

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616.317.1-0078.254-089

**Л. В. Харьков, д. мед. н.,
Л. М. Яковенко, д. мед. н., І. М. Вишпінський**

Національний медичний університет
Житомирська обласна дитяча лікарня МОЗ України

**КЛІНІКО – ХІРУРГІЧНА
КЛАСИФІКАЦІЯ ВРОДЖЕНИХ
НЕЗРОЩЕНЬ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ
ТА ПІДНЕБІННЯ**

В статті представлений аналіз класифікацій вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння. Авторами запропонована більш повна та детальна класифікація незрощень, яка характеризує анатомічні форми дефектів. Дана класифікація є максимально спрощеною, що полегшує вибір первинної хірургічної тактики: одно – чи багаторічних операцій, об'єму, виду операції, показань до їх проведення в певному віці.

Ключові слова: вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, класифікація, парафраза.

**Л. В. Харьков, Л. Н. Яковенко,
И. М. Вышинский**

Национальный медицинский университет
Житомирская областная детская больница
МЗ Украины

**КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ
КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ
НЕСРАЩЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

В статье представлен анализ классификаций врождённых несращений верхней губы и нёба. Авторами предложена более полная и детальная классификация несращений, которая характеризует анатомические формы дефектов. Данная классификация максимально упрощена, что облегчает выбор первичной хирургической тактики: одно – или многоэтапных операций, объёма, вида, показаний к их проведению в определённом возрасте.

Ключевые слова: врождённые несращения верхней губы и нёба, классификация, парафраза.

**L. V. Kharkov, L. N. Yakovenko,
I. M. Vyshinskij**

National Medical University
Zhitomyr Regional Clinic for Children
The AMS of Ukraine

**CLINICO-SURGICAL CLASSIFICATION
OF THE INBORN CLEFTS
OF UPPER LIP AND SOFT PALATE**

The analysis of the classifications of inborn clefts of upper lip and soft palate is given in the article. The more

complete and detailed classification, which characterizes the anatomic forms of the defects is offered by the authors. This classification is simplified to the maximum. This fact makes easier the choice of the primary surgical tactics: one- or multistage surgeries, volume, type, prescriptions to their carrying out at definite age.

Key words: inborn clefts of upper lip and soft palate, classification, paraphrase.

Класифікацію визначаємо як об'єднані однією або декількома загальними ознаками групи нозологічних форм, які відрізняються за видом, та способом лікування.

Успіх лікування пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння потребує тісної співпраці багатьох спеціалістів, встановлення повного діагнозу із визначенням форми незрощення, а також проведення їх аналізу та систематизації. Чітко визначений і зрозумілий запис діагнозу значно полегшує роботу лікарів і створює умови для оптимального вибору тактики лікування та реабілітації.

Метою статті є систематизація даних про вроджені незрощення верхньої губи, носу, альвеолярного відростку, твердого і м'якого піднебіння, яка базується на клінічних ознаках із використанням символів та анатомічних парафраз для чіткої рекомендації строків та методів лікування.

Під час симпозиуму в Гамбурзі в 1966 році Vilar-Sancho B. [1] визначив наступні вимоги до системи документації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння: простота сприйняття; лаконічність; гнучкість для різних випадків; точність, (для зручності при використанні в статистиці); графічність – для зрозумілого відображення вади; можливість обліку. Пізніше різними авторами до цих умов були додані такі умови як: всебічність, легкість в застосуванні і розумінні, відсутність мовних кордонів, тобто зрозумілість для лікарів різних країн, уникнення помилкових записів та повторів, здатність до комп'ютерної обробки.

Не потребує доведення той факт, що кількість варіантів незрощень верхньої губи і піднебіння значна, однак саме завдяки цій різноманітності всі їх види потрібно чітко класифікувати, хоча створити таку класифікацію, яка б їх охопила, надзвичайно важко.

Класифікації створювались по зростаючій важкості з урахуванням накопичення наукових досягнень і базувались на анатомо – морфологічних, анатомо – хірургічних, клініко – анатоміч-

них, ембріологічних даних. Безумовно, «нові» модифікації класифікацій значною мірою повторюють вже відомі, але зміст пропозицій полягає у введенні в кожну з них нової інформації в плані визначення анатомічної форми дефекту, що, в свою чергу, визначає спосіб лікування.

До найбільш відомих і розповсюджених класифікацій, які ми проаналізували, належать наступні: Kernahan D., Stark R. (1958); Vilar – Sancho B. (1962); Pfeifer G. (1966); Буріан Ф. (1967); Семенченко Г.І., Вакуленко В.І. (1967); Фролова Л.Є. (1974); Kernahan D. (1971) і модифікації El-sahy N. (1973), Millard R. (1976); Chancholle AR. (1987); Бернадський Ю.І. (1985); Kriens O. (1989); Міжнародна класифікація хвороб (Женева, 1995); Козін І.А. (1996).

Ми ні в якому разі не стверджуємо, що запропоновані класифікації не відображають суті питання, однак в них не охоплені незрощення носу, положення міжщелепної кістки, частка твердого піднебіння в зоні наближеній до різцевого отвору, ізольоване незрощення язичка. Крім того, проведення їх аналізу ускладнено за рахунок того, що відсутня єдина символіка незрощень.

Враховуючи власний досвід діагностики та лікування більше 6000 пацієнтів, проаналізувавши «сильні» та «слабкі» сторони кожної класифікації, ми інтегрували «сильні» сторони і змінили або модифікували «слабкі».

Найбільш близькою за своєю сутністю є відома класифікація О. Кріенса [13], яка обрана нами у якості прототипу. Позитивні сторони цієї класифікації полягають в тому, що за допомогою стислого запису у вигляді анатомічної парафрази LAHSHAL (L – lip, A – alveolus, H – hard palate, S – soft palate) стає можливим відображення багатьох комбінацій вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння, комп'ютерний аналіз локалізацій, форм і специфічності незрощень, спрощується спілкування між фахівцями різних країн. Однак, вагомим недоліком цієї класифікації є те, що не повною мірою відображена різноманітність незрощень, а саме: залишились поза увагою незрощення носу, язичка, серединні незрощення, не враховане положення міжщелепної кістки, відстань та зміщення між незрощеними фрагментами, відсутні також рекомендації щодо об'єму та строків оперативних втручань.

Ми пропонуємо стислий запис різних форм незрощень верхньої губи та піднебіння у вигляді анатомічних парафраз, або візуального символу. (рис.).

Для цього користуємось умовними скороченнями назв незрощених структур латинською мовою. Незрощення носу позначається літерою N (nasus), незрощення верхньої губи – L (labium),

альвеолярного відростку – A (arcus alveolaris), незрощення твердого піднебіння – D (palatum durum), незрощення м'якого піднебіння – V (velum palatinum), язичка – U (uvula), Pr (premaxilla), у випадку наявності протрузії міжщелепної кістки.

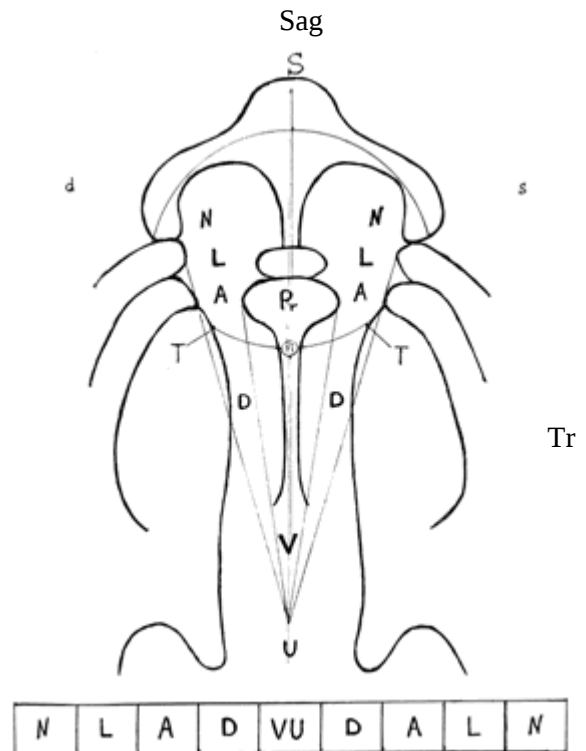


Рис. Символи та схема класифікації NLADVU

Для кожної літери відповідно є своя комірка, в якій вона записується. Великими літерами позначається повне незрощення, малими – неповне, приховані незрощення позначаються малою літерою у відповідній комірці з доповненням зірочкою – *. У разі відсутності дефекту ставиться прокреслення.

При **повних** (наскрізних) незрощеннях кожної з анатомічних ділянок тканини роз'єднані між собою на всьому протязі і розділені на два або три фрагменти, в залежності від локалізації. При **неповних** (часткових) незрощеннях тканини кожної з анатомічних ділянок збережені тільки на певному протязі. При **прихованих** – незрощенні м'язи або кістка, шкірні та слизові покриви збережені. Так, приховане незрощення на м'яких тканинах верхньої губи – це незрощення м'язового шару із збереженням шкірних покривів та слизової; приховане незрощення ділянки альвеолярного відростку і на піднебінні твердому – це незрощення кістки із збереженням слизової; приховане ж незрощення на піднебінні м'якому – це незрощення м'язів із збереженням слизової. Всі перераховані види незрощень можуть бути ізольовані або поєднані між собою в різних комбінаціях.

Для точного визначення розташування і характеру дефекту верхню щелепу ми умовно розділяємо лінією по сагіталі – «Sag» і дугою по трансверзалі – «Tr», відкритою до переду. Лінія по сагіталі розділяє праву «d» - dextra і ліву «s» - sinistra сторону ураження, або є центром серединного незрощення. Вона проходить через такі структури: перегородку носа – septum, середину верхньої губи – prolabium, міжщелепну кістку – premaxilla, різцевий отвір – foramen incisivum, лемех – vomer, м'яке піднебіння – velum palatinum, і язичок – uvula. В цій лінії відмічені міжщелепна кістка «Pr», різцевий отвір – «Fi» позначений кружечком, в місці його анатомічного розташування, м'яке піднебіння – «V» і язичок – «U».

Дуга по трансверзалі «Tr», проходить через альвеолярний відросток – arcus alveolaris, через його ліву і праву частини, які позначаються літерою «A», та різцевий отвір «Fi». Ця дуга є відповідним анатомо – ембріологічним кордоном між незрощеннями первинного і вторинного піднебіння.

Анатомічна парафраза різних комбінацій двобічних незрощень може бути записана в одну лінію направо і наліво від «VU». Уражена сторона визначається подібно читанню томограм – права сторона пацієнта є лівою стороною оглядача, і навпаки. Запис повного двобічного симетричного незрощення, без протрузії міжщелепної кістки, займає дев'ять комірок і має наступний вигляд:

N	L	A	D	VU	D	A	L	N
---	---	---	---	----	---	---	---	---

В ці дев'ять комірок можна вписати будь-яку комбінацію повного, неповного, прихованого, двобічного (симетричного, несиметричного), одnobічного, ізольованого та поєднаного незрощення. В записах використовуються різні комбінації великих і малих літер, зірочок, що вписуються для позначення прихованих незрощень та прокреслення в ділянках їх відсутності.

Наведемо приклади записів незрощень анатомічною парафразою NLADVUDALN. Так, симетричне двобічне незрощення, яке включає в себе повне незрощення носа, верхньої губи, альвеолярного відростку та м'якого піднебіння має такий вигляд:

N	L	A	-	VU	-	A	L	N
---	---	---	---	----	---	---	---	---

Як видно із запису, в комірки ділянки твердого піднебіння стоїть прокреслення. Це означає, що тверде піднебіння неушкоджене.

Симетричне неповне двобічне незрощення носа, верхньої губи із прихованим незрощенням альвеолярного відростку записуємо як:

n	l	a*	---	---	---	a*	l	n
---	---	----	-----	-----	-----	----	---	---

Що стосується двобічних несиметричних незрощень, вони, згідно нашої класифікації мають наступний вигляд:

- повне незрощення носу, верхньої губи та альвеолярного відростку справа з повним незрощенням м'якого піднебіння і частковим незрощенням носу та верхньої губи зліва запишеться так:

N	L	A	---	VU	---	---	l	n
---	---	---	-----	----	-----	-----	---	---

- часткове незрощення носу, верхньої губи та альвеолярного відростку справа і повне незрощення носу та верхньої губи зліва запишеться:

n	l	a	---	---	---	---	L	N
---	---	---	-----	-----	-----	-----	---	---

- часткове незрощення носу, верхньої губи та альвеолярного відростку зліва, приховане незрощення верхньої губи справа та незрощення м'якого піднебіння запишеться:

---	l*	---	---	VU	---	a	l	n
-----	----	-----	-----	----	-----	---	---	---

При одnobічних дефектах можливий як повний запис, тобто заповнення 9-ти комірок, так і скорочений запис анатомічної парафрази. Для цього сторона незрощення позначається малими літерами «d» і «s», в лапках перед комірками зазначених незрощених структур.

Так, повне правобічне незрощення можна записати:

N	L	A	D	VU	---	---	---	-
---	---	---	---	----	-----	-----	-----	---

або «d»

N	L	A	D	VU				
---	---	---	---	----	--	--	--	--

повне лівобічне:

---	---	---	---	VU	D	A	L	N
-----	-----	-----	-----	----	---	---	---	---

або «s»

N	L	A	D	VU				
---	---	---	---	----	--	--	--	--

При одnobічних незрощеннях скорочений запис також дає повну інформацію наприклад:

- повне незрощення носа, верхньої губи та часткове альвеолярного відростку зліва, і повне незрощення м'якого піднебіння слід записати як:

«s»	N	L	A	D	VU
-----	---	---	---	---	----

- часткове незрощення носу, верхньої губи справа та приховане м'якого піднебіння :

«d»	n	I	--	--	vu*
-----	---	---	----	----	-----

- приховане незрощення верхньої губи зліва та повне незрощення твердого і м'якого піднебіння:

«s»	--	I*	--	D	VU
-----	----	----	----	---	----

Скорочено можна записати і двобічне незрощення, як «ds», але такий запис може застосовуватись тільки для симетричних двобічних незрощень. Так повне двобічне симетричне незрощення без протрузії міжщелепної кістки можна записати:

«ds»	N	L	A	D	VU
------	---	---	---	---	----

Для відображення в парафразі ізольованих дефектів тканин як первинного, так і вторинного піднебіння може використовуватись як розгорнутий, так і скорочений запис. Наведемо приклади:

Лівобічне неповне незрощення носу, верхньої губи та альвеолярного відростку мають такий запис:

---	---	---	---	---	---	a	l	n
-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	---	---

або «s»

n	I	a
---	---	---

Правобічне повне незрощення носу, верхньої губи та приховане незрощення альвеолярного відростку можна записати як:

N	L	a*	---	---	---	---	---	---
---	---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

або «d»

N	L	a
---	---	---

Двобічні ізольовані симетричні незрощення первинного піднебіння також можна записати як у розгорнутому, так і у скороченому вигляді.

Наприклад: двобічне повне симетричне незрощення носу і верхньої губи запишеться:

N	L	---	---	---	---	---	L	N
---	---	-----	-----	-----	-----	-----	---	---

або «ds»

N	L
---	---

Парафраза ізольованого незрощення вторинного твердого і м'якого піднебіння буде мати такий запис:

---	---	---	D	VU	D	---	---	---
-----	-----	-----	---	----	---	-----	-----	-----

або

D	VU	D
---	----	---

Неповне незрощення твердого і повне м'якого піднебіння запишемо:

---	---	---	d	VU	d	---	---	---
-----	-----	-----	---	----	---	-----	-----	-----

або

d	VU	d
---	----	---

У випадку повного незрощення м'якого піднебіння запис буде виглядати наступним чином:

---	---	---	---	VU	---	---	---	---
-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----

або

VU

У випадку ізольованого незрощення язичка в комірці запишеться тільки літера – U (літера V – незрощення м'якого піднебіння в такому разі не запишеться):

---	---	---	---	U	---	---	---	---
-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	-----

або

U

Велике значення для лікування, як хірургічного так і ортодонтичного, має як цілісність, або ступінь незрощення альвеолярного відростку, так і відстань між незрощеними фрагментами. Враховуючи цей критерій, поділяємо всі незрощення на дві групи:

1. – альвеолярний відросток з'єднаний; 2. – альвеолярний відросток роз'єднаний. Це дає можливість рекомендувати оптимальну ортодонтичну прехірургічну тактику лікування.

Для того щоб відобразити значну протрузію міжщелепної кістки при двобічних незрощеннях, додатково, створюється комірка над коміркою «VU», тобто по сагітальній лінії, в яку вписується символ «Pr» - (premaxilla) міжщелепна кістка. Маючи запис анатомічної парафрази:

Pr

N	L	A	D	VU	D	A	L	N
---	---	---	---	----	---	---	---	---

Діагноз буде формулюватися як: повне двобічне незрощення носа, верхньої губи, альвеолярного відростку, твердого і м'якого піднебіння із значною протрузією міжщелепної кістки, що також передбачає наявність значної ширини і зміщення між незрощеними фрагментами.

Загальновідомим є те, що при вродженому дефекті альвеолярного відростку, починати слід саме з ортодонтичного лікування. І хоча в нашій парафразі окремого символу для ортодонтичного лікування немає, але запис А (велика літера), АД або з включенням в парафразу символу Рг передбачає, що починати слід з ортодонтичного лікування. Однак, головне полягає в тому, щоб побачити дефект в об'ємі і вибрати лікувальну тактику, оскільки відомо, що в багатьох випадках неповні незрощення потребують під час операції переведення їх в повні.

Рідкісні серединні незрощення носа, верхньої губи, альвеолярного відростку і піднебіння також можуть бути записані анатомічною парафразою «NLADVU». Для позначення серединного незрощення перед парафразою ставимо літери «Sag», що означає сагіталь (середина), всі інші символи вписуються за тим самим принципом: незрощення носа – N, губи – L і так далі.

Після встановлення основного і супутнього діагнозу анатомічну парафразу можна доповнити рекомендованим строком і об'ємом операції.

Строки операцій представлені римськими цифрами **I, II, III** де **I** – вік дитини від 3-х міс. до 1-го року, **II** – вік дитини від 1-го року до 2-х років, **III** – вік дитини після 2-х років. Вони ставляться в кінці схеми в дужках.

Рекомендації щодо об'єму операції позначаються латинськими цифрами і вказуються в характеристиці дефекту – NLADVU. Іншими словами, пластику яких незрощених структур необхідно провести під час першої операції -1, другої -2 і так далі. Наприклад, якщо дитині із правобічним повним незрощенням показана одномоментна пластика всіх незрощених структур у віці від 3-х міс. до 1-го року, то запис виглядає як «d» N1L1A1D1VU1 (I).

Таким чином, з анатомічної, ембріологічної, клінічної і хірургічної точки зору, запропонована класифікація не є складною, легко запам'ятовується, може повною мірою відобразити статистику всіх анатомічних форм незрощень і бути підґрунтям для тактики хірургічного та ортодонтичного лікування. Крім того, така класифікація дає можливість провести комп'ютерну обробку видів незрощень, обраної тактики лікування, виконання всього об'єму лікувальних заходів, що полегшує оцінку отриманих результатів.

Безумовно, дана стаття не може претендувати на вичерпність щодо класифікації незрощень верхньої губи та піднебіння. Однак основним (і принципово новим) в нашій класифікації є доповнення анатомічної характеристики незрощених тканин в ділянці носу, передньої частини твердого піднебіння і язичка, ступеню протрузії міжщелепної кістки, відображення серединного незрощення, а також можливість рекомендувати строки та об'єм комплексного лікування.

Список літератури

1. **Vilar – Sancho B.:** Documentation, Discussion by Invitation. In Schuchardt, K. (Ed.): Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate. G. Thieme Stuttgart, 1966, P. 223.
2. **Kernahan D.A., Stark R.B.:** A new classification for cleft lip and cleft palate. // Plast. Reconstr. Surg., 1958; 22: 435.
3. **Vilar – Sancho B.:** A proposed new international classification of congenital cleft lip and cleft palate. // Plast. Reconstr. Surg. 1962; 30: P.263 – 266.
4. **Pfeifer G.:** Documentation, Discussion by invitation. In Schuchardt, K. (Ed.): Treatment of Patients with Clefts Lip, Alveolus and Palate. G. Thieme Stuttgart, 1966, P. 226.
5. **Буриан Ф.** Атлас пластической хирургии. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1967. – Т. 2. – 509 с.
6. **Семенченко Г. И., Вакуленко В. И.** К вопросу о классификации врожденных незаращений лица // Материалы науч. конф. Одес. мед. ин-та. К., 1967. – С. 149-151.
7. **Фролова Л.Е.** Классификация расщелины верхней губы и нёба // Сборник научных трудов. «Актуальные проблемы стоматологии». – М., 1974. – С. 153-157.
8. **Kernahan D.A.:** The Striped Y – a symbolic classification of cleft lips and palates. // Plast. Reconstr. Surg., 1971; 47: 469.
9. **Elsahy N.I.:** The modified striped Y – a systematic classification for cleft lip and palate. // Cleft Palate J., 1973; 10: 245.
10. **Millard D.R., Jr.** Cleft Craft, The Naming and Classifying of Clefts. Vol. 1. Boston: Little, Brown Co., 1976, P. 49.
11. **Chancholle AR.** Chirurgie plastique de l'enfant, pathologie congenitale. In: Magalon G, Chancholle AR eds. Rapport du XXXII congres de la Societe francaise de chirurgie plastique, reconstructrice et esthetique. Paris: DGD (diffusion Maloine SA), 1987.
12. **Бернадский Ю.И.** Врожденные несращения губы и нёба // Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – К.: Вища школа, 1985. – С. 141 – 200.
13. **Kriens O., LAHSHAL:** A Concise Documentation System for Cleft Lip, Alveolus and Palate Diagnoses. In O. Kriens (Ed.), What Is Cleft Lip and Palate? A Multidisciplinary Update Workshop, Bremen 1987. Thieme Stuttgart, 1989, P 42 – 47.
14. **Міжнародна** статистична класифікація хвороб МКХ – 10 // Центр медичної статистики МОЗ

України. Київ, 1998. – 307 с.

15. Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. – М.: Мартис, 1996. – 563 с.

Надійшла 16.02.09.



616-08.31.81.003.12+616.311.2-002

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., В. В. Лепский,
С. А. Гулюк, Т. Д. Георгиев, А. А. Асмолова**

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА
II- III СТЕПЕНИ**

С целью изучения эффективности комплексного лечения генерализованного пародонтита II-III степени было обследовано 123 больных. В результате проведенного исследования было установлено, что реабилитация больных генерализованным пародонтитом должна осуществляться с обязательным участием пародонтологов, ортопедов-стоматологов и хирургов-стоматологов на всех этапах проводимого лечения. Диспансерное наблюдение необходимо проводить с учетом глубины и интенсивности патологического процесса не реже чем каждые 6 месяцев с обязательным участием гигиениста-стоматолога. Консервативное лечение и шинирование зубов не обеспечивает реальной стабилизации патологического процесса при генерализованном пародонтите II-III степени, а в ряде случаев способствует бессимптомному прогрессированию деструкции костной ткани. Хирургические вмешательства, предусматривающие тщательное удаление патологически измененных тканей из костных карманов с последующим их замещением остеокондуктивными материалами и используемые в комплексе с другими лечебными мероприятиями, способствуют снижению интенсивности деструкции костной ткани, а в ряде случаев создают условия для регенерации тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, хирургическое лечение пародонтита, деструкция костной ткани, регенерация.

**А. Г. Гулюк, В. В. Лепський, С. А. Гулюк,
Т. Д. Георгієв, Г. А. Асмолова**

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

**КЛІНІКО-РЕНГОЛОГІЧНА ОЦІНКА
ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО
ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ПАРОДОНТИТУ II-III СТУПЕНЯ**

З метою вивчення ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня було обстежено 123 хворих. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що реабілітація хворих на генералізований пародонтитом повинна здійснюватися з обов'язковою участю пародонтологів, ортопедів-стоматологів і хірургів-стоматологів на всіх етапах лікування. Диспансерний нагляд необхідно проводити з урахуванням глибини і інтенсивності патологічного процесу не рідше, ніж кожні 6 місяців з обов'язковою участю гігієніста-стоматолога. Консервативне лікування і шинування зубів не забезпечує реальної стабілізації патологічного процесу при генералізованому пародонтиті II-III ступеня, а в ряді випадків сприяє бессимптомному прогресуванню деструкції кісткової тканини. Хірургічні втручання, що передбачають ретельне видалення патологічно змінених тканин з кісткових кишень з подальшим їх заміщенням остеокондуктивними матеріалами, які використовуються в комплексі з іншими лікувальними заходами, сприяють зниженню інтенсивності деструкції кісткової тканини, а в ряді випадків створюють умови для регенерації тканин пародонту.

Ключові слова: генералізований пародонтит, хірургічне лікування пародонтиту, деструкція кісткової тканини, регенерація.

**A. G. Guliuk, V. V. Lepskij, S. A. Guliuk,
T. D. Georgiev, A. A. Asmolova**

SE “the Institute of Dentistry of the AMS of Ukraine”

**THE CLINICO-ROENTGENOLOGICAL
ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS
OF THE COMPLEX TREATMENT
OF GENERALISED PERIODONTITIS
OF THE II-III DEGREE**

To study the effectiveness of the complex treatment of generalized periodontitis of the II – III degree the 123 patients were examined. As the result of the investigation, it was revealed, that the rehabilitation of the patients with generalized periodontitis should be held with the obligatory participation of periodontologists, dentists-orthopedists and dental surgeons during all the stages of the treatment. The regular medical check-up should be held taking into consideration the depth and intensity of the pathologic process not less than every 6 months with the presence of dental hygienist. The conservative treat-