

ЗНАЧЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

Шебеко Л.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Болезни периодонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. Их значительная распространённость, сложный патогенез обуславливают разнообразие клинических проявлений и тяжёлые последствия, снижающие качество жизни человека. В результате болезней периодонта в организме формируются очаги хронической инфекции, которые способствуют сенсibilизации и аллергизации организма. Предусмотрен комплексный подход к лечению болезней периодонта с включением хирургии, целью которой является устранение условий для накопления патогенных микроорганизмов, вызывающих деструктивные процессы в периодонте. Однако установлено, что даже самые радикальные мероприятия

не являются залогом успешного лечения болезней периодонта, так как полость рта сама по себе является благоприятной экологической зоной для микроорганизмов. Поэтому требуется регулярный контроль за приростом зубного налёта и состоянием периодонта, чтобы предотвратить рецидив и утяжеление болезни. Своевременное выявление и устранение факторов, способствующих болезням периодонта, является наиболее оптимальным направлением для достижения устойчивой стабилизации процесса в периодонте.

Цель работы - определить влияние поддерживающей терапии на отдалённый результат хирургического лечения болезней периодонта.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте 35-54 года, с диагнозом: хронический периодонтит средней степени тяжести. Из анамнеза не выявлено тяжелой соматической патологии, вредных привычек.

Диагноз выставляли на основании традиционной схемы обследования стоматологического пациента: опрос; осмотр, включавший определение статуса полости рта первичной визуальной характеристики тканей периодонта; рентгенологическое исследование; детальное исследование состояния периодонта.

Гигиеническое состояние полости рта оценивали по индексу гигиены (ИГ) Creen-Vermillion (1964). Статус полости рта и состояние периодонта оценивали с учётом жалоб пациента, данных анамнеза, осмотра тканей полости рта и показателей стоматологических клинических индексов: десневого индекса (GI) Loe, Silness, (1963), PJ по Russel (1956).

План лечения включал: 1) подготовительный этап: мотивацию, обучение гигиене полости рта; профессиональную гигиену с последующим контролем; местную противовоспалительную терапию; 2) повторную оценку состояния периодонта; 3) хирургическое лечение (кюретаж); 4) поддерживающую терапию.

После проведенного подготовительного и хирургического лечения динамическое наблюдение проводили через 2 недели, 3-6-12 месяцев.

В процессе динамического наблюдения учитывали субъективные ощущения пациентов, а также данные объективных методов исследования периодонта: ОНI – S, РМА, PI, глубина зондирования.

Результаты. У пациентов, вошедших в группу исследования, были жалобы на кровоточивость дёсен, чувство дискомфорта, неприятный запах изо рта. При визуальной оценке отмечали гиперемию, отёк десны, кровоточивость при зондировании, патологические зубодесневые карманы в среднем $\sim 5,5 \pm 0,05$ мм с гнойным отделяемым. Рентгенологически определяли горизонтальный тип резорбции костной

ткани. Уровень потери кости от 30% до 50%. При определении исходного индекса гигиены у большинства из них (58%) гигиена была удовлетворительной.

Десневой индекс (GI) отражающий степень тяжести гингивита был высокий: в среднем $2,7 \pm 0,05$. Пародонтальный индекс по Russel $\sim 4,2 \pm 0,05$ свидетельствует о тяжести воспалительно-деструктивного процесса в периодонте.

На подготовительном этапе пациентов научили чистить зубы, создали стойкую мотивацию к поддержанию здоровья полости рта.

В результате индивидуальной и профессиональной гигиены, местной противовоспалительной терапии уровень гигиены достиг значений: ОНI-S - $0,9 \pm 0,05$, GI - $1,2 \pm 0,05$, PI - $3,7 \pm 0,05$.

Таблица 1
Показатели динамического наблюдения пациентов с хроническим генерализованным периодонтитом после проведенного юретажа патологических зубодесневых карманов

	2 недели	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
ОНI - S	$1,1 \pm 0,07$	$1,41 \pm 0,05$	$0,251 \pm 0,12$	$1,94 \pm 0,12$
PMA	$15,3 \pm 4,13$	$20,7 \pm 3,6$	$45,32 \pm 4,35$	$38,21 \pm 3,67$
PI	$3,15 \pm 0,47$	$2,52 \pm 0,29$	$2,16 \pm 0,42$	$1,21 \pm 0,31$
Глубина зондирования	$4,8 \pm 0,05$	$4,8 \pm 0,05$	$4,1 \pm 0,05$	$3,87 \pm 0,05$

Результаты динамического наблюдения после проведенного юретажа представлены в табл. 1.

Заключение. В связи со сложным патогенезом болезней пародонта необходим комплексный подход к их лечению. В результате активного подготовительного и хирургического лечения улучшается состояние пародонта, снижаются объективные показатели воспалительно-деструктивного процесса.

В то же время, несмотря на уход за полостью рта у пациентов происходит накопление зубного налёта и требуется регулярная поддерживающая терапия, чтобы добиться стойкой стабилизации улучшенного состояния пародонта.

Литература.

1. Безрукова, Л.В. Поддерживающая терапия при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Л.В. Безрукова // Клиническая стоматология. – 2003. - № 2. – С. 52-55.
2. Безрукова, Л.В. Современная концепция поддерживающей терапии / Л.В. Безрукова // Пародонтология. – 2003. № 3. – С. 25-30.
3. Грудянов, А.И. Поддерживающая терапия, ее роль при лечении заболеваний пародонта / А.И. Грудянов // Пародонтология. – 2001. - № 1,2. – С. 24-27.
4. Макеева, И.М. Заболевания пародонта / И.М. Макеева. - М., 2009. – 96 с.
5. Carranza, F.A. Carranza's Clinical Periodontology / F.A. Carranza. – SAUNDERS ELSEVIER. - 2006. - 1286 p.