

Клінічна медицина

УДК 616.314.17-001-085

О.Б.Беліков, Н.І.Белікова, В.М.Батіг, Н.Б.Пилипів, Г.І.Никоряк

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ТРАВМАТИЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Причинами локалізованого пародонтиту внаслідок травматичного походження є дефектні пломби, коронки з відсутнім екватором, і шкідливі звички пацієнтів (інтенсивне використання чужорідних предметів для очищення проміжку між зубами). Тому при комплексному лікуванні локалізованого пародонтиту травматичної етіології найбільш важливим є викорис-

тання шинувальних ортопедичних конструкцій. Основним завданням такого лікування є усунення травматичного фактора пародонтальної кишені і створення умов для подальшої регенерації тканин пародонта.

Ключові слова: локалізований пародонтит, травматичний фактор, комплексне лікування пародонтиту.

Вступ. Як відомо, причинами локальної травми тканин пародонта можуть бути дефектні пломби, коронки з відсутнім екватором, і шкідливі звички пацієнтів [1, 2, 3]. Рекомендації щодо лікування локалізованого пародонтиту полягають, в основному, у створенні між зубами контактного пункту пломбувальними матеріалами [7, 8]. Водночас при лікуванні даного захворювання, необхідно застосовувати комплексний підхід як із врахуванням травматичного фактора, так і локального стоматологічного статусу в ділянці ураження [4, 5, 6].

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз ефективності різних методів комплексного лікування локалізованого пародонтиту травматичного характеру.

Матеріал і методи. Обстежено 123 особи, з них чоловіків – 35, жінок – 88. Серед них локалізований пародонтит виявлений у 68 чоловік (56 %). У дослідженні взяли участь 50 пацієнтів (15 чоловіків і 45 жінок) віком від 22 до 63 років. Глибина пародонтальної кишені (ПК) складала від 2,5 до 5 мм, що відповідає запальному процесу легкого і середнього ступеня тяжкості.

В основній групі пацієнтам (25 осіб) виготовляли тимчасові пластмасові мостоподібні протези з метою усунення травмуючого фактора, препарували зуби під металокерамічні коронки.

Пародонтальні кишені обробляли 1 % розчином перекису водню і на 5-7 днів у них закладали «Метрогіл Дента професіонал», після чого фіксували тимчасові протези. У пацієнтів із глибиною ПК від 3 до 5 мм (15 осіб) проводили кюретаж пародонтальної кишені, закладали «Метрогіл Дента професіонал». У пацієнтів із глибиною ПК 5 мм (10 осіб) накладали шви і фіксували тимчасові протези. Через сім діб знімали тимчасові конструкції, промивали ПК перекисом водню, екскаватором створювали кров'яний згусток і здійснювали підсадку остеопластичного матеріалу. Після купірування локального запального процесу тимчасовий мостоподібний протез замінювали постійним металокерамічним.

В основній групі проведено протезування 18 пацієнтам металокерамічними протезами і трьом – міжзубними владковими шинами з композиційного матеріалу. У групі порівняння (25 осіб) після заміни неповноцінних пломб (25) і металокерамічних коронок (8) ПК обробляли перекисом водню, заклали «Метрогіл Дента професіонал» під тимчасову захисну ясенну пов'язку. У разі глибоких ПК (більше 3 мм) виготовлення постійних коронок проводилося після зняття швів і загоєння рани.

Глибину зондування ПК здійснювали за допомогою градуйованого пародонтального зонда. Рентгенологічне дослідження проводили до лікування і через шість місяців після проведеного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Середня глибина пародонтальних кишень в обох групах склала $2,97 \pm 0,1$ мм. У 70,6 % випадків локалізований пародонтит виявлений на верхній щелепі, а в 29,4 % – на нижній щелепі. У 91,2 % випадків процес локалізувався в ділянці бічних зубів, а у 8,8 % – у ділянці передньої групи зубів.

Дані, наведені в таблиці, свідчать про те, що найчастіше до розвитку локалізованого пародонтиту призводить нещільний контактний пункт між зубами і дефектні пломби.

У процесі лікування в основній групі пацієнтів вже на 4-7-му добу зникав непріємний запах у ділянці пародонтальної кишені, зменшувалася кровоточивість, покращувався гігієнічний стан порожнини рота, відбувалася нормалізація кольору і щільності ясен. Через 21-30 днів ясна ставали щільними, блідо-рожевого кольору. У той же час у пацієнтів групи порівняння терміни загоєння тканин пародонта подовжувалися і складали 7-10 днів, що пов'язано з відсутністю ізоляції пародонтальної кишені від травмуючих факторів.

Через шість місяців після лікування і протезування, в основній групі скарг на непріємний запах, затримки їжі і утворення проміжку між зубами не виявлено.

У групі порівняння спостерігалася потрапляння їжі в міжзубний проміжок, утворювався

Таблиця

Частота виникнення локалізованого пародонтиту залежно від травматичного фактора

Причини	Група обстеження	Частота
Дефект пломби	56	46 %
Дефект коронки	9	6,5 %
Нещільний контактний пункт	51	42 %
Відкол коронкової частини зуба	7	5,5 %
РАЗОМ	123	100 %

проміжок між зубами, у 45 % осіб були скарги на кровоточивість і в 42 % – на неприємний запах із ПК після лікування (у середньому 4,5 міс.).

Рентгенологічна картина при локалізованому пародонтиті до лікування в пацієнтів із різною глибиною пародонтальної кишені відрізнялася. При невеликій глибині ПК (до 3 мм) рентгенологічних змін не виявлено. В останніх випадках спостерігали розрідження кісткової тканини міжзубної перегородки, сплюснення вершини перегородки, зниження її висоти на 1-2мм. Після проведеного лікування (через шість місяців) в основній групі спостерігали посилення кісткового малюнка міжзубної перегородки. У групі порівняння збільшення щільності кісткової тканини міжзубних перегородок також мало місце, але менше, ніж в основній групі.

Висновки

1. Ортопедичне лікування є основною ланкою в лікуванні локалізованого пародонтиту, що забезпечує усунення травматичного фактора. Закриття міжзубного проміжку мостоподібним протезом або міжзубною вкладковою шинною усуває травму пародонта, перешкоджає розбіжності зубів і сприяє повноцінному загоєнню його тканин.

2. Застосування поодиноких коронок або пломб для відновлення контактних пунктів при захворюваннях пародонта неефективно.

3. В основі профілактики розвитку локалізованого пародонтиту лежать методики повноцінного відновлення контактних пунктів між зубами і сучасного ортопедичного лікування (металокерамічні коронки, безметалова кераміка, препарування зубів з уступом).

4. При закритті пародонтальної кишені шинючими ортопедичними конструкціями більшою мірою відбувається нормалізація показників мікроциркуляції, ніж при протезуванні поодинокими коронками або пломбами.

Перспективи подальшого дослідження. Методика повноцінного відновлення контактних пунктів між зубами з використанням ортопедичного лікування може стати основою розробки сучасних ортопедичних методик профілактики розвитку генералізованого пародонтиту.

Література

1. Антонова И.Н. Роль профессиональной гигиены полости рта в комплексном подходе к диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук / И.Н.Антонова. – СПб., 2000. – 17 с.
2. Васильев В.Г. Влияние препарирования зубов на ткани пародонта и сроки ортопедического лечения: автореф. дис. на соискание уч. ст. д-ра мед. наук / В.Г.Васильев. – СПб., 1992. – 32 с.
3. Грудянов А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И.Грудянов, В.В.Овчинникова. – М.: МИА, 2007. – 80 с.
4. Иванов В.С. Заболевания пародонта / В.С.Иванов. – М.: Медицина, 1998. – 295 с.
5. Канкарян А.П. Болезни пародонта: Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении / А.П.Канкарян, В.К.Леонтьев. – Ер.: ТигранМец, 1998. – 360 с.
6. Логинова Н.К. Функциональная диагностика гипофункции жевательного аппарата и способы гнатотренинга / Н.К.Логинова // Институт Стоматологии. – 2004. – № 4 (25). – С. 46-48.
7. Сивовол С.М. Клинические аспекты пародонтологии / С.М.Сивовол. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Триада-Х, 2001. – 168 с.
8. Смирнова А.В. Комплексное лечение пациентов с локализованным пародонтитом травматической этиологии / А.В.Смирнова, В.Т.Мороз // Институт стоматологии. Газета для профессионалов. – 2010. – № 4 (17). – С. 12.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

А.Б.Беликов, Н.И.Беликова, В.М.Батиг, Н.Б.Пыльпив, Г.И.Никорак

Резюме. Причини локалізованого пародонтиту травматическої етіології являються дефектна плomba, коронка с отсутствующим экватором, и вредная привычка (интенсивное использование инородных предметов для

очистки промежутка между зубами). При комплексном лечении локализованного пародонтита травматической этиологии наиболее важным звеном является применение шинирующих ортопедических конструкций. Основным заданием такого лечения является устранение травматического фактора пародонтального кармана и создание условий для последующей регенерации тканей пародонта.

Ключевые слова: локализованный пародонтит, травматический фактор, комплексное лечение пародонтита.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF TREATING PATIENTS WITH LOCALIZED PERIODONTITIS OF TRAUMATIC ORIGIN

A.B.Belikov, N.I.Belikova, V.M.Batig, N.B.Pylypiv, H.I.Nykoriak

Abstract. The causes of localized periodontitis are due to a traumatic origin are defective fillings, crowns with a missing equator and patients' harmful habits (an intensive use of alien objects to clean interdental spaces). While instituting a multimodal treatment of localized periodontitis of traumatic origin, the most important link is using splinting orthopedic constructions. The principal purpose of such treatment is eliminating the traumatic factor of the periodontal pocket and creating conditions for subsequent regeneration of the periodontal tissue.

Key words: localized periodontitis, traumatic factor, multimodal treatment of periodontitis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Н.Б.Кузняк

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 4-6

Надійшла до редакції 26.05.2011 року