

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. Лепский, С. А. Гулюк,
Т. Д. Георгиев, Г. А. Асмолова**

ДУ «Институт стоматологии АМН Украины»

**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-

ment and splinting of teeth do not provide with real stabilization of the pathological process at generalized periodontitis of the II-III degree, and in some cases favors asymptomatic progress of osseous tissue destruction. The surgical intrusions, providing for the thorough removal of the pathologically changed tissues from osseous pockets with their further replacement with osteoconductive materials and used in complex with other medical measures, favor the reduction of the intensity of the destruction of osseous tissue, and in some cases create conditions for regeneration of periodontal tissues.

Key words: generalized periodontitis, surgical treatment of periodontitis, osseous tissue destruction, regeneration.

Актуальность темы. В комплексном лечении генерализованного пародонтита особое внимание уделяется адекватному сочетанию консервативных и хирургических методов лечения, обеспечивающих снижение активности деструктивных процессов в пародонте и восстановлению утраченных анатомических структур. [1-9]. Однако, несмотря на различные дополнения и модификации, сами по себе консервативные и хирургические вмешательства на пародонте не создают достаточных условий для эффективного купирования патологического процесса и восстановления тканей пародонта [10-18]. В отдельных случаях использование новых технологий, предусматривающих применение профессиональной гигиены, шинирования зубов и других методов консервативного лечения не приводит к стабилизации деструктивного процесса в альвеолярных отростках, а в ряде случаев способствует дополнительной деструкции тканей пародонта и окружающей костной ткани с образованием дефектов различных размеров.

Остается актуальным вопрос сохранения зубов у больных генерализованным пародонтитом II- III тяжести.

Организационная разобщенность врачей — стоматологов разных специальностей, отсутствие реальной диспансеризации пародонтологических больных создают предпосылки для прерывания лечения на уровне консервативных лечебных мероприятий и активного течения деструкции костной ткани альвеолярного отростка.

Цель работы. Сравнение эффективности консервативного и хирургического лечения генерализованного пародонтита II- III степени

Объекты и методы исследования. Проведено клинико-рентгенологическое обследование 123 больных генерализованным пародонтитом в возрасте 18-64 лет. Все больные в зависимости от возраста были разделены на 2 группы: в первую возрастную группу были включены больные генерализованным пародонтитом II- III степени в возрасте 18-39 лет (n =58), во вторую возрастную

группу — больные генерализованным пародонтитом II- III степени в возрасте 40-64 лет (n=65). Анализ клинико-рентгенологических показателей проводился в сравнительном аспекте между возрастными группами и подгруппами, то есть в зависимости от возраста и клинических особенностей течения патологического процесса в пародонте.

Комплексное лечение больных планировалось в зависимости от характера течения заболевания и включало: профессиональную гигиену полости рта; местную антимикробную терапию (0,05 % р-ром хлоргексидина и др.) и противовоспалительную терапию пародонтальных карманов. По показаниям проводилась антибиотикотерапия, противовоспалительное лечение нестероидными противовоспалительными средствами, пришлифовывание зубов, шинирование подвижных зубов. Хирургическое лечение включало проведение по показаниям вестибулопластики, френулотомии, лоскутных операций. Дефекты зубных рядов протезировали.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования основными жалобами пациентов клинической группы в возрасте 18-39 лет были боль в деснах, кровоточивость (иногда спонтанная), не связанная с гигиеническими мероприятиями или приемом пищи, отечность слизистой оболочки альвеолярного отростка, выраженная подвижность и смещение зубов. Длительность заболевания в этой группе больных к моменту обследования составила от 3-х до 10 лет (рис. 1).



Рис.1. Фотография ортопантомограммы больного Г. Диагноз: Локализованная форма пародонтита, образование патологического зубодесневого кармана в области 36,37 зубов.

Динамика заболевания характеризовалась чередованием периодов обострения в среднем 1 раз 3-6 месяцев, которое сопровождалось усилением клинической симптоматики (усиление подвижности зубов, спонтанной кровоточивости, в ряде случаев развитием пародонтальных абсцессов). Развитие обострения пациенты связывали с возникновением стрессовых реакций, физическим переутомлением, наличием сопутствующих

заболеваний, приемом медикаментов.

Из анамнеза удалось установить, что до обращения за специализированной пародонтологической помощью пациенты находились на лечении у стоматолога общего профиля. При этом лечебные мероприятия сводились к снятию зубных отложений и, иногда, к закрытому кюретажу. При подвижности зубов некоторым больным проводилось их шинирование. Никто из обследованных больных не находился на диспансерном наблюдении до момента обращения к пародонтологу.

При клиническом обследовании у всех пациентов с генерализованным пародонтитом II и III степени в данной возрастной группе было выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Индекс Грин-Вермильона составил $3,9 \pm 0,4$, обильные зубные отложения отмечали у больных на зубах с подвижностью 3-4 степени и оголенными фуркациями. На момент обследования определялись высокие показатели подвижности зубов. Глубина пародонтальных карманов колебалась в пределах 6-10 мм. Дефект костной ткани при клиническом обследовании обычно достигал края фуркации моляров. Вертикальная убыль костной ткани в этих участках составляла от 4 до 7 мм. У всех обследованных больных отмечены высокие показатели индексов РМА, кровоточивости и пародонтального индекса Россела.

При клиническом обследовании органов полости рта у большинства больных генерализованным пародонтитом отмечали наличие несанированных кариозных поражений, дефекты ранее наложенных пломб. В ряде случаев наблюдали уменьшение глубины преддверия полости рта (особенно во фронтальном участке нижней челюсти), тяжи слизистой оболочки в области премоляров верхней и нижней челюсти, значительное уменьшение ширины кератинизированной слизистой оболочки альвеолярного отростка (рис. 2).



Рис. 2. Фотография органов полости рта больной К. Диагноз: Генерализованный пародонтит II-III степени, уменьшение глубины преддверия полости рта.

Проведенные клинические наблюдения у больных генерализованным пародонтитом в воз-

расте 40-64 лет показали, что в основном жалобы пациентов этой группы касаются оголения корней зубов, кровоточивости десен, неприятного запаха изо рта, подвижности зубов и их потери, наличия дефектов зубных рядов. Длительность заболевания в этой группе к моменту обращения за специализированной помощью составила от 8 до 20 лет.

Объективное исследование органов полости рта показало, что у лиц старшей возрастной группы по сравнению с лицами молодого возраста наблюдается симптоматический гингивит с менее выраженными признаками воспаления, атрофический гингивит в сочетании со значительной рецессией мягких тканей. У больных старшей возрастной группы отмечены обильные зубные отложения с большим количеством последних во фронтальном участке нижней челюсти, пародонтальные карманы меньшей глубины при более высоких показателях убыли костной ткани, выраженную подвижность зубов (рис. 3). На данном рисунке представлена достаточно типичная клиническая ситуация, при которой состояние возрастной или патологической (вследствие воспалительного процесса в пародонте) атрофии костной ткани альвеолярного отростка осложняется травматической окклюзией. Следствием последней в данном случае, очевидно, является образование патологического зубодесневового кармана в области 21, 23 зубов. Характерной особенностью пациентов данной группы являлось отсутствие признаков адекватного ортопедического лечения. Из анамнеза обследованных больных удалось выяснить, что ортопедическое лечение вообще не рассматривалось на предыдущих этапах лечения как составная, иногда основная, часть планируемых лечебных мероприятий у 96 % пациентов. Столь высокий процент пациентов, которым даже не предлагали полноценного ортопедического лечения, является следствием высокой, даже чрезмерной специализации стоматологической помощи.



Рис. 3. Фотография ортопантограммы больного Л. Диагноз: Генерализованный пародонтит II-III ст. Горизонтальная резорбция костной ткани у больных старшей возрастной группы.

В качестве примера приводим фотографию ортопантограммы больной С, обратившейся к

врачу-пародонтологу по поводу подвижности резцов нижней челюсти. Удивительной является попытка специалиста-пародонтолога помочь пациентке путем шинирования резцов нижней челюсти (рис. 4.)



Рис. 4. Фотография ортопантомограммы больной С. Диагноз: Частичная вторичная адентия травматическая окклюзия. Зашинированы резцы нижней челюсти.

В данной ситуации можно предположить, что причиной потери фронтальной группы зубов верхней челюсти также является не воспалительный процесс в переодонте, а травматическая окклюзия.

У обследованных обеих групп определяются более высокие показатели гигиенического индекса, что свидетельствует о недостаточном уровне гигиены полости рта в разных возрастных группах. Анализ значений индекса Грин-Вермильона у лиц молодого возраста выявил, что показатель зубного налета значительно превышает показатели зубного камня, в то время как у более старших пациентов отмечалась обратная зависимость.

Индекс РМА имел более высокие значения в старшей возрастной группе. При этом индекс кровоточивости был выше в группе пациентов до 39 лет, так же, как и показатели гиперемии и отека слизистой оболочки альвеолярных отростков. У пациентов старшей возрастной группы десна чаще всего была бледно-розового цвета с явлениями атрофии и выраженной рецессии мягких тканей. Очевидно, это объясняется отсутствием глубоких трофических нарушений. Средние показатели глубины пародонтальных карманов также ниже у лиц пожилого возраста. Показатели пародонтального индекса Рассела в группе больных старшего возраста были достоверно выше.

Таким образом, на основании анализа результатов клинико-рентгенологического обследования больных генерализованным пародонтитом II и III степени в возрасте 40-64 лет можно заключить, что генерализованный пародонтит характеризуется длительным хроническим течением с превалированием дистрофических процессов над воспалительными.

В ходе сравнения показателей исходного состояния тканей пародонта в различных возраст-

ных группах, было выявлено, что у пациентов старшей возрастной группы отмечается ухудшение гигиенического состояния полости рта, но при этом снижается интенсивность воспалительной реакции. Это подтверждается и результатами рентгенологических исследований. У больных младших возрастных групп отмечается выраженная деструкция альвеолярной кости, активные очаги остеопороза, резорбция межальвеолярных перегородок в границах от $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ длины корня зуба, вертикальный тип резорбции кости, множественные костные карманы (рис. 3). При рентгенологическом обследовании больных генерализованным пародонтитом в старших возрастных группах, кроме перечисленных симптомов, отмечается склеротическая перестройка костной ткани, и смешанный тип резорбции кости - сочетание горизонтальной и вертикальной резорбции костной ткани альвеолярного отростка.

После проведенного комплексного лечения во всех группах больных отмечали изменение показателей, характеризующих состояние тканей пародонта через 6 и 12 месяцев после окончания лечения. Отдельно оценивали результаты лечения с использованием хирургических методов лечения и без них. После окончания консервативного лечения больным определяли глубину пародонтальных карманов, степень подвижности зубов, наличие зубных отложений. Для исследования состояния пародонта использовали диагностические индексы: пародонтальный индекс (Russel, 1956), пробу Шиллера-Писарева, индекс РМА (S.Parma, 1960), индекс кровоточивости и гноетечения десен. Оценка гигиенического состояния полости рта проводилась по методам Ю.А.Федорова и В.В.Володкиной (1970) и S.Green, J.Vermillion (1964) (таб.).

Изучение подвижности зубов после окончания лечения не проводилось, поскольку консервативное лечение предусматривало шинирование подвижных зубов.

Непосредственно после окончания консервативного лечения у больных генерализованным пародонтитом II-III степени отмечали улучшение показателей пробы Шиллера-Писарева ($1,97 \pm 0,15$ у больных со II степени ГП и $2,11 \pm 0,17$ у больных с III степенью ГП). Отмечено улучшение показателей уровня гигиены полости рта (S.Green, J.Vermillion). Наблюдалась тенденция к уменьшению индекса РМА и других пародонтальных индексов. При этом глубина костных карманов, по результатам рентгенологического исследования, не изменилась.

В сторону улучшения изменились индексы кровоточивости и гноетечения.

В целом состояние пародонта у больных ГП II- III степени немедленно после окончания кон-

сервативного лечения может характеризоваться состоянием ремиссии основного заболевания, в основном, связанного с ухудшением гигиенического состояния полости рта.

Состояние тканей пародонта через 6 месяцев после окончания консервативного лечения характеризовалось увеличением показателей пробы Шиллера-Писарева и кровоточивости десен. Клинически в отдаленные сроки после окончания консервативного лечения наблюдалось ухудшение всех показателей.

При анализе рентгенологических показателей состояния пародонта в отдаленные сроки после окончания консервативного лечения отмечали дополнительную, иногда значительную потерю костной ткани в области патологических зубодесневых карманов. В ряде случаев отмечали образование дефектов костной ткани альвеолярного отростка.

Таблица

Состояние тканей пародонта у больных генерализованным пародонтитом II-III степени непосредственно после окончания консервативного лечения

Клинические группы		Генерализованный пародонтит II степени	Генерализованный пародонтит III
Исследуемые показатели			
Индекс РМА		1,88±0,07	2,26±0,07
Гигиенический индекс ОНІ-S	налет	1,97±0,1	2,31±0,1
	камень	1,64±0,01	2,03±0,1
Индекс Федорова-Володкиной		1,79±0,1	2,15±0,11
Пародонтальный индекс По Russel		4,73±0,12	6,04±0,18
Проба Шиллера -Писарева		1,97±0,15	2,11±0,17
Кровоточивость десен		1,56±0,22	2,99±0,4
Глубина зубодесневых карманов (мм)		3,97±0,1	7,12±0,20
Гноетечение		0,21±0,01	0,48±0,02

На рис. 5 представлено состояние твердых тканей пародонта перед началом лечения. От проведения оперативного вмешательства пациент отказался, в связи с чем ему проводилось только консервативное общее и местное медикаментозное лечение включавшее снятие зубных отложений, шинирование подвижных зубов, депульпирование подвижных зубов. На представленной фотографии ортопантограммы больного Г. до начала консервативного лечения отмечался горизонтальный тип атрофии костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти второй, третьей степени без образования вертикальных патологических костных карманов. Клинически подвижность второй степени отмечали только в области 27 зуба. 14,15, 16 зубы отсутствуют.

Причины их потери установить не удалось. Наименее выражена атрофия костной ткани альвеолярного отростка в области депульпированных фронтальных зубов. Однако в области 13 зуба отмечается резорбция костной ткани вдоль медиальной поверхности его корня. Причиной этого могут служить окклюзионные взаимоотношения в этой зоне, связанные с перегрузкой 13 зуба.

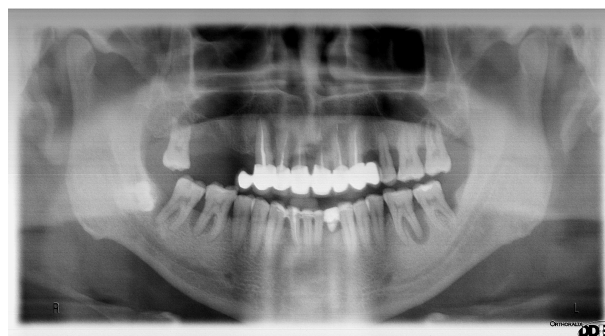


Рис. 5. Фотография ортопантограммы больного Г. Д-з: Генерализованный пародонтит III степени, хроническое течение, перед началом консервативного лечения.

На нижней челюсти отмечена следующая рентгенологическая ситуация. В отличие от верхней челюсти, на нижней отмечается смешанный тип атрофии костной ткани альвеолярного отростка. В частности во фронтальном ее отделе выявлен горизонтальный уровень атрофии костной ткани III-1У степени. Подвижные III-1У степени 12,11, 21 зубы были зашинурованы до начала лечения с помощью бондинговой системы, наиболее подвижный 12 зуб был депульпирован. Шина была дополнена адгезивным мостовидным протезом в месте отсутствующего 22 зуба. В боковых отделах нижней челюсти отмечена иная ситуация. Атрофия костной ткани в основном характеризовалась образованием вертикальных карманов значительной глубины (более 4 мм.). При этом справа в области ретенционного 48 зуба и дистального корня 47 зуба отмечен очаг деструкции костной ткани, обусловленный очевидно хроническим перекоронарным воспалительным процессом в области 48 зуба. Клиническая ситуация в этом случае отягощена образованием дополнительно костного кармана в области 47 зуба, выходящего за пределы верхушки корня указанного зуба. В области 46 зуба определяется вертикальный костный карман в области дистального корня зуба, в дополнение к этому отмечена вертикальная резорбция костной ткани в области фуркации 46 зуба. Клинически подвижности этих зубов не отмечается. Аналогичная ситуация отмечена на нижней челюсти слева. Рентгенологическая картина при этом почти зеркально отражает состояние нижней челюсти справа за исключением ретенции и дистопии 48 зуба.



Рис. 6. Фотография ортопантограммы больного Г. Д-з: Генерализованный пародонтит III степени, хроническое течение, через 1 год после окончания консервативного лечения.

Особый интерес представляет рентгенологическая картина через год после начала консервативного лечения. Как видно на рис. 6, зона деструкции костной ткани значительно увеличилась. Так на верхней челюсти отмечается образование дефекта костной ткани вдоль корня 13 зуба со смещением последнего как результат травматической окклюзии. Наряду с этим значительно увеличился костный карман в области 36, 37 зубов до образования дефекта альвеолярного отростка почти до уровня сосудисто-нервного пучка нижней челюсти. С несколько меньшей интенсивностью развивался процесс на нижней челюсти справа, хотя потеря костной ткани здесь не столь выражена как слева, тем не менее отмечается прогрессирование убыли костной ткани, особенно выраженное в области 47 зуба. В области 46 зуба отмечена некоторая стабилизация процесса, сопровождающаяся горизонтальной убылью костной ткани и образованием сквозного фуркационного дефекта и прогрессирующим смещением 46 зуба в область дефекта на верхней челюсти.

Таким образом, частичное решение данной клинической задачи, связанное с участием только терапевтов-стоматологов без хирургического и ортопедического лечения способствует усугублению ситуации и приводит к развитию прогрессивной убыли костной ткани, сопровождающейся образованием дефектов костной ткани альвеолярного отростка, требующих не только удаления зубов, но и проведения неотложных реконструктивно-восстановительных мероприятий, связанных с проведением костной пластики со значительным увеличением сроков реабилитации.

На следующем этапе исследования нами проводилась клинко-рентгенологическая оценка эффективности комплексного лечения с использованием лоскутных операций в комбинации с остеокондуктивными материалами. На рис. 7 представлена фотография рентгенограммы больной К., которая обратилась за помощью с жало-

бами на подвижность резцов нижней челюсти, гноетечение из парадонтальных карманов. При осмотре выявлена подвижность 41, 31, зубов III степени, 42, 32 зубов - II степени. Глубина парадонтальных карманов в области 41, 32 зубов 6-8 мм. в области 42, 31 зубов - 4-6 мм. Отмечена гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка в области резцов нижней челюсти. В ходе лечения проведена антибактериальная терапия, резцы нижней челюсти депульпированы и зашинурованы с помощью внутрикоронковой металлической шины.



Рис. 7. Фотография рентгенограммы б-ной К. Диагноз: Генерализованный пародонтит, хроническое течение 3-4 степени. Состояние твердых тканей пародонта перед хирургическим этапом лечения.

Рентгенологическая картина при этом характеризовалась образованием дефекта костной ткани в области 41 зуба, выходящего за пределы уровня верхушки корня, наличием костных карманов в области 31 и 32 зубов. От удаления зубов пациентка отказалась. Оперативное вмешательство проводилось по методике Видмана-Неймана в модификации Рамфьорд. В качестве остеокондуктора использовали Калпол. Во время оперативного вмешательства был проведен открытый кюретаж в области парадонтальных карманов без модификации поверхности корней зубов.

Спустя 6 месяцев после операции было отмечено значительное улучшение клинической ситуации. В частности отмечено уменьшение болезненности в области резцов нижней челюсти. При объективном исследовании отсутствует гноетечение из парадонтальных карманов, слизистая оболочка альвеолярного отростка бледно-розового цвета. На рентгенограмме, сделанной через 6 месяцев после операции, отмечена стабилизация убыли костной ткани в области 41 зуба и фактически полное исчезновение костных кар-

манов в области 32 зуба. Данный клинический пример использования хирургического метода лечения приведен с целью иллюстрации эффективности лечения в случае, когда показано удаление зубов. Основным результатом лечения при этом является стабилизация деструкции костной ткани, что само по себе позволяет рекомендовать хирургическое лечение даже в случаях, когда сохранение зубов нецелесообразно.

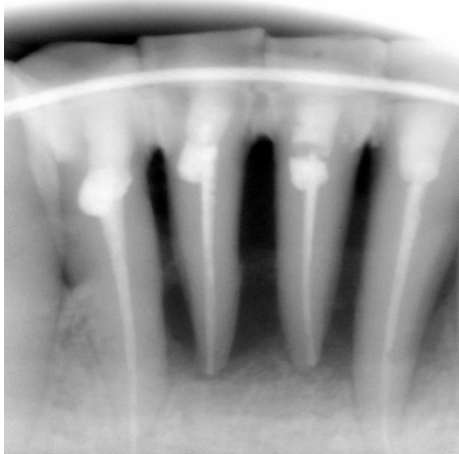


Рис. 8. Фотография рентгенограммы б-ной К. Диагноз: Генерализованный пародонтит, хроническое течение 3-4 степени. Состояние твердых тканей пародонта через 6 мес. после лоскутной операции.

При анализе результатов комплексного лечения генерализованного пародонтита с применением лоскутной операции в послеоперационном периоде у всех обследованных больных определяли два периода изменения объема костной ткани. В ранние сроки (до 6 мес.) отмечали увеличение объема костной ткани. Это обстоятельство, очевидно, связано с самой аугментацией, проведенной во время операции. Через 6-12 месяцев наблюдали уменьшение высоты костной ткани, по-видимому этот эффект был обусловлен реорганизацией ее. В последующем отмечали увеличение высоты костной ткани до 36 месяцев после операции. После достижения пика через три года появлялись признаки атрофии кости. При сравнении результатов лечения на верхней и нижней челюсти удалось установить, что эффективность костной аугментации на верхней челюсти была значительно ниже. Очевидно, это связано с анатомическими особенностями строения верхнечелюстной кости и гемодинамическими изменениями на фоне прогрессирующей дистрофии костной ткани.

В качестве примера динамики изменений костной ткани после лоскутной операции приводим фотографии ортопантомограммы больной С. На

рис. 9 представлена фотография рентгенограммы больной С. перед началом лечения.



Рис. 9. Фотография ортопантомограммы больной С.. Диагноз: Генерализованный пародонтит хроническое течение II-III степени. Состояние твердых тканей пародонта перед началом лечения.

Исходное состояние пародонта у больной С. характеризовалось смешанным типом резорбции костной ткани. Наряду с горизонтальной атрофией костной ткани у пациентки имели место патологические костные карманы в области 17;16;26;27 зубов верхней челюсти и в области 36;37 и 46;47 зубов нижней челюсти. После клинического и лабораторного обследования была произведена лоскутная операция Видмана-Неймана в модификации Рамфьорд. В ходе операции модификация поверхности корней зубов не проводилась. В качестве остеокондуктора использовали Колапан-Л. Через 12 месяцев после оперативного вмешательства была проведена повторная рентгенография (рис. 10). Как видно на представленном рисунке, через год после проведенной операции отмечали значительное улучшение клинической ситуации. В частности, значительно уменьшилась глубина парадентальных карманов. Особенно сильные изменения произошли в области моляров нижней челюсти. Увеличилась высота костной ткани в области между 46 и 47 зубами, фактически исчез фурационный дефект в области корней 46 зуба. Вдвое уменьшилась глубина патологического кармана в области 37 зуба. Менее яркими были послеоперационные изменения на верхней челюсти. Отмечали уменьшение степени деструкции костной ткани в области 17; 16 и 27 зубов. Через два года после операции (рис. 11) существенных дополнительных изменений костной ткани пародонта не произошло. В течение всего периода времени после операции каждые три месяца проводили снятие зубных отложений. Клинически через 24 месяца после оперативного вмешательства отмечается стойкая ремиссия патологического процесса



Рис. 10. Фотография ортопантограммы б-ной С. Диагноз: Генерализованный парадонтит П-Ш степени, хроническое течение. Состояние твердых тканей пародонта через 12 месяцев после лоскутной операции.



Рис. 11. Фотография ортопантограммы больной С.. Диагноз: Генерализованный парадонтит П-Ш степени, хроническое течение. Состояние твердых тканей пародонта через 24 месяца после лоскутной операции.

Выводы: 1. Реабилитация больных генерализованным парадонтитом должна осуществляться с обязательным участием парадонтологов, ортопедов-стоматологов и хирургов-стоматологов на всех этапах проводимого лечения.

2. Диспансерное наблюдение необходимо проводить с учетом глубины и интенсивности патологического процесса не реже чем каждые 6 месяцев с обязательным участием гигиениста-стоматолога.

3. Консервативное лечение и шинирование зубов не обеспечивает реальной стабилизации патологического процесса при генерализованном парадонтите П-Ш степени, а в ряде случаев способствует бессимптомному прогрессированию деструкции костной ткани.

4. 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.

Список литературы

1. Белоклицька Г.Ф. Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційної фармакотерапії генералізованого пародонти ту. Автореф.дис., д-ра мед.наук. – К., 1996. – 43 с.
2. Поворознюк В.В., Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта.- К., 2004.- 446 с.
3. Самусев Р.П., Дмитриенко СВ., Краюшкин А.И. Основы клинической морфологии зубов.-М: ООО «Издательский дом «ОНИКС 21 век»: ООО «Мир и Образование», 2002.- 368 с.
4. Семёнов А.В., Сгибнев А.В., Черкасов СВ., Бухарин О.В. Микробная регуляция антагонистической активности бактерий // Бюлл. экспер. биологии и медицины.- 2007.-Т. 144, №11.-С. 545-548.
5. Станек И. Эмбриология человека.- Братислава, «Веда»: Изд-во Словац. акад. наук, 1977.-40 с.
6. Урбанович В.И., Вылегжанина Т.А. Клинико-морфологическая характеристика десны человека в норме и при периодонтите // Стоматологический журнал.- 2006.- № 4.- С. 305-309.
7. Фазылова Ю.В., Хитров В.Ю., Закиров Ф.Х. Колонизационная резистентность и гуморальные факторы защиты слизистой оболочки полости рта у больных с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // Казанский медицинский журнал.- 2007.- Т.88, № 5.- С. 469-472.
8. Хельвиг Э., Клибек Й., Агтин Т. Терапевтическая стоматология / Под ред. проф. А. М. Политун, проф. Н. И. Смоляр. Пер. с нем. - Львов: ГадДент, 1999.- 409 с.
9. Царев В.Н., Николаева Е.Н. Технологии генодиагностики в отечественной стоматологии // Стоматология.- 2007.- № 5.- С. 82-87.
10. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Пародонтология.- 2003.- № 2(27).- С. 19-24.
11. Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., Недосеко В.Б. Особенности микробиоценоза пародонтального кармана при генерализованном парадонтите средней степени тяжести // Институт стоматологии.- 2007.- № 3.- С 86-88.
12. Механизмы развития стоматологических заболеваний. / Чурилов Л.П., Дубова М.А., Каспина А.И. и др. Учебное пособие.- СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.- 534 с.
13. Микробные маркеры заболеваний пародонта и их практическая значимость в стоматологии / Чухловин А.Б., Соловьева А.М., Матело СК. и др. // Бюлл. экспер. биологии и медицины.- 2007.- Т. 144, №10.- С. 427-431.
14. Шубич М.Г., Ерошенко Б.Г., Перов Ю.М., Дорофеева И.В. Щелевые соединения -основные структуры, обеспечивающие межклеточную коммуникацию // Морфология.-2005.-№1.-С. 65-71.
15. Шугар Л. Пародонтология //Заболевания полости рта / Л. Шугар, Й. Баноци, И. Рац, К. Шаллаи.-Будапешт: Изд-во акад. наук Венгрии, 1980.- С.260-361.
16. Юдина Н.А. Обоснование патогенетической взаимосвязи стоматологических и общих заболеваний // Стоматологический журнал.- 2004.- № 2.- С. 16-19.

17. Bartold P.M., Marshall R.I., Georgiou T., Mercado F.B. Заболевания пародонта и здоровье // Пародонтология.- 2003.- № 3(28).- С. 3-9.

18. Cowley G.C., Levine M., The effect of plaque on gingival epithelium // Oral Sci.Rev. - 1972. V.1-P. 103-127.

19. Oral infection with a periodontal pathogen accelerates early atherosclerosis in apolipoprotein E-null mice / Lalla E., Lamster I.B. Hofmann M.F. et al // Arterioscler. trombovasc.biol. -2003.-23.-8.-P. 1309-

Поступила 27.02.09.



УДК 616.089+616.314

**А. И. Антоненко, С. И. Бебик,
В. Н. Маренченко**

Городская стоматологическая поликлиника
№5 г. Одесса

ЧАСТОТА УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА И ПАРОДОНТИТА

Среди посещений стоматологически больных, обратившихся в течение 10 лет в городскую стоматологическую поликлинику №5 г. Одессы, определяли частоту удаления зубов по поводу осложненного кариеса и пародонтита.

Существует стабильное взаимоотношение между ними. Установили зависимость организационных мероприятий администрации поликлиники от полученных результатов.

Ключевые слова: осложненный кариес, пародонтит, посещение пациентов, штатное расписание.

**А. І. Антоненко, С. І. Бебик,
В. М. Маренченко**

Міська стоматологічна поліклініка №5 м. Одеса

ЧАСТОТА ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНОГО КАРІЄСУ І ПАРОДОНТИТУ

Серед відвідувань стоматологічних хворих, що звернулися протягом 10 років у міську стоматологічну поліклініку №5 м. Одеси, визначали частоту видалення зубів із приводу ускладненого карієсу й пародонтиту.

Існує стабільне взаємовідношення між ними. Установили залежність організаційних заходів адміністрації поліклініки від отриманих результатів.

Ключові слова: ускладнений карієс, пародонтит, відвідування пацієнтів, штатний розклад.

A. I. Antonenko, S. I. Bebik, V. N. Marenchenko

City stomatological polyclinics №5 Odessa

FREQUENCY OF EXODONTIA CONCERNING THE COMPLICATED CARIES AND PARODONTITIS

Among visits stomatological patients, appealings during 10 years in a city stomatological polyclinic №5 Odessa, determined frequency of exodontia concerning the complicated caries and parodontitis.

There is stable interrelation between them. Set dependence of organizational measures of administration of polyclinic on the got results.

Keywords: complicated caries, parodontitis, visit of patients, manning table.

Несмотря на широкое внедрение в терапевтическую стоматологию современных отечественных и зарубежных пломбировочных материалов и методов лечения, тем не менее операция удаления зуба является самым распространенным хирургическим вмешательством. Более 90% операций, которые проводятся в условиях поликлиники, связаны с удалением зуба.

Консервативные методы лечения различных форм осложненного кариеса – пульпитов, периодонтитов – нельзя признать совершенными. Одонтогенные очаговые воспаления являются входными воротами для инфекции и могут инфицировать не только ткани челюстно-лицевой области, но и весь организм, способствуя формированию очагов хронической инфекции в сердце, почках, костях, нервной системе.

Анализ деятельности терапевтических отделений поликлиники показывает, что ликвидация хронических очагов воспаления при лечении периодонтитов происходит не сразу после завершения пломбирования корневых каналов, даже в том случае, если лечение оказывается полноценным. У 22 % больных одонтогенные очаги хронического воспаления исчезают через 4-8 месяцев, в 68 % - только через 1-2 года после завершения лечения зуба, а у остальных в более поздние сроки (В. И. Грошиков. 1968 г., А. И. Рыбаков. 1976г. и др.). Многие авторы указывают, что нарушаются определенные методы и сроки лечения заболеваний зубов (А. И. Рыбаков. 1976, Н. Ф. Данилевский и соавт. 1982, 1988, А. И. Марченко и соавт., 1988.1989г. и др.).

Цель исследования. Изучить частоту удаления зубов в зависимости от причины их удаления – осложненного кариеса, пародонтита или других причин по данным работы хирургического отделения (с пунктом неотложной стоматологической помощи) ГСП № 5 г. Одессы с 1999г. по