

ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПІДТРИМКИ НА РІЗНИХ АДАПТАЦІЙНО-ПРИСТОСУВАЛЬНИХ ЕТАПАХ ОРТОПЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

В.І. Біда, О.А. Омеляненко

Інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Резюме. У статті викладені результати комплексного ортопедичного лікування 115-ти хворих із дефектами зубних рядів, які ускладнені захворюваннями на хронічний генералізований пародонтит різних ступенів тяжкості. Запропоновано використання розробленої комп'ютерної програми вибору конструкцій зубних протезів при хронічних генералізованих пародонтитах різного ступеня тяжкості. За допомогою клінічних, лабораторних і функціональних методів дослідження доведено ефективність медикаментозної підтримки препаратами французької фірми «PIERRE FABRE ORAL CARE» до ортопедичного лікування й на різних адаптаційно-приспосувальних етапах реабілітаційного періоду.

Ключові слова: дефекти зубних рядів, захворювання тканин пародонту, ефективність ортопедичного лікування, препарати фірми «Pierre Fabre Oral Care», клінічна оцінка.

ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПОДДЕРЖАНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ЭТАПАХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ МЕР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

В.И. Буда, О.А. Омеляненко

Резюме

В статье приведены результаты комплексного ортопедического лечения 115-ти пациентов с дефектами зубных рядов, которые осложнены заболеванием хронический генерализованный пародонтит разной степени тяжести. Предложено использование разработанной компьютерной программы выбора конструкций зубных протезов при хронических генерализованных пародонтитах разной степени тяжести.

С помощью клинических, лабораторных и функциональных методов исследования доказана эффективность медикаментозной поддержки препаратами французской фирмы «Pierre Fabre Oral Care» до ортопедического лечения и на адаптационно-приспосовительных реабилитационных этапах лечения.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, заболевания тканей пародонта, эффективность ортопедического лечения, препараты фирмы «Pierre Fabre Oral Care», клиническая оценка.

ARRANGEMENT OF MEDICAMENTAL MAINTAINING ON THE DIFFERENT ADAPTION AND ADAPTIVE STAGES OF ORTOPEDIC MEASURES IN THE COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL TISSUE

V. Bida, O. Omelianenko

Summary

In the article the results of curing of complex orthopedic treatment 115 ill defects of tooth lines of generalized parodontitis.

Clinical-laboratory and functional investigations have determined the peculiarities of rehabilitation period by firms «Pierre Fabre Oral Care» at adaptative stages of orthopedic treatment.

Key words: defects of tooth lines, parodontium tissues disease, efficiency

ВСТУП

Згідно з даними епідеміологічних обстежень установлено високий рівень розповсюдженості та інтенсивності уражень тканин пародонту серед дорослого населення України. Часткова втрата зубів при захворюваннях тканин пародонту є найпоширенішою патологією, яка призводить до розвитку вторинних деформацій зубних рядів, викликає функціональні та морфологічні порушення єдності зубного ряду, призводить до складної перебудови прикусу та ЗЩС у цілому [1–3].

Ортопедичні заходи в комплексному лікуванні тканин пародонту у хворих із дефектами зубних рядів спрямовані на раціональний вибір конструкції для шинування зубів і заміщення дефектів зубних рядів, профілактику ускладнень і подовження строку користування ортопедичними конструкціями, контролю ефективності проведеного протезування на адаптаційно-приспосувальних етапах реабілітаційного періоду [4–6].

Загальний успіх комплексного ортопедичного лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит (ХГП) різного ступеня тяжкості з дефектами зубних рядів залежить від доцільного застосування якісних і раціональних конструкцій зубних протезів у конкретних умовах протезування, які: відновлюють функції ЗЩС, відповідають сучасним естетичним вимогам, дозволяють підтримувати гігієну порожнини рота, не перешкоджають проведенню гігієнічних і лікувальних заходів і медикаментозної підтримки на різних адаптаційно-приспосувальних етапах ортопедичних заходів [7, 8].

На сьогодні пройшли клінічну апробацію й набули широке застосування в хірургічній стоматології та розглядаються як один з оптимальних варіантів для медикаментозної підтримки на різних адаптаційно-приспосувальних етапах комплексного лікування пацієнтів, хворих на ХГП різного ступеня тяжкості, препарати та

засоби для гігієнічного догляду за ротовою порожниною «Pierre Fabre Oral Care» (Франція).

Метою нашого дослідження стало визначення ефективності ортопедичного лікування хворих із дефектами зубних рядів при захворюваннях тканин пародонту шляхом клінічного обґрунтування вибору конструкції зубних протезів на підставі оцінки функціонального стану тканин пародонту опорних зубів і медикаментозна підтримка препаратами фірми «Pierre Fabre Oral Care» (Франція) на різних адаптаційно-приспосувальних етапах ортопедичних заходів.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клінічні: стоматологічне та пародонтологічне обстеження хворих із визначенням пародонтальних індексів папілярно-маргінально-альвеолярного (ПМА), гігієни Гріна-Вермільона, пародонтального (П), Рамфьорда; рентгенологічні: радіовізіографія, ортопантомографія; статичний — визначення функціонального стану та резервних сил зубощелепної системи (ЗЩС), функціональні — лазерна доплерівська флоуметрія (ЛДФ) з метою діагностики та порівняльної оцінки параметрів мікроциркуляції (ПМ) опорних зубів у хворих із частковими дефектами зубних рядів і хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) різного ступеня тяжкості на етапах ортопедичного лікування; цифрова капіляроскопія — з метою дослідження ангиоархітекtonіки мікросудин ясен; математичні — для визначення компенсаторних можливостей тканин пародонту залежно від ступеня втрати висоти альвеолярного відростка (ВВАВ) і функціонального навантаження.

Клінічні, функціональні, спеціальні дослідження та ортопедичне лікування проводили 115-ти особам з дефектами зубних рядів, хворим на ХГП різного ступеня тяжкості. Установлені показники індексної оцінки, мікроциркуляції та структурного стану тканин пародонту в контрольній групі (12 осіб з інтактними зубними рядами та клінічно здоровими тканинами пародонту) були прийняті за умовну норму. Усього кількість пацієнтів від 30 до 39-ти років становила 39 осіб (30,7%), у віці 40–49 років — 45 осіб (35,4%), у віці 51–59 років — 43 особи (33,9%). З обстежених жінки склали 56,7% (72 особи), чоловіки — 43,3% (55 осіб).

Стан тканин пародонту оцінювали на підставі клінічного та пародонтологічного обстеження, керуючись класифікацією хвороб пародонту М.Ф. Данилевського (1998), з використанням програмного забезпечення «Florida Probe».

На підставі отриманих клініко-лабораторних даних усіх обстежених було розділено на чотири клінічні групи дослідження залежно від ступеня тяжкості ураження тканин пародонту: I група — 31 хворий на ХГП I ступеня (24,4%); II група — 45 хворих на ХГП II ступеня (35,4%); III група — 39 хворих на ХГП III ступеня (30,7%); VI контрольна група — 12 пацієнтів (9,5%). За віковою, статевую приналежністю пацієнти даної контрольної групи у відсотковому співвідношенні були аналогічні хворим клінічних груп.

Функціональне дослідження мікросудин тканин пародонту проводили за допомогою лазерного аналізатора мікроциркуляції крові комп'ютеризованого «ЛАКК-02» НВП «ЛАЗМА» (Росія). Параметри мікроциркуляції (ПМ, пф. од.) тканин пародонту у хворих усіх клінічних груп оцінювали на етапі введення та фіксації ортопедичних конструкцій у ротовій порожнині та на адаптаційно-приспосувальних етапах реабілітаційного періоду через 1, 6 і 12 місяців після протезування за розробленою нами методикою (Деклараційний патент на корисну модель № 21115 «Спосіб лазерної доплерівської флоуметрії для визначення особливостей васкуляризації слизової оболонки пародонту») із застосуванням пристрою для утримання торця світловода лазера в порожнині рота (Деклараційний патент на корисну модель № 21114).

Математичним методом 3D-моделювання визначали показники збільшення напружень і компенсаторні можливості тканин пародонту опорних зубів у залежності від ступеня втрати висоти альвеолярного відростка (ВВАВ) за допомогою розробленої нами комп'ютерної програми з використанням основних біомеханічних характеристик анатомічних структур зубощелепного сегмента за даними А.Н. Чуйко, В.Е. Вовк (2006).

Оцінку структурного стану мікросудин тканин пародонту проводили з використанням методу цифрової капіляроскопії за допомогою цифрової камери «SUMIXS-MX-M7X USB2» при збільшенні у 200 разів із глибиною оглядів шарів тканини до 800 мкм.

Проведено комплексне ортопедичне лікування дефектів зубних рядів у 115-ти хворих на ХГП різного ступеня тяжкості. Планування та вибір раціональної конструкції зубних протезів з розрахунками оптимальної кількості опорних зубів проводили за допомогою розробленої нами комп'ютерної програми з визначенням компенсаторних можливостей тканин пародонту опорних зубів у залежності від ступеня ВВАВ. Залежно від виду застосованих постійних шинуючих ортопедичних конструкцій усіх обстежених I, II та III клінічних груп було розділено на три підгрупи.

Усього було виготовлено 199 конструкцій зубних протезів. Незнімних мостоподібних (МП) — 94 (47,3%), серед яких з опорою на два зуби (підгрупа А1) — 22 (11,1%), з опорою на три зуби (підгрупа А2) — 31 (15,7%), з опорою на чотири зуби та більше (підгрупа А3) — 41 (20,5%). Знімних шинуючих конструкцій зубних протезів 59 (29,5%), серед яких бюгельних протезів (БП) із кламерною системою фіксації (підгрупа Б1) — 20 (10%), часткових пластинкових знімних протезів (ЧПЗП) (підгрупа Б2) — 25 (12,5%), покривних протезів із кнопочними фіксаторами (підгрупа Б3) — 14 (7%).

Комбінованих — знімних і незнімних шинуючих конструкцій зубних протезів 46 (23,2%), серед яких БП із жорсткою замковою системою кріплення (підгрупа С1) 24 (12,2%), БП з лабільною замковою системою кріплення (підгрупа С2) два (1%), БП з напівлабільною замковою системою кріплення (підгрупа С3) 20 (10%).

Медикаментозна підтримка здійснювалася препаратами «Pierre Fabre Oral Care» (Франція). На етапах проведення стоматологічних маніпуляцій використовували концентрований антисептичний розчин «Eludril» (Solution) для полоскання ротової порожнини зі знеболюючою дією. На етапі адаптації до знімних протезів хворі використовували гель для аплікацій «Pansoral» (Gel pour application buccale) — універсальний препарат з комплексною знеболювальною, протизапальною та антимікробною дією для лікування пошкоджень слизової оболонки та виразково-некротичних уражень ротової порожнини. Для профілактики загострень хронічних запальних процесів хворі застосовували заспокійливий пародонтальний гель «Parodium» (Gel gingival pour gencives sensibles) із хлорексидином та екстрактом кореня ревеню.

Ефективність лікування оцінювали на підставі аналізу клінічних і функціональних показників на адаптаційно-приспосувальних етапах реабілітаційного періоду ортопедичного лікування (через 1 місяць), віддалених результатів (через 6 і 12 місяців), а також тривалих спостережень (протягом трьох років). Для аналізу отриманих результатів використовували пакети програм STATISTICA 5.0 та MS Excel XP.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз структурно-функціональних змін ЗЩС у 115-ти осіб віком від 30 до 59-ти років, хворих на ХГП різного ступеня тяжкості, виявив клінічні особливості часткової втрати зубів залежно від ступеня тяжкості за-

хворювань тканин пародонту. Структурно-функціональні зміни ЗЩС у різних клінічних групах обстежених свідчили про взаємозв'язок клінічних особливостей часткової втрати зубів і ступеня тяжкості ураження тканин пародонту, який зумовлює обґрунтований та диференційований підхід до планування відновлення зубних рядів ортопедичними конструкціями.

За результатами цифрової капіляроскопії виявлено поглиблення патологічних змін мікросудин тканин пародонту у хворих на ХГП відповідно до збільшення ступеня ураження, що вказує на зниження резервних можливостей мікросудин тканин пародонту при генералізованих ураженнях відповідно до ступеня тяжкості захворювання тканин пародонту.

Аналіз результатів функціонального дослідження свідчить, що рівень перфузії та компенсаторних можливостей системи мікроциркуляції тканин пародонту зменшується відповідно до ступеня ХГП.

У пацієнтів I клінічної групи хворих на ХГП I ступеня тяжкості виявлено зменшення рівня перфузії тканин пародонту в порівнянні з ПМ пацієнтів контрольної групи (20,01±0,12 пф. од. проти 20,87±0,2 пф. од.; P < 0,05). Збільшення показників пасивного механізму флаксмоції: АmaxR на 29,2 % (1,49±0,04 пф. од. проти 1,07±0,03 пф. од.; P < 0,05) і пульсових флуктуацій АmaxC на 13,8 % (3,11±0,03 пф. од. проти 2,81±0,06 пф. од.; P < 0,05) можна розглядати як компенсаторно-присосувальний механізм регулювання тканинного кровообігу при ХГП I ступеня тяжкості.

У II клінічній групі хворих на ХГП II ступеня тяжкості виявлено суттєве зниження ПМ у порівнянні з показниками пацієнтів контрольної групи: M на 35,1 % (19,95±0,11 пф. од. проти 20,87±0,2 пф. од.; P < 0,05), АmaxH на 34,9 % (2,82±0,03 пф. од. проти 4,25±0,04 пф. од.; P < 0,05), що свідчить про патофізіологічні зміни та перевагу явищ застою у венеулярній ланці системи мікроциркуляції. Разом з тим зростання внутрішньосудинного опору за рахунок артеріоловенеулярних анастомозів сприяє збереженню компенсаторно-присосувальних механізмів регулювання тканинного кровообігу при ХГП II ступеня тяжкості.

У пацієнтів III клінічної групи хворих на ХГП III ступеня тяжкості істотні зміни функціонального стану мікроциркуляторного русла характеризуються погіршенням тканинної перфузії (18,36±0,22 пф. од. проти 20,87±0,2 пф. од. у пацієнтів контрольної групи; P < 0,05) і зниженню резервних можливостей системи мікроциркуляції внаслідок низької реактивності мікросудин АmaxH на 47,7 % (2,85±0,08 пф. од. проти 4,25±0,04 пф. од. у пацієнтів контрольної групи; P < 0,05).

Порушення функціонального стану тканин пародонту зумовлено істотними змінами параметрів мікроциркуляції та погіршенням активності метаболічних процесів. Зниження характеристик гемодинаміки опорних зубів залежно від ступеня ХГП спричиняє адаптаційну реакцію на функціональне навантаження, яка спрямована на

збереження метаболічних процесів шляхом залучення усіх ланок компенсаторно-присосувальних механізмів регулювання тканинного кровообігу.

Результати проведеного безпосередньо перед протезуванням дослідження гемодинаміки опорних зубів свідчать про вірогідне зниження інтегрального показника ПМ у пацієнтів I групи на 7,7 %, II – на 22,3 %, III – на 29,9 % відповідно (при ХГП I ступеня тяжкості 17,71±0,14 пф. од., при ХГП II ступеня тяжкості 14,91±0,12 пф. од., при ХГП III ступеня тяжкості 13,56±0,22 пф. од. проти 19,19±0,06 пф. од. у пацієнтів контрольної групи; P < 0,05).

Визначені функціональні характеристики мікроциркуляторного русла тканин пародонту при ХГП різного ступеня тяжкості спроможні сприяти об'єктивізації діагностики та визначенню ступеня патологічного процесу.

На підставі комплексного аналізу отриманих результатів клініко-функціональних, рентгенологічних і математичних досліджень ми розробили комп'ютерну програму визначення динаміки залежності ступеня компенсаторно-присосувальних реакцій пародонту від осьового навантаження на корені опорних зубів, різниці в довжині та відстані між останніми, тобто величини дефекту, яка дозволяє провести обґрунтований вибір шинуючих конструкцій зубних протезів при лікуванні дефектів зубних рядів хворих на ХГП різного ступеня тяжкості в кожному клінічному випадку.

Ортопедичні заходи при комплексному лікуванні хворих на ГП різного ступеня тяжкості здійснювали на третьому етапі лікувально-реабілітаційної терапії. Вибір методу лікування дефектів зубних рядів хворих на ХГП різного ступеня тяжкості проводили за алгоритмом розрахунків вибору конструкцій зубних протезів шляхом застосування розробленої нами комп'ютерної програми. Проведене комплексне ортопедичне лікування пацієнтів I, II та III клінічних груп, хворих на ХГП різного ступеня тяжкості, засвідчило свою ефективність і доцільність, яка підтверджена результатами клінічних досліджень і показниками індексної оцінки гігієни порожнини рота, стану тканин пародонту в різні строки адаптаційно-присосувальних етапів комплексного ортопедичного лікування.

У пацієнтів I клінічної групи, хворих на ХГП I ступеня тяжкості, аналіз найближчих клінічних результатів (через 1 місяць) виявив вірогідне зниження порівняно з визначеними до лікування показниками індексу гігієни (1,26±0,01 бала проти 2,30±0,01 бала; P < 0,05), зменшення запальних процесів ПМА на 33 % (21,6±1,1 % проти 32,3±1,3 %; P < 0,05), запально-деструктивних процесів в альвеолярному відростку за індексом Рамфьорда на 37 % (2,41±0,12 бала проти 3,83±0,19 бала; P < 0,05) рухомості зубів (0,62±0,04 бала проти 1,03±0,06 бала; P < 0,05).

Дослідження, проведені через 6 і 12 місяців після лікування, продемонструвало вірогідне зменшення всіх показників активності запально-деструктивних процесів в альвеолярному відростку та показника індексу гігієни до 47 % проти даних до протезування (1,22±0,02 бала проти 2,30±0,01 бала; P < 0,05); РМА на 43 % (18,5±0,01 % проти 32,3±1,3 % до лікування), рухомості на 67 % (0,24±0,05 бала проти 1,03±0,06 бала; P < 0,05), індексу Рамфьорда на 68 % (0,87±0,03 бала проти 1,96±0,01 бала; P < 0,05) та III на 48 % (1,02±0,03 бала проти 3,83±0,19 бала; P < 0,05) (рис. 1).

У пацієнтів II клінічної групи, хворих на ХГП II ступеня тяжкості, через 1 місяць після протезування показник індексу гігієни становив 2,59±0,02 бала проти 2,80±0,01 бала до лікування (P < 0,05). Установлено вірогідне зменшення запальних процесів у тканинах пародонту за ПМА індексом на 56 % (23,5±0,01 % проти 41,7±0,01 % до лікування (P < 0,05). Зниження активності запально-деструктивних процесів у тканинах пародонту визначали за вірогідним зменшенням індексу Рам-

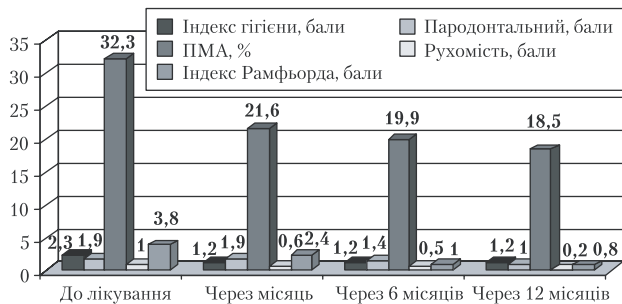


Рис. 1. Порівняльна характеристика показників індексної оцінки у хворих I клінічної групи.

фьорда на 31 % ($3,01 \pm 0,01$ бала проти $33 \pm 0,01$ бала), ПІ ($2,62 \pm 0,04$ бала проти $2,71 \pm 0,23$ бала до лікування; $P < 0,05$) і зниження рухомості зубів ($1,13 \pm 0,06$ бала проти $1,25 \pm 0,40$ бала відповідно; $P < 0,05$) (рис. 2).

Через 6 і 12 місяців після протезування у хворих ІІ клінічної групи виявлено вірогідне зменшення показника індексу гігієни на 55 % проти даних до лікування ($1,72 \pm 0,02$ бала проти $1,8 \pm 0,01$ бала; $P < 0,05$), індексу ПМА на 50 % ($21,01 \pm 0,01$ % проти $41,7 \pm 1,01$ %), рухомості на 32 % ($0,86 \pm 0,03$ бала проти $1,25 \pm 0,4$ бала; $P < 0,05$), індексу Рамфьорда на 67 % ($1,01 \pm 0,03$ бала проти $4,33 \pm 0,01$ бала; $P < 0,05$), ПІ на 30 % ($1,9 \pm 0,01$ бала проти $2,71 \pm 0,23$ бала; $P < 0,05$).

У пацієнтів ІІІ клінічної групи, хворих на ХГП ІІІ ступеня тяжкості, через 1 місяць після лікування зниження показників індексу гігієни становило $2,78 \pm 0,01$ бала порівняно з показниками до лікування ($3,08 \pm 0,04$ бала, $P < 0,05$). Зменшення запальних процесів у тканинах пародонту визначено за зниженням індексів ПМА на 76 % ($23,24 \pm 0,01$ % проти $30,39 \pm 0,04$ %; $P < 0,05$), індексу Рамфьорда на 12 % ($4,15 \pm 0,01$ бала проти $4,71 \pm 0,01$ бала; $P < 0,05$), ПІ ($3,12 \pm 0,02$ бала проти $3,6 \pm 0,19$ бала), рухомості зубів на 16 % ($1,64 \pm 0,06$ бала проти $1,93 \pm 0,4$ бала; $P < 0,05$) (рис. 3).

Через 6 і 12 місяців після протезування було виявлено вірогідне зменшення показника індексу гігієни до 15 % проти даних до лікування ($2,64 \pm 0,01$ бала та $3,08 \pm 0,41$ бала відповідно; $P < 0,05$), індексу ПМА на 40 % ($21,18 \pm 0,01$ % проти $30,39 \pm 1,02$ %), індексу Рамфьорда на 66 % ($2,11 \pm 0,01$ бала проти $4,71 \pm 0,01$ бала; $P < 0,05$), ПІ на 13 % ($2,7 \pm 0,01$ бала проти $3,08 \pm 0,19$ бала; $P < 0,05$). Установлено зниження рухомості на 53 % ($0,91 \pm 0,2$ бала проти $1,93 \pm 0,4$ бала; $P < 0,05$) (рис. 3).

Таким чином, аналізуючи отримані дані індексної оцінки стану тканин пародонту та гігієни порожнини рота, можемо зробити висновок, що покращення стану тканин пародонту при хронічному ГП І, ІІ та ІІІ ступеня тяжкості спостерігається на початку проведення лікувальних заходів у хворих усіх дослідних підгруп і набуває стійкої стабілізації патологічного процесу у віддалені строки спостереження, що вказує на ретельність виконання гігієнічних процедур, дієвість призначеної медикаментозної підтримки та ефективність проведених комплексних ортопедичних лікувальних заходів.

Результати лазерної доплерівської флоуметрії, проведеної на етапі введення та фіксації ортопедичної конструкції в ротовій порожнині, свідчать про збільшення рівня мікроциркуляції тканин пародонту опорних зубів у хворих І, ІІ та ІІІ клінічних груп порівняно з показниками, визначеними безпосередньо перед протезуванням, що зумовлено підвищенням метаболічного гомеостазу тканин пародонту та залученням компенсаторно-приспосувальних механізмів регулювання тканинного кровообігу у відповідь на функціональне навантаження.

Найбільше зростання ПМ у середньому на 67,6 % установлено у хворих І клінічної групи ($29,85 \pm 0,19$ та $31,22 \pm 0,22$ пф. од. проти $17,71 \pm 0,14$ та $18,63 \pm 0,15$ пф. од.; $P < 0,05$). У хворих ІІ клінічної групи – у середньому на 44,1 % ($21,02 \pm 0,11$ і $21,97 \pm 0,12$ % проти $14,91 \pm 0,12$ та $16,20 \pm 0,18$ пф. од.), у хворих ІІІ клінічної групи – у середньому на 25,4 % ($16,51 \pm 0,17$ та $16,44 \pm 0,04$ пф. од. проти $13,56 \pm 0,22$ та $14,11 \pm 0,17$ пф. од.).

Про тенденцію до нормалізації свідчать збільшені показники ПМ через 1 місяць після лікування хворих І клінічної групи на 10,9 % ($20,42 \pm 0,29$ та $22,16 \pm 0,25$ пф. од. проти $17,71 \pm 0,14$ і $18,63 \pm 0,15$ пф. од.; $P < 0,05$), у хворих ІІ клінічної групи на 5,2 % ($17,26 \pm 0,17$ і $18,64 \pm 0,1$; $14,91 \pm 0,12$ і $16,20 \pm 0,18$ пф. од.), у хворих ІІІ клінічної групи на 13,5% ($16,07 \pm 0,12$ і $16,2 \pm 0,12$ пф. од. проти $13,56 \pm 0,22$ і $14,11 \pm 0,17$ пф. од.).

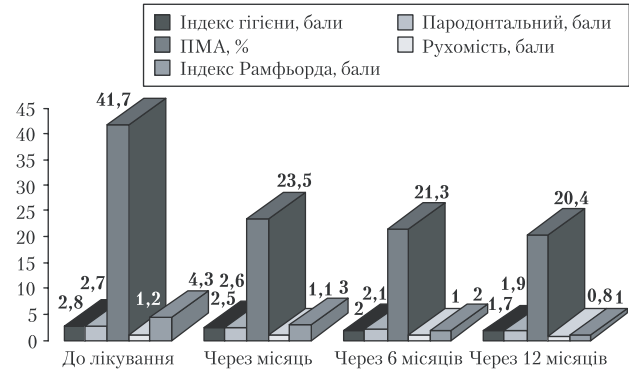


Рис. 2. Порівняльна характеристика показників індексної оцінки у хворих ІІ клінічної групи.

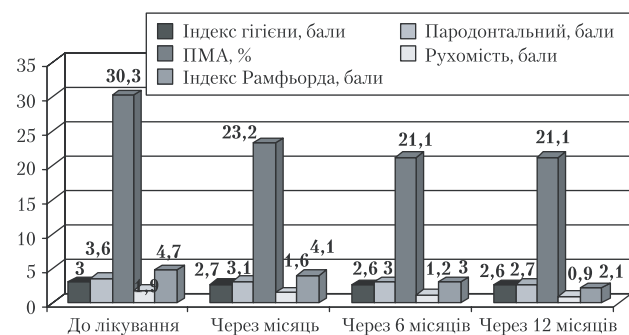
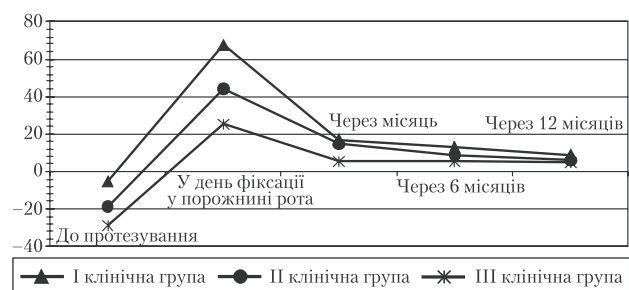


Рис. 3. Порівняльна характеристика показників індексної оцінки у хворих ІІІ клінічної групи.

Аналіз віддалених результатів функціональних досліджень свідчить, що запропонований нами алгоритм розрахунків вибору конструкцій зубних протезів при ХГП різного ступеня тяжкості сприяє підвищенню рівня перфузії тканин пародонту хворих І, ІІ та ІІІ клінічних груп (графік 1).

Показники ПМ у хворих І клінічної групи через 6 місяців після лікування досягли границь умовної норми зі зростанням порівняно з показниками, визначеними безпосередньо перед протезуванням ($18,81 \pm 0,26$ і $19,71 \pm 0,13$ пф. од. проти $17,71 \pm 0,14$ і $18,63 \pm 0,15$ пф. од.; $P < 0,05$). Установлено вірогідне зростання ПМ через 12 місяців після комплексного ортопедичного лікування зі збереженням сталих позитивних результатів покращення мікроциркуляції тканин пародонту опорних зубів: на компенсаторно-адаптаційних етапах ортопедичного лікування в середньому на 5,05 % ($18,78 \pm 0,04$ і $19,3 \pm 0,22$ пф. од.; $P < 0,05$).



Графік 1. Порівняльна характеристика показників ПМ ВЦ пацієнтів І, ІІ та ІІІ груп на адаптаційно-приспосувальних етапах комплексного ортопедичного лікування в різні строки спостереження.

У пацієнтів II клінічної групи, хворих на ХГП II ступеня тяжкості, через 6 місяців після лікування зростання рівня перфузії тканин пародонту сягало 8,9 % ($16,81 \pm 0,11$ і $17,68 \pm 0,22$ пф. од. проти $14,91 \pm 0,12$ і $16,20 \pm 0,18$ пф. од.; $P < 0,05$) зі збереженням у подальшому тенденцій до нормалізації ПМ, різниця між якими до лікування та після його завершення (через 12 місяців) становила 2,04 пф. од. у бік збільшення ($15,66 \pm 0,06$ і $17,0,1 \pm 0,07$ пф. од. проти $14,91 \pm 0,12$ і $16,20 \pm 0,18$ пф. од.; $P < 0,05$) на компенсаторно-адаптаційних етапах ортопедичного лікування в середньому на 6,3 %.

Установлено позитивну динаміку зростання ПМ через 6 місяців після лікування на 13,4 % ($16,33 \pm 0,15$ і $16,23 \pm 0,21$ пф. од. проти $13,56 \pm 0,22$ і $14,11 \pm 0,17$ пф. од.; $P < 0,05$) і разом з тим тенденцію до підвищення рівня мікроциркуляції у віддалені строки спостереження через 12 міс. на 5,3 % ($15,07 \pm 0,15$ і $16,13 \pm 0,19$ пф. од.; $P < 0,05$) визначено в пацієнтів III клінічної групи, хворих на ХГП III ступеня тяжкості. Різниця між показниками ПМ, визначеними до лікування та його після завершення, становила 1,7 пф. од. у бік збільшення.

При гострих запальних процесах слизової оболонки ротової порожнини, викликаних травмою від знімних протезів, хворим рекомендували проводити медикаментозну підтримку з використанням концентрованого антисептичного розчину для полоскання ротової порожнини «Eludril» (Solution), «Pierre Fabre Oral Care» (Франція), зі знеболюючою дією. Хлоргексидин диглюконат 0,10 %, який входить у склад препарату, блокує розвиток інфекційно-запального процесу та не порушує мікробіоценоз ротової порожнини. Хлорбутанол 0,50 % забезпечує швидке знеболення, посилює протизапальну дію хлоргексидину. Докузат натрію пролонгує дію хлоргексидину. Антисептичний розчин «Eludril» (Solution) не токсичний, не містить синтетичних барвників. Хлоргексидин у дозі 0,1 % не викликає місцевих подразнень і не змінює природний колір зубів.

Розчин «Eludril» рекомендували застосовувати після проведення гігієнічних заходів — чистки зубів і за наявності зубних протезів (15 мл розчину на півсклянки води, 2–3 полоскання на добу протягом від 5 до 10-ти днів).

Для лікування гіпертрофічних або виразкових уражень тканин пародонту та дрібних пошкоджень слизової оболонки, що супроводжуються болем, хворим рекомендували застосовувати гель для аплікацій «Pansoral» (Gel pour application buccale) — універсальний препарат з комплексною знеболювальною, протизапальною та антимікробною дією. У склад препарату входять: саліцилат холіну 0,087 % — протизапальний та анальгезуючий засіб групи інгібіторів ЦОГ-2; хлорид цеталконію 0,0001 % — антисептичний та протигрибковий засіб, що перешкоджає розвитку Gr+ і Gr- бактеріальної та грибової флори та запобігає вторинному інфікуванню; гідроксид натрію, який змінює рівень рН слини в лужний бік, блокує розвиток анаеробної флори, заміною содові полоскання; масло анісу зірчастого, яке має протизапальну та ароматизуючу дію.

Препарат рекомендували застосовувати після проведення гігієнічних заходів — чистки зубів і за наявності

зубних протезів — протягом 12-ти днів 3–4 рази на добу та обов'язково перед сном наносити горошину гелю на уражену ділянку.

Для профілактики загострень хронічних запальних процесів після протезування хворим рекомендовано застосовувати заспокійливий пародонтальний гель із хлоргексидином та екстрактом кореня ревеню «Parodium» (Gel gingival pour gencives sensibles). У його склад входять: хлоргексидин диглюконат у профілактичній дозі 0,02 %; екстракт кореня ревеню 0,2 %, що містить таноглікозиди та дубильні речовини, має протизапальну, в'язучу, заспокійливу дію та кератопластичні властивості, підсилює синтез колагену; формальдегід 0,00067 % в одній дозі сприяє загоєнню невеликих ран на яснах, має гемостатичну дію, усуває неприємний запах з рота; адгезивна основа перешкоджає вимиванню активних компонентів.

Препарат рекомендували застосовувати після проведення гігієнічних заходів — чистки зубів і за наявності зубних протезів — виконувати локальний масаж ясен з пародонтальним гелем «Parodium» три рази на день протягом одного місяця.

ВИСНОВКИ

Таким чином, дослідженнями доведений позитивний вплив функціональних навантажень на тканини пародонту опорних зубів, дія яких зумовлена відновленням єдності зубних рядів шляхом шинування раціональними ортопедичними конструкціями. Застосування розробленого та запропонованого алгоритму розрахунків вибору конструкцій зубних протезів при хронічному генералізованому пародонтиті різного ступеня тяжкості забезпечує позитивний вплив на судини мікроциркуляторного русла, що дозволяє залучити резервні можливості зубошелепної системи в цілому, запобігти ускладненням і досягти сталих клінічних результатів лікування.

Виявлена динаміка мікроциркуляторних показників стану тканин пародонту на адаптаційно-приспосувальних етапах реабілітаційного періоду лікування об'єктивно візує діагностику та оцінку течії патологічного процесу у тканинах пародонту, сприяє отриманню оперативної інформації про стан кровообігу у тканинах пародонту, а також дає можливість його довготривалого моніторингу та розробки оптимальної тактики реконструктивних ортопедичних заходів, контролю лікування та прогнозування ускладнень при протезуванні.

Порівняння результатів проведених досліджень ЛДФ пацієнтів дослідних груп до лікування та на різних адаптаційно-приспосувальних етапах комплексного лікування свідчить про ефективність і доцільність проведених ортопедичних лікувальних заходів.

Результатами клінічних досліджень у різні строки адаптаційно-приспосувальних етапів комплексного ортопедичного лікування хворих на ХГП різного ступеня тяжкості встановлено високий терапевтичний ефект і досягнення сталих клінічних результатів лікування при медикаментозній підтримці препаратами фірми «Pierre Fabre Oral Care» (Франція) на різних адаптаційно-приспосувальних етапах ортопедичних заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилевський М.Ф., Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г. Розповсюдженість основних стоматологічних захворювань і стан гігієни порожнини рота у населення різних регіонів України (за зверненням) // Профілактика стоматологічних захворювань. — 2004. — № 9. — С. 11–17.
2. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема риска и диагностики // Стоматолог. — 2006. — № 1–2. — С. 54–58.
3. Біда В.І., Клочан С.М. Заміщення дефектів зубних рядів сучасними конструкціями знімних протезів. — Львів: ГалДент. — 2009. — 152 с.

4. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология: Учебн. пособ. — М.: МЕДпресс-информ. — 2007. — 496 с.: ил.
5. Окклюзия и клиническая практика / Под ред. И. Клинеберга, Р. Драгера; пер. с англ.; под общ. ред. М.М. Антоника. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 200 с.: ил.
6. Павленко А.В., Мазур И.П. Лечебно-реабилитационные мероприятия у больных генерализованным пародонтитом // Вісник стоматології. — № 1. — 2003. — С. 85–90.
7. Мельничук Г.М., Рожко М.М., Нейко Н.В. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. — Івано-Франківськ, 2006. — 282 с.

КЕТАНОВ

... повернення в світ БЕЗ БОЛЮ

Ненаркотичний
анальгетик
із силою опіатів

Не викликає
залежності
та звикання

Дата підпису до друку: 11.11.2011.

Р. П. № UA/2596/01/01, UA/2596/02/01.

Виробник Ранбаксі Лабораторізі Лімітед.

Дана інформація не є рекламою і призначена виключно для дипломованих спеціалістів медичної сфери для підтримки їх освідченості про лікарський засіб та не призначена викликати інтерес до лікарського засобу.

Увага! Є протипоказання. Рекомендуємо ознайомитися з інструкцією до застосування, яка додається до лікарського засобу.

RANBAXY
www.ranbaxy.com.ua