

Борисенко А.В.,
Хоцяновський А.М.,
Протівень М.Ф.,
Відерська Г.В.,
Андрюшко О.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОЇ ОЗОНОДЕСТРУКЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Резюме: В статті представлено використання озону, як засобу запобігання ускладнень при використанні іскрової електродеструкції при гіпертрофічних процесів тканин пародонта.

Ключові слова: гіпертрофічний гінгівіт, іскрова діатермодеструкція, внутрішньотканинне озонування, лікування.

На сьогоднішній день в медичній практиці широко застосовують озон для лікування різних запальних, гіпертрофічних, онкологічних та інших патологічних процесів. Для проведення лікування методом озонотерапії запропоноване різноманітна медична апаратура і методики її проведення.

Гіпертрофічний гінгівіт зустрічається досить часто, особливо серед молодих пацієнтів. Найвпливовіших консервативних методів лікування гіпертрофічних процесів тканин пародонта занадто мало і часто вони малоєфективні. Крім того, для проведення різних методів видалення гіпертрофованих тканин пародонта необхідно мати на увазі досягнення високого косметичного ефекту, який не буде порушувати анатомічну форму ясен.

У зв'язку з цим, нами розроблено і запатентовано апарат і спосіб електроіскрової коагуляції із використанням методу внутрішньотканинного руйнування і утворення озонової зони в місці втручання (Авторське свідоцтво №1648410 «Електрофульгуратор» 15 січня 1991 р., Деклараційний патент №8775 «Спосіб стерилізації корневих каналів зубів» 15 липня 2005 р., Бюл.№7).

Апарат «Електрофульгуратор» створює іскровий розряд із частотою 200 кГц, силою струму 50 мкА, напругою 2000 в (2 кв). Внаслідок його дії навколо електрода утворюється велика кількість внутрішньотканинного озону.

Метод іскрової озонкоагуляції відносно безболісний проводиться дуже швидко за кілька хвилин, залежно від обсягу гіпертрофованої тканини.

Методика проведення іскрової озонкоагуляції складається із наступних етапів:

1. Підготовка пацієнта до проведення операції методом озонкоагуляції на яснах.

Пацієнту проводять зрошення ротової порож-

нини розчином антисептиків (р-н фурациліну 1:1000, мікроциду, хлоргексидину тощо), або ж настоями із трав ромашки, календули, евкалипту, юглону. Зону слизової оболонки ясен, що підлягає коагуляції знеболюють розчином анестетиків: 10% лідокаїном, 2% артикаїном, ультракаїном, знеболувальним гелем із анестетиком.

2. Підготовка апарату «Електрофульгуратор» для проведення озонкоагуляції гіпертрофованих тканин ясен.

Наконечник апарату із голкоподібною насадкою стерилізують за допомогою спрею «Бацилол» триразовим зрошенням. Голкоподібну насадку фіксують у наконечнику. Підключають апарат до електромережі і перевіряють його роботу за допомогою педального вмикача.

3. Проведення операції. Після знеболення голкоподібний електрод підводять до краю ділянки гіпертрофованих ясен. Включають педальним вмикачем апарат і проводять іскрову озонкоагуляцію зони гіпертрофії ясен. Для проведення цієї операції необхідно кілька хвилин, в середньому - 3-4 хвилини.

4. Контрольне обстеження операційного поля проводять через 2-3 доби. За цей час відбувається післяопераційне відторгнення некротичних гіпертрофованих тканин ясен і їх поступове загоєння. Для більш швидкого загоєння і епітелізації, використовують різні лікарські препарати з протеолітичними ферментами, сорбентами, протизапальними препаратами, кератопластиками, тощо.

Дослідження було проведено на 25 пацієнтах, у яких був діагностований гіпертрофічний гінгівіт

з різним ступенем розростання ясен. Гіпертрофія II ступеня була діагностована у 15 пацієнтів, III ступеня - у 10 пацієнтів. В більшості - 20 випадків це були молоді люди віком 20-25 років. В них був діагностований гіпертрофічний гінгівіт, у решті 5 пацієнтів віком від 30-40 років - симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт.

До втручання і після проведення озонодеструкції гіпертрофованих тканин ясен, у всіх пацієнтах було проведено клініко-лабораторне обстеження. Всім пацієнтам визначали рівень гігієни порожнини рота за Федоровим-Володкіною (1971). В середньому він складав $2,1 \pm 0,15$ бали, що вказувало на недостатню гігієну порожнини рота пацієнтів. Як показник запального процесу в гіпертрофованих тканинах ясен використовували пробу Шиллера-Писарева. Вона була позитивною у всіх пацієнтів.

Із лабораторних методів обстеження проводили загальний аналіз крові, цитологічне дослідження ясенних та пародонтальних кишень, міграцію лейкоцитів у порожнину рота (за М.А.Ясиновским, 1931), моноцитограму. Як показали дані загального аналізу крові особливих змін не відмічено, виявлене незначне збільшення кількості лейкоцитів та прискорення ШОЕ.

Дані цитологічного дослідження в більшості випадків вказували на наявність в ясенних та пародонтальних кишнях найпростіших і грибків мікрофлори, яка сприяє проявам гіпертрофічних процесів.

Показники міграції лейкоцитів в ротову порожнину перевищували норму в кілька разів, що свідчило про значний застій крові в судинах ясен. Різниця між живими і мертвими лейкоцитами вказувала на незначний хронічний запальний процес в яснах.

Моноцитограма даних пацієнтів в основному вказувала на порушення відсоткового співвідношення зрілих, проміжних та юних форм моноцитів. Це свідчило про зниження місцевого зв'язу слизової оболонки ясен.

Після клініко-лабораторного обстеження пацієнтам була проведена озонодеструкція гіпертрофованих тканин ясен, згідно описаної методики проведення.

В перші дні після операційного втручання пацієнти в домашніх умовах проводили ретельний гігієнічний догляд за порожниною рота. Він складався із полоскань ротової порожнини розчинами антисептиків, та фітопрепаратів. На 3-4 день після відторгнення некротичних гіпертрофованих тканин, були призначені: солкосеріл, кератопластичні препарати, вітаміни А, Е, К; ультрафіолетове опромінювання, лазерна терапія поверхні ясен.

Повторне клініко-лабораторне обстеження, після операційний період, вказувало на нормалізацію їх показників, у всіх випадках проведення озонодеструкції.

Післяопераційні результати показали високий косметичний ефект проведеної операції. Отримані результати дозволяють рекомендувати методику іскрової озонкоагуляції патологічно змінених тканин для широкого застосування в практичній стоматології. Важливо, що ця методика проводиться дуже просто, доступно, безболісно, займає лічені хвилини, що вкрай необхідно для практикуючого стоматолога.

Це дає підставу рекомендувати дану методику як засіб ефективного лікування гіпертрофічного гінгівіту.

USAGE INTERTISSUE OZONODESTRUCTION IN TREATMENT OF HYPERTROPHIC GINGIVITIS

Borysenko A.V., Chotcanovsci A.M., Protiven N.F., Vidarska A.V., Andrushko O.M.

Abstract: In article the ozone usage as profilactic meazues of complications of electrodestruction during treatment of hypertrophic gingivitis was presented

Key words: hypertrophic gingivitis, treatment, ozonodestruction.

Список літератури

1. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Полігун А.М., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Назарова О.Ф. Терапевтична стоматологія. Захворювання пародонта. Том 3. - К.: Медицина, 2008. - С. 196-197.
2. Миненков А.А., Филимонов Р.М., Покровский В.М. и др. Основные принципы и тактика озонотерапии. - К.: Медицина, 2001. - 18 с.
3. Безрукова И.В., Петрухина Н.Б. Озонотерапия в стоматологической практике. - Международное информационное агентство, 2008. - 88 с.
4. Федоров Ю.А. Терапевтическая и ортопедическая стоматология. К.: Здоров'я, 1971. - Вып.1. - С. 117-119.
5. Ясиновский М.А. К физиологии, патологии и клинике слизистых оболочек. Харьков, «Научная Мисль», 1931. - 172 с.