

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О. О. Богомольця**

ГРИГ НАТАЛІЯ ІВАНІВНА

УДК 616.314.17-008.1-031.81-089

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО СУПРОВОДУ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2012

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (м. Київ) МОЗ України

Науковий керівник доктор медичних наук, професор **Борисенко Анатолій Васильович**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ), кафедра терапевтичної стоматології, завідувач

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Павленко Олексій Володимирович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ), кафедра стоматології, завідувач

доктор медичних наук, професор **Петрушанко Тетяна Олексіївна**, вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), кафедра терапевтичної стоматології, завідувач

Захист відбудеться “__”_____ 2012 р. о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.05 при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м. Київ, вул. Зоологічна, 1, стоматологічний корпус.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м. Київ, вул. Зоологічна, 1, стоматологічний корпус.

Автореферат розісланий “__”_____ 2012 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доцент

О. І. Остапко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема лікування генералізованого пародонтиту лишається актуальною для сучасної стоматології (Мащенко І.С., 2003; Петрушанко Т.О., 2003; Григорьян А.С., 2004; Орехова Л.Ю., 2004; Мазур І.П., 2006; Дмитрієва Л.А., 2007; Ярова С.П., 2007; Чумакова Ю.Г., 2008; Бєлоклицька Г.Ф., 2009; Грудянов А.І., 2009; Борисенко А.В., 2010; Мельничук Г.М., 2011; Косенко К.Н., 2011). Провідна роль у комплексній терапії цього захворювання належить хірургічному лікуванню у зв'язку з тим, що лише оперативне втручання може привести до стійкої ліквідації вогнища запалення в тканинах пародонта і сприяти припиненню деструктивних процесів в альвеолярній кістці.

Успіх хірургічного втручання значною мірою залежить від якості передопераційної підготовки та післяопераційного супроводу. Мета цих заходів полягає в ліквідації або максимальному зменшенні запальних проявів у тканинах пародонта та створенні оптимальних умов для загоєння уражених тканин. Недостатня або неефективна підготовка може стати причиною запальних ускладнень після хірургічного лікування (Курякина Н.В., 2004; Грудянов А.И., 2006; Борисенко А.В., 2010; Павленко О.В., 2012).

Кількість ускладнень хірургічного лікування генералізованого пародонтиту є достатньо високою (5-25%). При аналізі причин їх виникнення з'ясовано відсутність уваги до оцінки рівня ендогенної інтоксикації організму як при плануванні оперативного втручання, так і на етапах лікування генералізованого пародонтиту. Це виключає можливість вчасного передбачення предикторів розвитку ускладнень та проведення їх адекватної корекції. Пріоритетним є визначення наявних або прихованих стоматогенних джерел хроніосепсису та розробка схем лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на їх ліквідацію в передопераційний період. Виявлення чинників розвитку ускладнень пародонтальної хірургії на доопераційному етапі та їх своєчасне усунення покращує прогноз лікування генералізованого пародонтиту.

Слід зазначити, що на сьогодні відсутні чіткі критерії готовності тканин пародонта до проведення хірургічного втручання. Визначення цих критеріїв, на основі аналізу даних клініко-лабораторного обстеження хворого, дозволить прогнозувати результати хірургічного лікування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідних робіт Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Вона є фрагментом комплексної наукової теми кафедри терапевтичної стоматології згідно з планом МОЗ України «Особливості клініки початкового карієсу та захворювань пародонта у осіб молодого віку, сучасні методи їх профілактика та лікування», реєстраційний № 0104U000449, шифр теми ІН 30.00.0033.97. Дисертант була виконавцем окремих фрагментів вищеназваної теми.

Метою дослідження є підвищення ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит шляхом оптимізації передопераційної

підготовки та медикаментозного супроводу.

Завдання дослідження.

1. Оцінити місцеві подразнювальні фактори та обґрунтувати особливості їх усунення у хворих на генералізований пародонтит на етапі підготовки до хірургічного лікування.

2. Вивчити рівень показників ендогенної інтоксикації організму в залежності від ступеня та характеру перебігу генералізованого пародонтиту та встановити кореляційну залежність інтенсивності інтоксикації від стану гігієни порожнини рота та рівня запалення ясен.

3. Визначити стан пульпи зубів у хворих на генералізований пародонтит, як потенційних вогнищ хроніосепсису, та обґрунтувати показання до депульпування їх в зоні хірургічного втручання.

4. Обґрунтувати та розробити комплексне, етіотропно-патогенетично спрямоване медикаментозне лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням засобів місцевої детоксикації тканин пародонта та загальної корекції стану ендогенної інтоксикації.

5. На підставі клініко-лабораторних досліджень оцінити ефективність запропонованого комплексного лікування генералізованого пародонтиту з корекцією стану ендогенної інтоксикації в найближчі та віддалені терміни спостереження.

Об'єкт дослідження – 127 хворих на генералізований пародонтит віком від 21 до 40 років.

Предмет дослідження – тканини пародонта, стан пульпи зубів, що знаходяться в зоні хірургічного втручання, ротова рідина.

Методи дослідження. З метою вирішення поставлених задач було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження хворих, що включало: клініко-рентгенологічне дослідження (згідно Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична» МОЗ України, 2007), індексну оцінку стану порожнини рота, електрофізіологічне дослідження стану пульпи зубів, мікробіологічні, біохімічні та статистичні методи дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше визначено рівень ендогенної інтоксикації у хворих на генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості та перебігу. Розроблено математичну модель нормативів показника молекул середньої маси в ротовій рідині у практично здорових осіб. Визначено кореляційну залежність між показником рівня ендогенної інтоксикації організму, гігієнічними індексами та індексами гінгівіту.

Розроблено показання до депульпування зубів, що знаходяться в ділянці хірургічного втручання, залежно від стану тканин ендопародонтального комплексу.

Обґрунтовано та застосовано диференційований підхід до передопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит, розроблено алгоритми

індивідуального медичного супроводу в післяопераційному періоді залежно від стоматологічного статусу та показників ендогенної інтоксикації організму. Проведено обґрунтування та оцінка ефективності застосування нових композицій лікарських речовин на основі наносорбентів та антибактеріальних препаратів, що дозволило провести детоксикацію тканин пародонта, нормалізувати рівень захисних факторів перед оперативним втручанням.

Вперше визначено критерії готовності тканин пародонта до проведення хірургічного лікування, створено методику прогнозування ризику розвитку ускладнень та успішності операційного втручання у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Підтверджено високу ефективність запропонованих методик профілактики ускладнень при хірургічному лікуванні захворювань пародонта у найближчі та віддалені терміни спостережень.

Практичне значення результатів дослідження. Доведено необхідність проведення ретельної санації порожнини рота та обґрунтовано особливості усунення місцевих подразнювальних факторів на етапі передопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит. Обґрунтовано схеми індивідуальної гігієни порожнини рота на доопераційному етапі та в післяопераційному періоді.

Розроблено показання до депульпування зубів, що знаходяться в ділянці хірургічного втручання, залежно від стану тканин ендопародонтального комплексу.

Обґрунтовано та запропоновано диференційовані схеми антибактеріально-сорбційної терапії, спрямовані на усунення явищ інтоксикації як в пародонті, так і організмі в цілому.

Розроблений та апробований у клініці спосіб профілактики ускладнень є простим у використанні та дозволяє досягти сприятливого клінічного ефекту лікування у найближчі та віддалені терміни спостереження.

Розроблені алгоритми передопераційної підготовки та медикаментозного супроводу хірургічного етапу комплексного лікування генералізованого пародонтиту впроваджено в лікувальну практику пародонтологічного відділення Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця (м. Київ), міської стоматологічної поліклініки (м. Чернігів), Житомирського обласного стоматологічного об'єднання (м. Житомир).

Матеріали дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ).

Особистий внесок здобувача. Автором разом з науковим керівником визначено програму, мету та завдання дослідження, проведено наукове обґрунтування отриманих результатів і формулювання висновків дисертаційної роботи. Автором особисто виконано інформаційний пошук та аналіз наукової літератури з даної проблеми, проведено комплексні клінічні та лабораторні

дослідження, статистичну обробку й аналіз отриманих результатів, наукове обґрунтування результатів і написання дисертаційної роботи.

Запропоновано та проведено апробацію алгоритмів диференційованої терапії хворих на генералізований пародонтит I та II ступеня на етапі передхірургічної підготовки та в післяопераційному періоді. Розроблено критерії готовності тканин пародонта до проведення оперативного втручання та методику прогнозування результатів хірургічного лікування.

Лабораторні дослідження проведено спільно зі співробітниками клінічної лабораторії Стоматологічного центру НМУ імені О.О. Богомольця. Мікробіологічні дослідження виконано спільно зі співробітниками кафедри мікробіології НМУ імені О.О. Богомольця (зав. каф. – д. мед. н., проф.. Ширококов В.П.). Біохімічні дослідження проведено автором разом із співробітниками лабораторії біохімії ДУ «Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка АМН України» (завідувач – д.б.н. Верьовка С.В.), м. Київ.

Апробація результатів дисертації. Дисертація апробована на засіданні кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; на засіданні апробаційної ради «Стоматологія» Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Результати досліджень доповідались та обговорювались на V міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток наукових досліджень 2009» (м. Полтава, 2009 р.); міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених, присвяченій 200-річчю з дня народження М.І. Пирогова «Молодь – медицині майбутнього» (м. Одеса, 2010 р.); II з'їзді Української Асоціації Черепно-щелепно-лицевих хірургів (м. Київ, 2011 р.); науково-практичній конференції «Актуальні питання клінічної медицини» (м. Суми, 2011 р.).

Публікації. За результатами дисертації опубліковано 14 наукових праць, в тому числі 5 – у фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 9 – у наукових збірниках, тезах конгресів, з'їздів.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 164 сторінках комп'ютерного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, описання об'єктів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Фактичні дані наведені у 19 таблицях та ілюстровані 15 рисунками. Список літератури включає 277 першоджерел, серед яких 67 іноземних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали та методи досліджень. З метою вирішення поставлених задач проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 127 хворих на генералізований пародонтит I та II ступеня віком від 21 до 40 років, яке включало клінічні, лабораторні та статистичні методи. Обстежені були розподілені на дві

групи: I групу склали 55 хворих на генералізований пародонтит I ступеня, II групу - 72 хворих на генералізований пародонтит II ступеня.

Контрольну групу склали 40 пацієнтів з аналогічними діагнозами, що проходили лікування за загальноприйнятою методикою на кафедрі терапевтичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця.

Всім хворим було проведено комплексне обстеження тканин пародонта відповідно до Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична» МОЗ України, 2007. При встановленні діагнозу керувались класифікацією хвороб пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

Для індексної оцінки стану порожнини рота використано: індекси гігієни - OHI-S (Green-Vermillion, 1964), API (Lange et al., 1990), PFRI (Axelsson, 1990); індекс КПВ; індекс запалення ясен - індекс РМА (Parma, 1960), індекс кровоточивості - РВІ (Son та Mühlemann за Cowell, 1975).

Стан пульпи (електрозбудливість) зубів, що знаходились в зоні хірургічного втручання, визначався за методикою, запропонованою Л.Р. Рубіним та В.Н. Чертиковцевим (1999). Дослідження проводилося за допомогою діагностико-терапевтичного комплексу Scorpion Dental Optima (Optica laser, Sofia); ИВН-1 (ЭМА, Екатеринбург, Россия).

Рівень неспецифічної резистентності тканин порожнини рота оцінювався за реакцією адсорбції мікроорганізмів (РАМ) епітеліальними клітинами слизової оболонки ротової порожнини (Т.А. Беленчук, 1985).

З метою мікробіологічного вивчення вмісту пародонтальних кишень проведено бактеріологічні та бактеріоскопічні дослідження (наказ № 535 від 22.04.1985, Нормативні директивні правові документи. Бактеріологія., 2003). Визначення антибактеріальної активності лікувально-профілактичних засобів на змішану мікрофлору пародонтальних кишень проведено за методом серійних розведень.

Рівень ендогенної інтоксикації визначався за показником середньомолекулярних пептидів в ротовій рідині (за модифікованою методикою Н.І. Габриелян та співавт., 1984).

Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою методів кореляційного, регресійного та дискримінантного аналізу (Гланц С., 1998; Москаленко В.Ф., 2009) з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 2007» та «Statistika 6,0».

Результати досліджень. При первинному обстеженні на етапі передопераційної підготовки встановлено, що 100% хворих мали місцеві та загальні фактори ризику, щодо проведення хірургічного втручання.

Так, при огляді порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит I ступеня виявлено $6,89 \pm 0,25$ каріозних уражень та пломб, що потребували заміни (на одного обстеженого). Привертала увагу значна кількість уражень (44,33%) на контактних та пришийкових поверхнях зубів. Неякісне лікування подібних уражень

призвело до утворення кісткових кишень, глибиною до $\frac{1}{4}$ довжини кореня, а біля 92 зубів (54,76% усіх уражень контактних поверхонь) – до $\frac{1}{3}$ довжини кореня. Гігієнічний стан оцінено як «задовільний» (ОHI-S – $1,27 \pm 0,08$ балів, API $55,5 \pm 1,54\%$), діагностовано симптоматичний хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості (РМА – $32,01 \pm 0,61\%$, РВІ – $1,8 \pm 0,05$ балів).

У хворих на генералізований пародонтит II ступеня виявлено $8,25 \pm 0,12$ каріозних уражень та пломб, що потребували заміни, «незадовільний» рівень гігієни (ОHI-S – $1,92 \pm 0,06$ балів, API – $72,14 \pm 1,1\%$), симптоматичний катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості (РМА – $41,02 \pm 1,3\%$, РВІ – $2,29 \pm 0,05$ балів). Резорбцію міжкоміркових перегородок, глибиною до $\frac{1}{2}$ довжини кореня, було діагностовано у 57,2% обстежених.

Шляхом електрофізіологічного дослідження (ЕФД) визначено стан пульпи зубів в зоні хірургічного втручання. Відомо, що пульпа зуба в стані хронічного запалення може бути джерелом інтоксикації тканин пародонта та підтримувати або посилювати запальний процес в них. В свою чергу, лікування генералізованого пародонтиту (проведення професійної гігієни, виконання пародонтальної хірургії) є потужним подразнюючим фактором та може спричинити розвиток запалення пульпи. Показник електростимуляції пульпи до 8 мкА свідчив про наявність здорової, життєздатної пульпи. Зуби, що мали показники ЕФД в межах 9 – 48 мкА, формували групу ризику та підлягали оцінюванню реакції пульпи на кожному етапі лікування. Встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит I ступеня при первинному обстеженні тільки 27,41% зубів мали показники ЕФД в межах норми, 72,59% мали ризик запалення пульпи різної інтенсивності; при генералізованому пародонтиті II ступеня ці показники становили 13,68% та 86,32% відповідно.

Оцінено рівень ендогенної інтоксикації організму як потужного фактору ризику виникнення ускладнень при проведенні хірургічного лікування генералізованого пародонтиту. Вивчено рівень середньомолекулярних пептидів у 80 практично здорових осіб віком від 19 до 35 років та у 127 хворих на генералізований пародонтит. В результаті дослідження встановлено відмінність рівнів молекул середньої маси (МСМ) в ротовій рідині у практично здорових осіб та хворих на генералізований пародонтит. Показник МСМ у практично здорових осіб в середньому склав $259,6 \pm 5,50$ опт. од., при генералізованому пародонтиті I ступеня – $301,75 \pm 4,82$ опт.од., при генералізованому пародонтиті II ступеня – $355,3 \pm 8,8$ опт.од. Підвищення рівня МСМ у хворих на генералізований пародонтит свідчило про наявність інтоксикації, вираженість якої корелювала ($r=0,72$) зі ступенем розвитку патологічного процесу в пародонті. На основі аналізу отриманих даних та за допомогою математичних методів встановлено, що показники МСМ в межах 174-294 опт. од. свідчать про мінімальний рівень ендогенної інтоксикації організму та мінімальний ризик можливих ускладнень при проведенні хірургічного лікування пародонтиту, 295-320 опт. од. - низький ступінь ендогенної інтоксикації - низький ризик можливих ускладнень, 321-322 - середній ступінь - високий ризик можливих ускладнень, $333 \leq$ - високий ступінь - дуже високий ризик можливих ускладнень.

Таким чином, при первинному обстеженні у 35 (64%) хворих на генералізований пародонтит I ступеня встановлено наявність ендогенної інтоксикації, рівень якої відповідав низькому (22% хворих), середньому (9%) та високому (33%) ступеню. Показник МСМ становив в середньому – $301,75 \pm 4,82$ опт. од. При генералізованому пародонтиті II ступеня 50 (70%) хворих мали підвищений показник ендогенної інтоксикації (10% - низький ступінь, 60% - високий). Рівень ендогенної інтоксикації у цих хворих становив в середньому $355,3 \pm 8,8$ опт. од.

Наявність вищезазначених факторів була серйозним чинником ризику розвитку ускладнень після хірургічного лікування.

При аналізі ситуації встановлено: підготовка хворих на генералізований пародонтит I та II ступеня до хірургічного лікування потребувала навчання правильному гігієнічному догляду за порожниною рота, ретельного підбору індивідуальних засобів гігієни. Існувала висока потреба в санації порожнини рота, особливо в пломбуванні каріозних порожнин та заміні неякісних пломб. Особливої уваги вимагало лікування уражень твердих тканин зубів, локалізованих в пришийкових ділянках та на контактних поверхнях. Значна кількість зубів з відхиленнями стану пульпи від норми потребувала більш раціонального підходу до ендодонтичного лікування у комплексній терапії генералізованого пародонтиту. Необхідною була корекція та усунення ендогенної інтоксикації як потужного фактору ризику виникнення ускладнень при проведенні хірургічного лікування.

Після обстеження всіх хворих навчали проведенню раціональної гігієни порожнини рота та контролювали її ефективність індексним методом. Вибір засобів індивідуальної гігієни здійснювали за результатами клінічного обстеження та на підставі мікробіологічного дослідження (вивчали антибактеріальну активність цих засобів на змішану мікрофлору пародонтальних кишень). Проводили професійну гігієну порожнини рота, іммобілізацію рухомих зубів, вибіркове пришліфування зубів та санацію порожнини рота (в тому числі видалення та депульпування зубів за відповідними показаннями). Після первинного обстеження депульпували зуби з клінічними ознаками запалення пульпи та зуби зі змінами в періодонті. Решта зубів підлягала динамічному спостереженню на етапах лікування. Призначали медикаментозну терапію залежно від характеру перебігу, ступеня тяжкості патологічного процесу та результатів лабораторних досліджень. Особливу увагу приділяли місцевій та загальній детоксикаційній терапії. При показниках рівня ендогенної інтоксикації від 295-320 опт. од. застосовували засоби місцевої детоксикації, більше 321 опт. од. - ентеросорбцію. Місцево використовували препарати комбінованої антибактеріально-сорбційної дії. При генералізованому пародонтиті хронічного перебігу призначали ротові ванночки або полоскання, що містили хлоргексидину біглюконат 20%, високодисперсний діоксид кремнію, настоянку м'яти перечної в певній пропорціях («Засіб для полоскання порожнини рота», Барило О.С.,

Геращенко І.І., Деклараційний патент на винахід № 34128, Інститут хімії поверхні НАН України). При загостренні процесу та в післяопераційний період - ротові ванночки або полоскання, до складу яких входили етоній, трипсин кристалічний, високодисперсний діоксид кремнію, настоянка м'яти перечної в певний пропорціях («Композиція для приготування полоскання для порожнини рота», Барило О.С., Геращенко І.І. Деклараційний патент на винахід № 35392, Інститут хімії поверхні НАН України). Для аплікацій та інстиляцій в пародонтальні кишені використовували препарат Метроксан (Геращенко І.І. та співавт., Інститут хімії поверхні НАН України, Деклараційний патент України на винахід № 33629). Засоби мають дозвіл на використання Державного фармакологічного центру № 3667/2.3-8 від 14.05.2008. З метою ентеросорбції використовували «Ентеросгель» (по 1 ст. ложці за 1,5-2 години до або після їжі та прийому ліків 3 рази на добу 10-14 діб). За показаннями здійснювали загальну антибактеріальну та протизапальну терапію.

Динаміку стану пародонтального комплексу на етапах лікування наведено на прикладі групи хворих на генералізований пародонтит II ступеня. При первинному огляді хворих даної групи діагностовано незадовільний рівень гігієни порожнини рота (ОHI-S - $1,92 \pm 0,06$ бали, API - $72,14 \pm 1,1\%$, PFRI - $44,12 \pm 1,04\%$), катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості (РМА - $41,02 \pm 1,3\%$, РВІ - $2,29 \pm 0,05$ балів), показники електрозбудливості пульпи становили $26,92 \pm 0,65$ мкА. В зоні хірургічного втручання у пацієнтів даної групи знаходилось 526 зубів. Серед них при первинному огляді підвищений показник ЕФД було діагностовано в 454 (86,36%) зубах. В 187 (35,6%) зубах за цим показником (25-48 мкА) було необхідне ендодонтичне лікування, тоді як клінічна симптоматика пульпіту була відсутня. Після проведення професійної гігієни порожнини рота та консервативної терапії, за показниками ЕФД, було виділено II підгрупи зубів: I - склали зуби, з позитивною динамікою на проведені лікування та покращенням показників ЕФД, II - зуби, у яких не спостерігалось покращення стану пульпи або відбулося зниження її електрозбудливості. Так, у хворих I підгрупи на фоні досягнення гарного рівня гігієни (ОHI-S, в середньому, $0,6 \pm 0,01$ бала), зниження рівня запалення ясен (РМА, в середньому, $17,93 \pm 0,23\%$) показники ЕФД, в середньому, склали $10,03 \pm 0,18$ мкА (до лікування - $15,83 \pm 0,74$ мкА). Тоді як, у хворих II підгрупи з упевненістю можна було говорити про поліпшення лише гігієнічних індексів (ОHI-S, в середньому, $0,69 \pm 0,01$ балів), індекс гінгівіту залишився високим (РМА, в середньому, $27,02 \pm 0,33\%$), а сила струму, необхідна для досягнення мінімального порогу подразнення пульпи, навіть підвищилася на 4 мкА - з $32,82 \pm 0,70$ мкА до $37,0 \pm 0,91$ мкА ($p < 0,05$). У хворих з'явилися скарги на дискомфорт та болючість цих зубів. Відсутність позитивної реакції пульпи 192 (36,5%) зубів, при досягненні якісної гігієни та проведенні адекватного лікування свідчила про наявність незворотніх змін в пульпі цих зубів і слугувала показанням до їх депульпування. Хірургічне лікування, в свою чергу,

стало сильним подразником для пульпи зубів. Через 3 доби після оперативного втручання за показниками ЕФД лише 53 (15,79%) зубів залишилося в межах норми, однак, після медикаментозного лікування в післяопераційному періоді (через 7 діб) їх кількість зросла до 85 (25,34%), через 14 діб - 119 (49,79%) зубів знаходилися в межах норми (ЕФД = 2-8 мкА). В той же час, в 95 (18,06%) зубах стан пульпи не покращився або навіть погіршився, хворі скаржилися на біль в них. Після хірургічного лікування середня сила струму для цих зубів склала $31,34 \pm 0,51$ мкА, через 7 діб вона підвищилася до $33,5 \pm 0,51$ мкА. Враховуючи відсутність позитивної динаміки стану пульпи, вони були депульповані. Отже, при генералізованому пародонтиті II ступеня незворотні зміни пульпи діагностовано в 54,56% зубів, з них 36,5% депульповано після консервативної терапії та 18,06% - після хірургічного лікування.

Контрольний огляд через місяць показав задовільний стан всього пародонтального комплексу не лише на підставі даних ЕФД досліджень, але й клінічно, що знайшло своє відображення в індексній оцінці стану пародонта.

Таким чином, питання про депульпування зубів при хірургічному лікуванні хворих на генералізований пародонтит повинно вирішуватися не лише в підготовчому періоді, але й на етапах проведення комплексного лікування. Ендодонтичному лікуванню підлягають зуби, у яких після проведення якісної професійної гігієни, протизапальної терапії та шинування, на тлі показника гігієни «добре» ($\text{OHI-S} \leq 0,6$; $\text{API} \leq 35\%$; $\text{PFRI} \leq 20\%$) клінічно не діагностується запалення ясен та їх кровоточивість ($\text{РМА} < 12,5\%$; $\text{РАМ} \geq 60\%$), проте показники ЕФД, що відповідали діапазону 9-48 мкА не знизилися в процесі лікування.

Отримані в процесі наукового дослідження дані дозволили сформулювати критерії готовності тканин пародонта до проведення хірургічного лікування. Так, передопераційну підготовку можна вважати закінченою ефективно при досягненні показників індивідуальної гігієни: $\text{OHI-S} = 0-0,6$, тобто «добра», $\text{API} < 35\%$ («достатній рівень гігієни»), PFRI I-II ступінь («швидкість утворення зубного нальоту мінімальна»); інтенсивності запалення ясен: РМА до 12,5% («рівень запалення мінімальний»); рівня ендогенної інтоксикації: МСМ – менше 294 опт.од. («дуже низький рівень ендогенної інтоксикації»); рівня неспецифічного захисту: $\text{РАМ} \geq 60\%$ («високий рівень захисних можливостей»). Вищезазначені показники свідчать про відсутність активних джерел ендогенної інтоксикації в організмі та мінімальний ризик виникнення післяопераційних ускладнень при проведенні хірургічного лікування. Вони є критеріями ефективного завершення консервативної терапії та свідчать про готовність тканин пародонта до проведення хірургічного етапу комплексного лікування генералізованого пародонтиту.

Динаміка змін показника рівня ендогенної інтоксикації та віддалені результати свідчили про ефективність передопераційної підготовки та медикаментозного супроводу хворих на генералізований пародонтит за поданою

методикою. Проведене комплексне лікування, окрім пригнічення дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта справляло виражений оздоровлюючий вплив на загальний стан організму. Зокрема, діагностовано зниження ступеня ендогенної інтоксикації, про що свідчило зменшення рівня МСМ в ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит. Так, рівень МСМ у хворих на генералізований пародонтит I ступеня до лікування становив $301,75 \pm 4,82$ опт. од., після консервативного лікування - $274,1 \pm 5,31$ опт. од., після хірургічного лікування - $249,7 \pm 5,43$ опт. од.; у хворих на генералізований пародонтит II ступеня - $355,3 \pm 8,8$ опт. од., $286,4 \pm 5,9$ опт. од. та $225,0 \pm 4,9$ опт.од. відповідно. Отримані показники МСМ відповідали дуже низькому рівню ендогенної інтоксикації та не підвищувались через 6, 12 та 18 місяців спостереження.

Післяопераційні ускладнення виникали в ранній післяопераційний період, складали 2,3%, носили запальний характер та були пов'язані з порушенням гігієнічного режиму хворими.

В контрольній групі клініко-лабораторні показники були задовільними, проте дещо нижчими, ніж у хворих основної групи. При огляді через 6 місяців діагностовано розвиток хронічного пульпіту та періодонтиту в 12,9% зубів, що знаходились в зоні хірургічного втручання. Ці зуби були депульповано.

Таким чином, розроблений алгоритм передопераційної підготовки та післяопераційного супроводу хворих на генералізований пародонтит дозволив підвищити ефективність та скоротити кількість ускладнень хірургічного лікування. Запропоновані клініко-лабораторні показники слугують прогностичними критеріями успішності пародонтальної хірургії та дозволяють визначати тактику терапевтичного впливу на патогенетичні механізми дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта.

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі представлено нове вирішення наукової задачі сучасної стоматології – підвищення ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит шляхом оптимізації передопераційної підготовки та медикаментозного супроводу:

1. Встановлено високу розповсюдженість (100%) місцевих подразнюючих факторів у хворих на генералізований пародонтит на етапі підготовки до хірургічного лікування. Виявлено високий рівень каріозних уражень та неякісних пломб, особливо на контактних та пришийкових поверхнях зубів - 44,33% при генералізованому пародонтиті I ступеня та 43,10% - II ступеня. Стан гігієни порожнини рота за індексами ОНІ-S та АРІ оцінено як «задовільний» при генералізованому пародонтиті I ступеня та «незадовільний» - при генералізованому пародонтиті II ступеня. За результатами індексів РМА і РВІ діагностовано хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості. Наявність вищезазначених подразників є серйозним чинником ризику виникнення ускладнень

при проведенні хірургічного лікування.

2. Виявлено підвищення рівня середньомолекулярних пептидів у хворих на генералізований пародонтит, що свідчить про наявність ендогенної інтоксикації. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем МСМ та ступенем розвитку генералізованого пародонтиту ($\tau=0,72$).

За допомогою математичного моделювання розроблено нормативи для оцінки рівня інтоксикації при генералізованому пародонтиті та спосіб прогнозування розвитку ускладнень на етапах комплексного лікування. Визначено кореляційну залежність між показником рівня ендогенної інтоксикації організму, індексами гігієни та запалення ясен. Розроблено формули для визначення рівня МСМ на основі клінічних показників та гігієнічних індексів.

3. Встановлено залежність між станом пульпи зуба і тяжкістю патологічного процесу в пародонті: незворотні зміни в пульпі при генералізованому пародонтиті І ступеня виявлено в 40,19% зубів, а при генералізованому пародонтиті ІІ ступеня в 54,56% зубів. Підтверджено значне покращення стану пульпи після медикаментозного лікування генералізованого пародонтиту: ендодонтичне лікування було необхідним лише для 28,3% (з 72,59% при первинному огляді) зубів при І ступені та у 36,5% (86,32%) зубів при ІІ ступені захворювання.

4. Розроблено алгоритми лікувально-профілактичних та ендодонтичних заходів на етапах комплексного лікування генералізованого пародонтиту, спрямовані на усунення явищ інтоксикації як в пародонті, так і організмі в цілому. Вміст середньомолекулярних пептидів в ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит до лікування становив $332,1 \pm 3,99$ опт. од., після лікування достовірно знижувався до $221,22 \pm 3,45$ опт. од. ($p < 0,01$) та відповідав аналогічному показнику практично здорових осіб.

5. Оцінка ефективності запропонованого комплексного лікування генералізованого пародонтиту з корекцією рівня ендогенної інтоксикації на підставі клініко-лабораторних досліджень показала, що використання розроблених алгоритмів передопераційної підготовки та постопераційного медикаментозного супроводу дозволяє уникнути розвитку ускладнень при проведенні хірургічного лікування та досягти тривалої стабілізації процесу в пародонті. Через 6 місяців стабільний клінічний ефект лікування встановлено у 87,93% хворих, через 12 - у 83,18% та через 18 місяців у 80,61% хворих на генералізований пародонтит (в контрольній групі відповідно - у 78,38%, 72,7% та 67,7%).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати проведеного комплексного обстеження та лікування хворих на генералізований пародонтит дозволяють рекомендувати для запровадження у практику наступне:

1. Для оцінки рівня ендогенної інтоксикації організму у хворих на генералізований пародонтит рекомендується використовувати визначення вмісту

середньомолекулярних пептидів у ротовій рідині за модифікованою методикою Н.І. Габриелян та співавт. (1984). Метод діагностики є неінвазивним, досить інформативним, простим та доступним у застосуванні. Використовувати запропоновану гістограму рівня МСМ для оцінки ризику можливих ускладнень при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту. На етапах лікування контролювати рівень МСМ запропонованим математичним методом.

2. Питання депульпування зубів, що знаходяться в зоні хірургічного втручання, пропонується вирішувати не лише в підготовчому періоді, але й на етапах проведення комплексного лікування: після професійної гігієни та протизапальної (консервативної) терапії, після хірургічного лікування (7-14 діб) та в реабілітаційному періоді через 1-1,5 місяця після хірургічного втручання. Депульпуванню підлягають зуби, у яких після проведення якісної професійної гігієни, протизапальної терапії та шинування, на тлі показника гігієни «добре» ($\text{ОHI-S} \leq 0,6$; $\text{API} \leq 35\%$; $\text{PFRI} \leq 20\%$) клінічно не діагностується запалення ясен та їх кровоточивість ($\text{РМА} < 12,5\%$; $\text{РАМ} \geq 60\%$), проте показники ЕФД, що відповідали діапазону 9-48 мкА не знизилися в процесі лікування.

3. Для оцінки готовності тканин пародонта до хірургічного втручання доцільно використовувати систему критеріїв: передопераційну підготовку вважати закінченою ефективно при досягненні показників індивідуальної гігієни: $\text{ОHI-S} = 0 - 0,6$, тобто «добра», $\text{API} < 35\%$ («достатній рівень гігієни»), $\text{PFRI} = \text{I-II}$ ступінь («швидкість утворення зубного нальоту мінімальна»); інтенсивності запалення ясен: РМА до $12,5\%$ («клінічно запалення не діагностується»); рівня ендогенної інтоксикації: $\text{МСМ} = \text{менше } 294 \text{ опт. од.}$ («мінімальний рівень ендогенної інтоксикації»); рівня неспецифічного захисту: $\text{РАМ} \geq 60\%$ («високий рівень захисних можливостей»).

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(* – особистий внесок здобувача)

1. Григ Н.И. Проблема депульпирования зубов в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом / Н.И. Григ, В.В. Гладун // «Інноваційні технології – в стоматологічну практику». - Полтава: «Дивосвіт», 2008. – С. 240.

2. Григ Н.І. Ендопародонтальні взаємовідносини при генералізованому пародонтиті: критерії депульпування зубів у зоні хірургічного втручання / Григ Н.І., Яцюта В.В. // Современная стоматология. - 2009. - №4. – С.40-43 (* – проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).

3. Дзедман Н.А. Доцільність корекції загальноадаптивних реакцій організму в лікуванні генералізованого пародонтиту / Н.А. Дзедман, А.Л. Леснухіна, Н.І. Гріг // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. - Київ, 2009. - №25 (Спецвипуск). – С. 65 (* – проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).

4. Григ Н.І. Динамічні зміни стану пульпи зубів в зоні хірургічного втручання при комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту / Н.І. Григ // «Розвиток наукових досліджень'2009»: Матеріали п'ятої міжнародної науково-практичної конференції, м. Полтава, 23-25 листопада 2009 р.: – Полтава: Вид-во «ІнтерГрафіка», 2009. - Т.7. – С. 36.

5. Григ Н.І. Зміни компенсаторно-приспосувальних можливостей пульпи на етапах комплексного лікування генералізованого пародонтиту II ступеня / Н.І. Григ // «Молодь – медицині майбутнього»: Матеріали міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених, присвячена 200-річчю з дня народження М.І. Пирогова, м. Одеса, 22-23 квітня 2010 р. – Одеса: Одеський мед університет, 2010. – С. 57-58.

6. Борисенко А.В. Оцінка рівня ендогенної інтоксикації організму на етапах комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Н.І. Григ // Современная стоматология - 2010 - №5. – С.44-47 (* – проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).

7. Григ Н.І. Обґрунтування та особливості проведення професійної гігієни порожнини рота на етапі передопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит / Н.І. Григ // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. - Київ, 2011. - №1-2.- С.112 (* – проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).

8. Сидельникова Л.Ф. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов для повышения эффективности обезболивания при лечении генерализованного пародонтита в фазе 1 и фазе 2 / Л.Ф. Сидельникова, П.В. Сидельников, Н.И. Григ // Современная стоматология. - 2011. - №2. – С.23-27 (* – проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).

9. Григ Н.І. Застосування наносорбентів на етапі передопераційної підготовки хворих до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту / Н.І. Григ // Матеріали II з'їзду Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів», м. Київ, 13-14 травня 2011 р. – Київ, 2011. – С. 130-131.

10. Григ Н.І. Детоксикація тканин пародонта – важливий етап передопераційної підготовки хворих до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту / Н.І. Григ // «Актуальні питання клінічної медицини»: Матеріали науково-практичної конференції, м. Суми, 20-22 квітня 2011 р. – Суми, 2011. – С. 88.

11. Григ Н.І. Ефективність застосування препаратів комплексної дії на основі наносорбентів при лікуванні генералізованого пародонтиту / Н.І. Григ // Український науково-медичний молодіжний журнал - 2011 – Спеціальний випуск №4 – С. 187.

12. Григ Н.І. Вплив діодного світла на мікрофлору зубного нальоту хворих

на генералізований пародонтит / Н.І. Григ // «Применение лазеров в медицине и биологии»: Материалы XXXV Международной научно-практической конференции, г. Харьков, 25-28 мая 2011 г. – Харьков, 2011. – С. 187.

13. Григ Н.І. Клінічна ефективність застосування діодного світла в післяопераційному періоді у хворих на генералізований пародонтит / Н.І. Григ // «Применение лазеров в медицине и биологии»: Материалы XXXVI Международной научно-практической конференции, г. Судак, 5-8 октября 2011 г. – Судак, 2011. – С. 21.

14. Сідельніков П.В. Шляхи підвищення ефективності хірургічного лікування генералізованого пародонтиту / П.В. Сідельніков, Н.І. Григ // «Інноваційні технології в стоматології»: Матеріали науково-практичної конференції, м. Тернопіль, 21 жовтня 2011 р. – Тернопіль, 2011. – С. 81-83 (* – проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).

АНОТАЦІЯ

Григ Н. І. Особливості передопераційної підготовки та медикаментозного супроводу хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2012.

Дисертацію присвячено вивченню факторів ризику ускладнень та розробці заходів по їх усуненню при виконанні хірургічного етапу комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.

Встановлено, що переважна більшість пацієнтів мають фактори ризику (місцеві та загальні), щодо проведення хірургічного втручання. Діагностовано наявність ендогенної інтоксикації організму різного ступеня тяжкості, що є потужним чинником виникнення ускладнень пародонтальної хірургії.

Розроблено алгоритми лікувально-профілактичних та ендодонтичних заходів, спрямовані на усунення явищ інтоксикації як в пародонті, так і організмі в цілому. Показано їх ефективність у хворих на генералізований пародонтит у найближчі та віддалені терміни спостережень.

Ключові слова: генералізований пародонтит, передопераційна підготовка, ендогенна інтоксикація, антибактеріально-сорбційна терапія.

АННОТАЦИЯ

Григ Н.И. Особенности предоперационной подготовки и медикаментозного сопровождения хирургического лечения больных генерализованным пародонтитом. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальный медицинский университет

имени А. А. Богомольца, Киев, 2012.

Диссертация посвящена изучению факторов риска возникновения осложнений пародонтальной хирургии и особенностям устранения этих факторов на этапах комплексного лечения генерализованного пародонтита.

Установлено, что 100% обследованных пациентов имели факторы риска (местного и общего характера) для проведения хирургического лечения.

Для оценки степени эндогенной интоксикации организма изучен уровень среднемолекулярных пептидов (МСМ) у 80 практически здоровых лиц и у 127 больных генерализованным пародонтитом. При первичном обследовании показатель МСМ высокой степени диагностирован у 64% больных генерализованным пародонтитом I степени и 70% - генерализованным пародонтитом II степени. Повышение уровня МСМ у больных генерализованным пародонтитом свидетельствовало о наличии интоксикации, выраженность которой коррелировала ($\tau=0,72$) со степенью развития патологического процесса в пародонте. Создана гистограмма уровня МСМ в ротовой жидкости, позволяющая оценить степень риска проведения пародонтальной хирургии на этапе предоперационной подготовки и назначить обоснованное лечение.

При подготовке больных генерализованным пародонтитом к хирургическому лечению проведен ряд терапевтических и ортопедических лечебных мероприятий. Для медикаментозной терапии использованы композиции лекарственных средств антибактериально-детоксикационного действия.

Путем электрофизиологического исследования (ЭФИ) определено состояние пульпы зубов в зоне хирургического вмешательства. Установлено, что у больных генерализованным пародонтитом I степени при первичном обследовании только 27,41% зубов имели показатели ЭФИ в пределах нормы, 72,59% имели риск воспаления пульпы различной интенсивности, при генерализованном пародонтите II степени эти показатели составляли 13,68% и 86,32% соответственно. Показано значительное улучшение состояния пульпы после проведения медикаментозной терапии генерализованного пародонтита: эндодонтическое лечение было необходимо у 28,3% зубов при I степени и у 36,5% при II степени. Обоснованы показания к депульпированию зубов, находящихся в зоне хирургического вмешательства, на основании оценки комплекса клинико-лабораторных показателей.

Сформулированы критерии готовности тканей пародонта к проведению хирургического лечения. Так, предоперационную подготовку можно считать законченной эффективно при достижении показателей индивидуальной гигиены: ОНI-S - 0-0,6, то есть «хорошая», API<35% («достаточный уровень гигиены»), PFR I-II степень («скорость образования зубного налета минимальная»); интенсивности воспаления десен: РМА до 12,5% («уровень воспаления минимальный»); уровня эндогенной интоксикации: МСМ - менее 294 опт. ед. («очень низкий уровень эндогенной интоксикации»); уровня неспецифической защиты: РАМ $\geq$ 60%

(«высокий уровень защитных возможностей»). Эти показатели свидетельствуют об отсутствии активных источников эндогенной интоксикации и минимальном риске возникновения послеоперационных осложнений.

Динамика изменения показателя уровня эндогенной интоксикации и отдаленные результаты (6, 12, 18 месяцев) у больных генерализованным пародонтитом свидетельствовали об эффективности предоперационной подготовки. Послеоперационные осложнения, возникшие в ранний послеоперационный период, составляли 2,3%, носили воспалительный характер и были связаны с нарушением гигиенического режима пациентами. В контрольной группе клинико-лабораторные показатели были удовлетворительными, однако ниже, чем у больных основной группы.

Таким образом, разработанный алгоритм предоперационной подготовки и послеоперационного сопровождения больных генерализованным пародонтитом с использованием антибактериально-детоксикационной терапии, позволил повысить эффективность комплексного лечения и сократить количество осложнений пародонтальной хирургии. Предлагаемые клинико-лабораторные показатели служат прогностическими критериями успешности хирургического лечения и позволяют определять тактику терапевтического воздействия на патогенетические механизмы дистрофически-воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, предоперационная подготовка, эндогенная интоксикация, антибактериально-сорбционная терапия.

SUMMARY

Gryg N.I. Features preoperative preparation and supportive medicament therapy of the surgical treatment of patients with generalized periodontitis. - The manuscript.

The dissertation for a scientific degree of the candidate of medical sciences in speciality 14.01.22 - Stomatology. - National Medical University named after A.A. Bohomolets, Kiev, 2012.

The dissertation is devoted to the study of the risk factors of the complications and peculiarities of their elimination during periodontal surgery in the complex treatment of patients with generalized periodontitis.

During initial examination was revealed that the overwhelming majority of patients (100%) have risk factors (local and systemic) for the periodontal surgery. The level of the endogenous organism intoxication is one of the powerful factors of the developing of the periodontal surgery complications.

The algorithms of therapeutic, prophylactic and endodontic measures at the stages of the complex treatment of generalized periodontitis, directed toward the elimination of the phenomena of intoxication both in the periodontium, and organism as a whole were developed. Their effectiveness in treatment of patients with generalized periodontitis in the nearest and remote periods of observations was shown.

Key words: generalized periodontitis, preparation for periodontal surgery, endogenous intoxication, antibacterial-sorption therapy.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЕФД - електрофізіологічне дослідження
МСМ - молекули середньої маси, середньомолекулярні пептиди
ЭФИ - электрофизиологическое исследование

Підписано до друку 19.03.2012 р. Формат 60х90/16.
Ум. друк. арк.0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. 58.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Боженка, 17, оф. 504.
227-87-13, 227-87-15, 8-050-525-88-77