

Причини неуспішного лікування хронічних деструктивних періодонтитів.

Наш погляд на проблему.

Чумаченко О.В. канд.мед.наук.асистент.Топчій Д.В. канд.мед.наук.доцент.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця,Київ.

В той час як у всьому стоматологічному світі панує стратегія максимального збереження власних зубів у пацієнтів та мінімізації втрати коміркової кістки або відновлення якості та об'єму останньої ,в нашій країні,на нашу думку,акценти при лікуванні деструктивних періодонтитів змінилися в інший бік.З одного боку професійне вигорання спеціалістів старого покоління ,які обмежені технічно і теоретично залишилися в минулому,з іншого боку – дипломанти останніх 10 – 20 років,на результати діяльності яких впливають слабкі знання,недосвідченність,небажання витратити час або монетизація відносин з хворими.Прикрим став підхід «є зуб – є проблема,немає зуба – немає проблеми».До того ж, технологічна схема «видалив-«почистив»-засипав-зашив-загоїлося-імплант-протез» - проста,швидка і прибуткова.

Не зважаючи на досягнення терапевтів та хірургів (а вони є,і досить значні) при лікуванні деструктивних періодонтитів все ще багато помилок ,які робляться широким стоматологічним загалом.Не вдаючись в статистику,ми вирішили розглянути всі помилки відповідно до етапів лікування хворих на деструктивні періодонтити.

1.Ендодонтія.Її ідея полягає й стерилізації корневих каналів не тільки широких центральних,а й великої кількості дельтоподібно розгалужених каналців.При цьому, на практиці ми маємо справу з використанням обмеженої кількості фармакологічних засобів,не запломбованими на всю довжину каналами,виведенням пломбувального матеріалу за межі каналів та ін.Внутрішньоканальний електрофорез – явище ексклюзивне.Все це приводить до подальшого розвитку бактеріальної діяльності за межами корінів.

2.Рентгенологічна оцінка вогнища деструкції кістки навкруги коренів.Прицільна та комп'ютерна ретнтгенограма дають інколи різючі відмінності при оцінці форми,розмірів вогнищ ,причетності до них пазух верхньої щелепи,розширення періодонтальної щілини,структури та рентгенологічної щільності коміркової кістки і особливо на верхівках комірок. Саме рентгенологічна картина ,і особливо з поганою клінічною,і являється відправною платформою для вибору для зубів.Найчастіше страждають багатокореневі зуби та різці обох щелеп.

3. Оперативні протоколи. Не залежно від розмірів та локалізації вогнищ деструкції всі оперативні протоколи мають багато спільного:

А. Забезпечення доступу до вогнища шляхом розтину та мобілізації слизово-окісного клаптя, який неспівпадає з межами трепанаційного отвору. Трепанаційний отвір повинен бути достатнім для маніпуляцій у вогнищі, проте не повинен наносити великих збитків комірковій кістці. Особливо заслуговує на увагу варіант з доступом до вогнища при пневматичному типі синусів, змінній оболонці синусів та відсутності кісткової межі між синусом та вогнищем деструкції – у разі збереження зубів ми проводимо оперативне втручання по типу обмеженої гайморотомії. Розтин окістя йде по типу кісткостомії, далі вхід в синус формується овальної форми, йде видалення патологічних тканин навкруги коренів та на дні синусу і що особливо важливо, резекції верхівок коренів проводяться на рівні нижше дна синусу. Інакше епітелізація дна синусу не буде повною і в його просвіті виглядатиме оголений корінь.

Б. Корені після видалення патологічних тканин з вогнища деструкції навкруги них мають бути оголені, їх верхівки мають бути заполіровані або з обмеженою резекцією. При оперативних втручаннях в ділянках фуркацій недопустимі є порушення циркулярної зв'язки при діагностичних маніпуляціях або при формуванні розтину слизово-окісного клаптя – як правило, це стає причиною рецидиву.

В. Вибір матеріалів для репаративного остеогенезу, на нашу думку, схиляється до компонентів аутологічної крові з додаванням скафолдів нового покоління з натуральних матеріалів і великою плазмofільністю з обов'язковим замочуванням їх в рідинах крові ще до внесення в дефект. Не слід забувати, що кістка в таких дефектах росте з периферії до центру, при цьому, корені зубів не є джерелом рерації. Репаративний остеогенез можливий лише з боку губчастої кістки та періосту.

Г. Зуби, що йдуть по програмі збереження, ще до втручання повинні бути надійно фіксовані протезами або плімерними шинами.

Д. Не останню роль мають правильне харчування хворого та фармакологічна підтримка репаративного остеогенезу.