амплифицированных областей, что позволяет за 35 циклов наработать фрагмент ДНК, ограниченный парой выбранных праймеров, в количестве, достаточном для его детекции с помощью электрофореза.

В зависимости от результатов исследования пациентам назначалась антимикробная терапия в послеоперационный период.

По показаниям осуществляли пластику уздечек нижней или верхней губ при высоком или низком ее прикреплении путем рассечения по центру и ушивания раны или путем полного иссечения уздечки.

При выявлении мелкого преддверия выполняли операцию вестибулопластики по методу Кларка. Суть операции состоит в том, что разрез производится по границе подвижной и неподвижной слизистой оболочки, отслаивается подвижная слизистая оболочка до внутренней поверхности нижней губы, углубляется преддверие разрезом параллельно альвеолярному отростку до ментальной складки; периост рассекается горизонтальным разрезом в глубине раны, отслоенная слизистая оболочка пришивается в глубине раны к периосту, сухожилиям подбородочной и квадратным мышцам нижней губы (модификация операции Богашовой Л.Я., 2001). Рана в области

альвеолярного отростка прикривається іодоформним тампоном на 5-7 днів.

Все эти подготовительные оперативные вмешательства производились за 2-3 недели до начала лечения и произведены 2 пациентам. Осуществляли санацию полости рта 4 пациентам. лечение кариеса 26, 45, 14 и 27 зубов.

В дальнейшем при подготовке больного к операции осуществляли гигиену полости рта в течение 10 дней: орошение 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата, снятие над- и поддесневых зубных отложений по Грейси (ручным способом), повторное удаление зубных отложений ультразвуковым аппаратом «Кавитрон», периодически повторяли орошение 0,2% раствором хлоргексидина, затем обработали десну мазью «Метрагил-Дента», мазью солкосерила под твердую повязку Васорак на сутки.

На второй день после снятия повязки и обработки 0,21% раствором хлоргексидина производили контроль снятия зубных отложений, оставшийся камень доснимался аппаратом «Кавитрон» или в труднодоступных местах пескоструйным аппаратом NSK; ирригацию пародонтальных карманов проводили ирригатором «Rowenta», растворами парагель или водным раствором хлорфиллипта, фитодента, гевалекс или корсодил. После ирригации назначали массаж десны, затем мазевые аппликации – траумель, парагель под парафин на 20 мин. На следующий день повторяли гидромассаж, мазевые аппликации и парафиновые повязки. Таких процедур до операции производили 5-7.

Травматическую окклюзию определяли путем применения копировальной бумаги, выявленные травматические узлы устраняли.

Полученные результаты

После проведенных предварительных хирургических вмешательств в преддверии полости рта, санации, выявления возбудителя заболевания и его чувствительности к антимикробным препаратам, гигиенической подготовки полости рта (снятия зубных отложений, обработки пародонтальных карманов антисептическими растворами, массажа и наложения мазевых повязок) у больных генерализованным пародонтитом наступала ремиссия заболевания, десна уплотнялась, исчезали кровоточивость и неприятные ощущения, уменьшался пародонтальный карман.

В период ремиссии заболевания больному производили хирургическое лечение – открытый кюретаж с применением аутологичных мезенхимальных клеток крови на носителе – коллапане.

Литература

1. Дмитриева Л.А. Новые технологии в хирургическом лечении заболеваний пародонта / Современные аспекты клинической пародонтологии – М.: Медпресс, 2001 – С. 63-107.
2. Луцкая И.К., Артюшкевич А.С. Хирургические мероприятия в лечении заболеваний пародонта / Руководство по стоматологии. – Ростов-на-Дону, 2000. – С. 447-479.
3. Степанов А.Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. – М., 1991. – 139 с.
4. Loos S. Die chirurgische Behandlung der sog Paradentogsen //Ost. Z. Stomat.-1960.-S. 35 - Bd. 57.

Стаття надійшла
04 12.2006 р.

Резюме

Пріоритетна роль у лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту відводиться хірургічним методам лікування. Однак до хірургічного втручання необхідна підготовка порожнини рота пацієнта: санація порожнини рота – лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту; лабораторні дослідження – виявлення збудника хвороби шляхом забору матеріалу з патологічної зубоясенної кишені, а також визначення його чутливості до антибіотиків; додаткові хірургічні втручання – усунення коротких вуздечок, вестибулопластика та гігієнічні заходи – зняття над- і під'ясенних відкладень, обробка зубоясенних кишень антисептичними розчинами, масаж ясен, накладання марлевих пов'язок.

Ключові слова: вестибулопластика, карієс, пульпіт, генералізований пародонтит.

Summary

The priority role in chronic generalized periodontitis treatment belongs to surgical methods of treatment. However before a surgical intervention the patient's oral cavity preparation is indispensable: an oral cavity sanitation - caries, pulpitis, periodontitis treatment; laboratory researches - etiological agent detection by sampling of pathological dentogingival secrets contents and its antibiotic susceptibility; auxiliary surgical interventions - elimination of short bridles, vestibuloplastics and hygienic measures - scaling of above and undergingival deposits, dentogingival recesses by antiseptic solutions, gingival massage, gauze bandages applying.

Key words: vestibular plastic, caries, pulpitis, generalized parodontitis.