

УДК 616.314.17-008.1-085-036.8

Борисенко А.В., Ткачук Н.М., Сема В.І., Браун Ю.Є.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
каф. терапевтичної стоматології (зав. – проф. А.В. Борисенко)
A.V. Borysenko, N.M. Tkachuk, V.I. Sema, Y.E. Braun

Аналіз причин незадовільних результатів лікування генералізованого пародонтиту

The Analysis of the Reasons of Unsatisfactory Results in Treatment of Generalized Periodontitis

Резюме У дослідженні представлено аналіз основних незадовільних результатів при лікуванні генералізованого пародонтиту. Показано значення отриманих даних для стоматологічної практики. Наведено найтипівіші помилки лікаря-пародонтолога та вказано шляхи підвищення ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту з міждисциплінарною інтеграцією стоматологів різного профілю.

Summary In this research the analysis of unsatisfactory results in treatment of generalized periodontitis are presented. The value of the received results have shown and their place in stomatological practice. The typical mistakes of periodontologist have been shown and the ways to advance the effectiveness of complex treatment of generalized periodontitis have been demonstrated with the help of interdisciplinary approach during cooperation of stomatologists.

Ключові слова генералізований пародонтит, помилки в лікуванні, комплексне лікування
Key words generalized periodontitis, mistakes in treatment, complex treatment

Лікування хворих на генералізований пародонтит є досить складним завданням, яке потребує значної уваги, часу та терпіння як від лікаря-стоматолога, так і від пацієнта. В комплексному лікуванні необхідно враховувати стан тканин пародонту, зубів, порожнини рота й організму пацієнта в цілому [1, 4, 7]. Якщо цим факторам не приділяти належної уваги, то лікарю важко досягти відповідного ефекту в лікуванні генералізованого пародонтиту. В таких випадках практичні лікарі називають лікування невдалим, не визнаючи причин таких невдач.

Сьогодні розроблено та впроваджені основні принципи комплексної терапії хвороб тканин пародонту [3, 6–12]. Проте, в стоматологічних поліклініках і стоматологічних приватних кабінетах не завжди проводять відповідний обсяг заходів, необхідних для ефективного лікування генералізованого пародонтиту та досягнення стану стабілізації захворювання. З'ясування найтипівіших помилок, які не дозволяють досягти високої ефективності лікування, має велике значення і дозволить підвищити рівень лікування хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 210 пацієнтів із різним перебігом та ступенем розвитку (I, II ступенем) генералізованого пародонтиту, яким було проведене лікування цього захворювання в різних лікувальних закладах (державних та приватних). Оцінку лікування проводили на основі протоколів надання стоматологічної допомоги, затверджених МОЗ України у 2005 році [2]. Обстежені хворі на генералізований пародонтит були розподілені на кілька груп. Першу становили 85 пацієнтів, яким було проведено комплексне лікування генералізованого пародонтиту у стоматологічному медичному центрі НМУ ім. О.О. Богомольця. Другу групу становили 50 пацієнтів, яким було проведено комплексне лікування у різних державних чи приватних стоматологічних закладах у неповному обсязі і які звернулися за подальшою допомогою у стоматологічний центр. Третю групу становили 75 пацієнтів, яким було проведено лише терапевтичне лікування генералізованого пародонтиту в різних стоматологічних закладах м. Києва та інших міст.

При оцінці обсягу лікування враховували наявність комплексу терапевтичних, хірургічних, ортопедичних, ортодонтичних заходів. У разі відсутності одного з видів лікування його вважали неповним.

Ефективність проведеного лікування оцінювали за сукупністю різних показників стану тканин пародонту як суб'єктивних (відсутність скарг), так і об'єктивних (клінічні показники, індексна оцінка, рентгенографічні дослідження тощо). Оцінку клінічного стану пародонту проводили безпосередньо після комплексного лікування та у віддалені терміни (до 3-х років спостережень). Для з'ясування основного недоліку лікування генералізованого пародонтиту в різних групах детально проаналізували етапи проведеного лікування. Результати порівняння наданої пародонтологічної допомоги в кожній дослідній групі пацієнтів наведено у табл. 1, 2.

Результати дослідження та їх обговорення

На підставі даних дослідження (табл. 1, 2) щодо типових особливостей обстеження та надання стоматологічної

допомоги хворим на генералізований пародонтит у різних стоматологічних закладах, на жаль, доводиться констатувати, що лише в 52% із всіх досліджених нами клінічних випадків хворим було проведено комплексне лікування генералізованого пародонтиту в повному обсязі.

За результатами досліджень виявлені причини недостатньо ефективного лікування генералізованого пародонтиту. Лише у 78% хворих на генералізований пародонтит було проведено анамнестичне опитування в повному обсязі. Це призводило до ситуації, коли стоматолог не мав усієї інформації про загальний стан пацієнта до початку лікування. Тому, при проведенні лікування не були враховані певні ризики стану хворого, зокрема наявність у нього сенсibiliзації, ендокринних захворювань, уражень інших внутрішніх органів та систем організму. Лише у 40% випадків хворим складала комплексний план лікування генералізованого пародонтиту до початку проведеного лікування. Відсутність такого плану зумовлює хаотичність у проведенні основних етапів лікування лікарем-стоматологом, а, отже, його недостатню ефективність. Лише 63% хворих були скеровані для проведення необхідного обстеження зі застосуванням лабораторних методів: мікроскопічне дослідження вмісту пародонтальних кишень, загальний аналіз крові, імунограма тощо.

Це не дозволяє стоматологу правильно призначити необхідні антибактеріальні засоби, а їхнє емпіричне призначення не завжди дає належний терапевтичний ефект. Призначення ж імуномодулювальних засобів без відповідного контролю спеціальними тестами взагалі сьогодні розглядається вкрай негативно і може зашкодити здоров'ю хворого.

У світовій пародонтології медикаментозне лікування генералізованого пародонтиту навіть не поділяють на місцеве та загальне, оскільки цілком обґрунтованим є сумісне призначення лікувальних препаратів [6–7, 9–10, 12]. Тобто, так зване загальне лікування проводять у всіх 100% випадків лікування хворих на генералізований пародонтит, а його відсутність розглядають як велику помилку лікаря-стоматолога. У більшості обстежених пацієнтів (69%) загальне лікування взагалі не було призначено. Проведення загального лікування з використанням антибактеріальних, імунокоригуючих засобів необхідне, але лише у разі відповідного контролю лабораторними чи імунологічними методами дослідження. До початку антибактеріальної терапії лікарю необхідно мати інформацію про склад мікрофлори пародонтальних кишень, що особливо важливо при загостренні генералізованого пародонтиту. Аналіз показав, що лише у 12,5% пацієнтів з II та III груп було

проведене таке дослідження. У разі загостреного перебігу генералізованого пародонтиту необхідно проводити відповідне лікування на основі обстеження стану здоров'я у спеціалістів загального профілю (ендокринолог, гастроентеролог, терапевт тощо) [1, 2, 4–7, 12]. Необхідно з'ясувати всі можливі причини загострення (загальні, місцеві), усунути прояви активного запального процесу (набряк, кровоточивість, ексудацію, пародонтальні абсцеси, рухомість зубів).

Лише після цього можна проводити хірургічні втручання на пародонті та протезування. У консервативному лікуванні на перший план виступає уміння лікаря не зволікати і призначити вчасно ефективне загальне лікування, найчастіше антибактеріальну терапію. Це обумовлено тим, що пародонтопатогенна мікрофлора пародонтальних кишень на фоні зниженого імунітету організму хворого сприяє активному руйнуванню кісткової тканини пародонтиту та потенційній втраті зубів [3, 6–7, 9, 12]. Пригнітити активність пародонтопатогенної мікрофлори можна сучасними антибактеріальними препаратами, які тривалий час утримуються в організмі хворого. В стоматологічному медичному центрі НМУ ім. О.О. Богомольця перевагу при лікуванні генералізованого пародонтиту за показаннями надають таким антибіотикам: амоксиклаву клавулонат – Аугментин 825/125,

Таблиця 1. Показники порівняльної характеристики обстеження хворих на генералізований пародонтит

Проведений етап обстеження хворих на генералізований пародонтит	I група пацієнтів 85 осіб, %	II група пацієнтів 50 осіб, %	III група пацієнтів 75 осіб, %
1. Детальний збір анамнестичних даних	100	75	55
2. Оцінка стану тканин пародонтиту:			
а) огляд	100	100	100
б) індексна оцінка стану пародонтиту	100	50	15
в) діагностика оклюзійних співвідношень	85	45	10
г) ортопантомографія	100	65	20
г) мікроскопія вмісту пародонтальних кишень	95	25	0
3. Визначення можливих етіотропних факторів:			
а) місцевих	100	80	65
б) загальних	90	40	10
4. Загальне обстеження пацієнта перед хірургічним втручанням на пародонті:			
а) загальний аналіз крові, сечі	90	10	20
б) прихований цукор крові	20	0	0
в) імунограма крові	65	0	0
г) інше (гормони щитоподібної залози, біохімічний аналіз крові)	45	10	20

Таблиця 2. Показники порівняльної характеристики ефективності застосованого лікування у хворих на генералізований пародонтит

Показники ефективності застосованого лікування у хворих на генералізований пародонтит	I група пацієнтів 85 осіб, %	II група пацієнтів 50 осіб, %	III група пацієнтів 75 осіб, %
1. Складання комплексного плану лікування ГП: а) тільки за участі терапевта-стоматолога	15	65	100
б) за участі всіх необхідних спеціалістів (ортопед, хірург-пародонтолог)	85	35	0
2. Гігієна порожнини рота: а) професійне чищення зубів	100	100	100
3. Контроль гігієни порожнини рота (наліт, зубний камінь) протягом курсу лікування	100	100	100
4. Інструктаж пацієнта з індивідуальної гігієни порожнини рота	100	80	90
5. Проведення протизапальної терапії за показаннями:			
а) місцевої	100	80	100
б) загальної	40	20	34
6. Депульпування зубів за показаннями	100	80	90
7. Хірургічне втручання на пародонті: а) закритий кюретаж пародонтальних кишень	100	30	15
б) відкритий кюретаж з підсадкою остеокондуктивних матеріалів	40	10	0
в) гінгівопластика, френулопластика	20	0	0
г) гінгівостеопластика з підсадкою остеокондуктивних матеріалів	20	0	0
8. Виготовлення тимчасової ортопедичної конструкції (як етап усунення травматичної оклюзії)	80	10	0
9. Призначення необхідної загальнозміцнюючої терапії	70	34	40
10. Професійна гігієна порожнини рота і корекція лікування в постопераційний період: 1 раз – на 12 місяців	90	50	30
2 рази – на 12 місяців	60	20	20
3 рази – на 12 місяців	40	10	5
4 і більше разів – на 12 місяців	20	0	0
11. Оцінка стану пародонту через 6 місяців після оперативного втручання: а) огляд	100	10	0
б) індексна оцінка стану пародонту	100	0	0
в) діагностика оклюзійних співвідношень	90	0	0
г) ортопантомографія	100	10	0
д) мікроскопія вмісту пародонтальних кишень	50	0	0
12. Виготовлення постійної шинуючої конструкції протеза (через 3–6 міс. після оперативного втручання)	80	10	0

азітроміцин – Сумамед (0,5 г), метронідазол – Метрогіл, Трихопол (0,5 г), цефалоспорино – Цефуросим (0,5 г). Доцільним є призначення антибіотикотерапії разом з пробіотиками – Йогурт Rusel (1 капсула 1 раз на день), Лінекс (1 капсула 2–3 рази на день). Місцеву антибактеріальну терапію проводили у вигляді полоскань, аерозольних зрошень (0,5% р-н етонію, Гівалекс, Стоматидин тощо) [6–8, 11].

Під час лікування обов'язково проводиться корекція дієти: виключення солодощів (легко засвоювані вуглеводи), наявність молочнокислих продуктів у раціоні, продуктів багатих на вітаміни групи В (каші, висівковий

хліб тощо) [6, 7, 10, 12]. Призначають вітамінні препарати групи В: Невуробекс (1 таблетка 3 рази на день). Аналіз показав, що при проведенні обстеження пацієнтів у 38% хворих не проводили рентгенографічне дослідження стану тканин пародонту. Застосування лише клінічних методів обстеження дозволяє правильно оцінити стан тканин пародонту та поставити правильний діагноз, проте він може бути неточним. Використання сучасних рентгенографічних методів обстеження дозволяє зробити це дуже точно і швидко. Відсутність рентгенографічного обстеження не дає змоги оцінити стан опорних зубів й обрати раціональне протезування.

У значної кількості (67,5%) клінічних випадків хворих з I, II ступенем резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка не були проведені хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту. Це приводить до того, що у пацієнтів залишались невіддаленими підясенні зубні відкладення, змінений цемент коренів зубів, грануляційна тканина пародонтальних кишень тощо.

На сьогодні для впливу на кісткову тканину пародонту при I, II ступені генералізованого пародонтиту запропоновано значну кількість різних трансплантатів [3, 6, 7, 11]. Проведене дослідження, на жаль, виявило відсутність їх застосування у 88% клі-



Мал. 1. Клінічна картина пацієнта Є. 50 р., хворого на генералізований пародонтит II ступеня, хронічного перебігу (а). Виражена резорбція кістки альвеолярного відростка в ділянці нераціонального протезування (б). Клінічна ситуація пацієнта через 6 місяців після проведеного повного комплексного лікування (в). Стабілізація процесу в пародонті, відсутність травматичної оклюзії (г)

нічних випадків хірургічного лікування. Це не дозволяє утримати відповідний рівень кістки альвеолярного відростка після проведеного лікування, суттєво ускладнює подальше протезування.

Значним недоліком у роботі лікарів-стоматологів є відсутність кваліфікованого проведення ортопедичних методів лікування генералізованого пародонтиту. У більшості обстежених пацієнтів не була виявлена травматична оклюзія і не проведено її відповідне лікування ортопедичними методами зі створенням ковзаючої оклюзії. Лише у незначній кількості випадків пацієнтам було проведено так зване вибіркоче пришліфовування групи зубів, проте лише в стані центральної оклюзії. Це призводило до подальшого прогресування травматичної оклюзії і сприяло подальшому руйнуванню тканин пародонта (мал. 1).

Як показав аналіз отриманих даних, у 70% обстежених пацієнтів протезування було проведено до хірургічних методів лікування генералізованого пародонтиту. Це може свідчити лише про прикру реальність нашого життя, коли ортопедичне лікування стає головною метою лікаря-стоматолога. Надалі неможливо прогнозувати від-

далений результат лікування. Необхідно відзначити правильність і послідовність проведення ортопедичного лікування у стоматологічному медичному центрі НМУ ім. О.О. Богомольця, де препарування опорних зубів під постійні ортопедичні конструкції проводять після хірургічного втручання на пародонті.

Важливим є застосування тимчасового протезування (терміном на 3–6 міс.) після хірургічного втручання на пародонті перед виготовленням постійних протезів чи імплантатів. Це дозволяє відновити косметичний вигляд і функцію зубів у хворого на генералізований пародонтит (мал. 2). Багато пацієнтів (36%) звертались у стоматологічний медичний центр НМУ ім. О.О. Богомольця з ускладненнями після тимчасового шинування та лікування за допомогою адгезивних мостоподібних протезів.

Лікарі фіксували адгезивними конструкціями існуючу травматичну оклюзію, включали в конструкцію зуби з III ступенем рухомості, що призводило до швидкої втрати не лише зубів у ділянці шинування, але і суміжних. Тобто, замість усунення травматичної оклюзії та раціонального протезування, лікарі-стоматологи часто проводять тимчасове шинування, за-

стосовуючи адгезивні конструкції, як етап комплексного лікування генералізованого пародонтиту, що призводить до прогресування дистрофічно-запального процесу в пародонті (мал. 3, 4).

Кваліфікована й адекватна стоматологічна допомога хворим на генералізований пародонтит безперечно включає постійний контроль гігієнічного стану та корекцію лікування після проведеного терапевтичного, хірургічного й ортопедичного етапів [6, 7–9, 12]. На жаль, більшість лікарів проводять повторний огляд пацієнтів після лікування тільки 1 раз на рік (57% пацієнтів) і лише 18% пацієнтів – 3 рази на рік. Диспансерний нагляд необхідно проводити як обов'язковий (Фаза 4) етап комплексного лікування генералізованого пародонтиту. Кратність його проведення визначає стан тканин пародонту і дані мікроскопічного дослідження вмісту пародонтальних кишень. Ця мікрофлора має здатність після проведеного лікування змінювати свій склад до збільшення пародонтопатогенних штамів (так зване повернення до вихідного стану).

Ступінь зміни мікрофлори пародонтальних кишень визначає обсяг антибактеріального лікування та кратність



Мал. 2. Пацієнт С. 38 р., хворий на генералізований пародонтит II ступеня, хронічного перебігу, перед початком комплексного лікування (а). зуби 11, 12, 13, 22, 23 депульповані та відпрепаровані для тимчасового протезу (б). Проведення клаптевої операції (в). Тимчасовий мостоподібний протез зафіксований через 2 тижні після проведеної операції на пародонті (г)

Мал. 3. Неприятливий вплив адгезивного мостоподібного протеза на пародонт у пацієнтки Н. 42 р., хворої на генералізований пародонтит II ступеня, хронічного перебігу (а). Рентгенограма пародонту в ділянці мостоподібного протеза: виражена резорбція і остеопороз альвеолярного відростка (б). Виявлений хронічний пульпіт в опорних зубах 35, 37 після видалення протеза (в)





Мал. 4. Клінічна картина (а) та ортопантомограма (б) пацієнта К. 51 р., хворого на генералізований пародонтит II ступеня, хронічного перебігу з неправильно виготовленою тимчасовою шиною. Зуби 31, 32, 41, 42 з III ступенем резорбції кістки альвеолярного відростка включені в конструкцію тимчасової шини. Травматична оклюзія за відсутності протезування в бокових ділянках

його проведення при диспансерному нагляді за хворим. Проведений аналіз історій хворіб показує недостатність комплексного лікування в багатьох випадках, що веде до подальшо-

го прогресування генералізованого пародонтиту та втрати зубів. Перелічені шляхи усунення виявлених недоліків лікування дозволять значно підвищити його ефективність.

Література

1. Борисенко А.В. Нарушения белкового обмена в тканях пародонта при патологии и их коррекция в комплексном лечении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / А.В. Борисенко. – К., 1992. – 28с.
2. Терапевтична стоматологія. Розділ. 1. / [Борисенко А.В., Політун А.М., Несін О.Ф., Сідельнікова Л.Ф.] / Протоколи надання стоматологічної допомоги. С. 15- 150. - К., 2005. – 506 с.
3. Грудянов А.И. Методика направленной регенерации тканей / А.И. Грудянов, П.В. Чухахин - М.:Мед. информ. агенств., 2007, 59с.
4. Данилевский Н.Ф. Патогенез, клиника и лечение пародонтоза. Автореф. докт. дисс. / Н.Ф. Данилевский. – К., 1968.
5. Данилевский Н.Ф. Пародонтология детского возраста / Н.Ф. Данилевский, Г.И. Вишняк, А.М. Политун - К.: Здоров'я, 1981. – 294с.
6. Терапевтична стоматологія, Захворювання пародонта. – Том 3. / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Несін О.Ф.] - К.: Медицина, 2008.- 614 с.
7. Дмитриева Л.А. Пародонтит. / Л.А. Дмитриева - М.: МЕДпресс-информ, 2007.- 500 с.
8. Коэн Э. Атлас косметологической и реконструктивной пародонтологической хирургии. / Э. Коэн. – М.: Московские учебники, 2003.- 416 с.
9. Мюллер Х.П. Пародонтология. / Х.П. Мюллер. – Л.: ГалДент, 2004. - 256 с.
10. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування/ Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Н.В. Нейко - Івано-Франківськ, 2007.-279 с.
11. Kao R.T., Conte G., Nishimine D., Dault S. Tissue engineering for periodontal regeneration// CDA Journal. - 2005. - Vol. 33. – № 3.- P. 205-215.
12. Schonfeld S. E. The art and science of periodontal prognosis // CDA Journal. - 2008. -Vol. 36. – № 3. - P. 175-179.