

Оригінальні дослідження:

УДК 616.314.-089+616.314.18.-002.4+616.71-018.44

УДОСКОНАЛЕННЯ КЛАПТЕВОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРАДОНТИТ ШЛЯХОМ ПЕРІОСТАЛЬНИХ ПЕНЕТРАЦІЙ

Рожко М.М., Пюрик В.П., Огієнко С.А., Пюрик Я.В., Огієнко Т.Ю.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м.Івано-Франківськ, Україна, svit16@ukr.net*

Резюме. Нами прооперовано 46 хворих на хронічний генералізований парадонтит (ГП) III ступеня, розподілених на дві групи: I група (20 осіб), яким проводилася традиційна модифікована операція Цешинського-Відмана-Неймана; хворим II групи (26 осіб) – модифікована операція Цешинського-Відмана-Неймана, вдосконалена методикою пенетрацій періосту. Після проведеного лікування встановлено, що середній показник проби Шіллера-Пісарєва був вищий у хворих I групи ($2,5 \pm 0,05\%$) порівняно з відповідним показником II групи ($0,95 \pm 0,04\%$). Після лікування середній показник індексу кровоточивості становив у першій групі $0,77 \pm 0,04$ бала та другої групи – $0,32 \pm 0,04$ бала.

При динамічному рентгенологічному дослідженні альвеолярних відростків у пацієнтів через 6 місяців після операції виявились чіткі ознаки остеорепаративних процесів, про що свідчило деяке збільшення висоти альвеолярного відростка на 19% у пацієнтів I групи та на 40% – у пацієнтів II групи. Зі збільшенням термінів спостереження у хворих II групи структура кістки змінювалася і диференціювалася в зрілу, з характерним трабекулярним рисунком, та не відрізнялась від сусідніх ділянок кістки.

Отже, застосування періостальної пенетрації при хірургічному лікуванні хворих на ГП III ступеня має переваги над традиційним лікуванням.

Ключові слова: генералізований парадонтит, удосконалена клаптева операція, рентгенологічні і ультразвукові дослідження.

Обґрунтування дослідження: Серед усіх хірургічних стоматологічних захворювань хвороби пародонта займають одне з провідних місць, враховуючи поширеність цієї патології серед населення та її негативні наслідки (втрата зубів і порушення функцій зубо-щелепної системи). Важкість ГП, часті рецидиви й ускладнення призводять до зниження якості життя пацієнтів, значних соціально-економічних збитків, порушення функцій жування та мовлення.

На думку вчених, досягнути успіху при лікуванні ГП без використання хірургічних ме-

тодик неможливо [10, 11, 12]. Стандартом хірургічного лікування ГП III ступеня науковці вважають клаптеві операції на парадонті, але при їх виконанні недостатньої уваги надається періосту [1, 2, 3]. Періост – одна зі складових живлень кісткової тканини, тому при недостатній трофіці періосту відбувається розвиток ГП [6]. Це вимагає подальшої розробки нових схем лікування. У хірургії пародонта найбільше публікацій стосуються післяопераційного періоду, профілактики ускладнень, шинування коренів рухомих зубів, направленої тканинної регенерації, корекції присінку рота. Аналізуючи сучасні наукові розробки, ми встановили, що функція періосту при лікуванні ГП вивчена недостатньо [3, 4, 5, 10].

Метою дослідження є підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на ГП III ступеня важкості шляхом удосконалення окремих технологічних ланок операцій Цешинського-Відмана-Неймана та активізації клітин періосту.

Матеріали і методи дослідження. Прооперовано 46 хворих на ГП хронічного перебігу III ступеня, що були розподілені на дві групи: I (20 осіб) операція Цешинського-Відмана-Неймана, модифікована Лук'я-ненком В.І. (1977), та додатково – розроблена нами удосконалена модифікована мукогінгівопластика (із множинною пенетрацією періосту) і місцеве лікування з використанням ротових ванночок із розчином мірамістину та аплікацій метилурацилової мазі із мірамістином на тканини пародонта і післяопераційні шви; II (26 осіб), яким виконувалась модифікована операція Цешинського-Відмана-Неймана, удосконалена розробленою нами методикою пенетрацій періосту [10].

Авторське вдосконалення технологічної ланки операції Цешинського-Відмана-Неймана полягало в наступному: після відшарування слизово-окістного клаптя за допомогою кулястого бора проводили множинні пенетрації періосту з відстанню між ними 2-3 мм і глибиною 1-1,5 мм, що проілюстровано на рис. 1, з використанням ротових ванночок із мірамістином та аплікацій

метилурацилової мазі із мірамістином на тканини пародонта, і післяопераційні шви з застосуванням у перед- та післяопераційних періодах препарату «Глутаргін» спершу в ін'єкціях № 5, в/в по 5 мл (2 г) на 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду 2 рази на добу і потім у таблетках – 4 таблетки по 0,75 мг 3 рази на день протягом місяця [6, 7, 8].

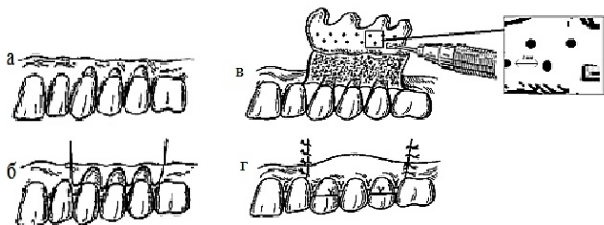


Рис. 1. а – оголення шийок зубів, стан до операції; б – схема формування слизово-окістного клаптя; в – схема виконання пенетрації періосту; г – слизово-окістний клапоть укладено на місце і вшито вузлуватими швами.

У всіх хворих була отримана індивідуальна згода на хірургічне лікування. До і в динаміці після хірургічного лікування проводилися клінічні, рентгенологічні дослідження. Використовували серійний апарат «Ехоостеометр ЕОМ-01-ц», користуючись стандартними діагностичними п'езоголовками, остеометричне дослідження та індексну оцінку стану пародонту, застосовуючи пробу Шіллера-Пісарєва та індекс кровоточивості. Обстеження хворих проводили до та через 1, 6 і 12 місяців після оперативного втручання [2, 12]. Для визначення вірогідності отриманих результатів проведена статистична обробка цифрового матеріалу за допомогою StatSoft, Inc (2011 р.) та STATISTICA і Microsoft Excel (2010 р.).

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнтів I групи в післяопераційному періоді на біль різної інтенсивності в місці хірургічного втручання скаржились 14 (30,4 %) хворих. Ці явища продовжувались від 1 до 3 днів. Больові відчуття у пацієнтів нівелювались призначенням знеболювальних препаратів. У п'яти хворих I групи (10,9 %) у перший день після операції спостерігалось підвищення температури тіла до субфебрильних значень. Через 15-16 діб після операції стан хворих I групи був задовільний, пацієнти скарг не висували. На 16 добу після втручання слизово-окістні клапті зберігались в новому положенні. Ознак запалення не було. Ясна набули рожевого кольору, не кровоточили, щільно охоплювали зуби, набряку та гіперемії не спостерігали. На межі зубів та країв слизово-окістного покриття у половини хворих періодично накопичувалася серозна рідина в дуже незначній кількості. Ускладнення у вигляді запальних явищ, розходження швів, надмірного набряку були у двох хворих, що становило 5%.

У хворих II групи в післяопераційному періоді на біль різної інтенсивності протягом 3-

4-х діб у місці хірургічного втручання скаржились 16 пацієнтів (34,8%). У трьох хворих II групи (6,5 %) у перший день після операції спостерігалось підвищення температури тіла до субфебрильних значень. Через 15-16 діб після операції стан хворих II групи був задовільний. Пацієнти скарг не висували. Ознак запалень не було. Ясна набули блідо-рожевого кольору, не кровоточили, щільно охоплювали зуби, набряку та гіперемії не спостерігали. У новоствореній зубо-ясенній борозні 26,01 % хворих (12 осіб) періодично накопичувалася ясенна рідина серозного характеру в дуже незначній кількості.

У пацієнтів першої та другої груп до початку лікування показник індексу Шіллера-Пісарєва становив у середньому $5,35 \pm 0,68$ бала. Після лікування у хворих I групи через місяць спостерігали поліпшення гігієнічного стану ротової порожнини до $1,86 \pm 0,02$, а II групи – до $0,83 \pm 0,03$ бала. Через 6 місяців у хворих I групи до $2,40 \pm 0,06$, а II групи – до $0,92 \pm 0,08$ бала. Через дванадцять місяців у хворих I групи – $3,29 \pm 0,07$, а у хворих II групи – $1,1 \pm 0,02$, що вказує на зменшення вираженості та поширеності запального процесу в пародонті у хворих II групи (рис. 2).

Індекс кровоточивості сосочків за Мюхлеманном визначали у першої та другої групи шляхом зондування за допомогою гудзикового зонда в ділянці 16, 12, 24, 44, 32, 36, який до лікування у першої та другої груп складав $2,80 \pm 0,08$ бала. Через місяць після лікування у хворих першої групи – $0,65 \pm 0,02$ бала, а у хворих другої групи – $0,20 \pm 0,03$ бала. Через шість місяців після лікування у хворих першої групи він складав $0,79 \pm 0,03$ бала, а у другої – $0,35 \pm 0,05$ бала.

Через дванадцять місяців у хворих першої групи – $0,89 \pm 0,06$, а у хворих другої групи – $0,41 \pm 0,05$ (рис. 3).

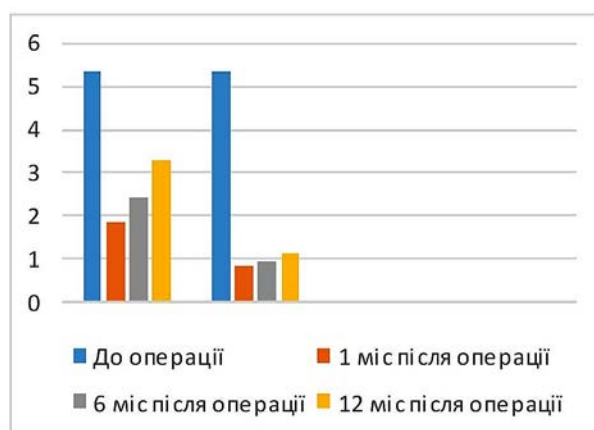


Рис. 2. Динаміка проби Шіллера-Пісарєва у групах дослідження залежно від термінів спостереження.

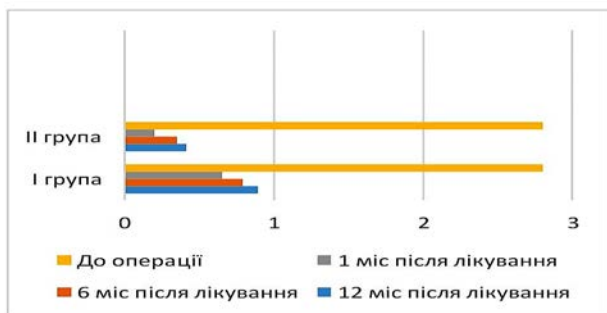


Рис. 3. Динаміка індексу кровоточивості сочків за Мюхлеманном у групах дослідження залежно від термінів спостереження.

При динамічному рентгенологічному дослідженні альвеолярних відростків пацієнтів через 6 місяців після проведених модифікованих клаптевих операцій виявились досить чіткі ознаки активних остеорепаративних процесів, про що свідчило деяке збільшення висоти альвеолярних відростків у 19% пацієнтів I групи та у 40% хворих II групи.

Зі збільшенням термінів спостереження структура кістки змінювалася і диференціювалася в зрілу, з характерним трабекулярним рисунком, і не відрізнялась від сусідніх ділянок кістки. Атрофія та деформація гребеня альвеолярного відростка щелеп на місці оперативного втручання рентгенологічно не відзначалася. Отже, у хворих II групи спостерігались активні процеси остеогенезу. Ехоостеометричні показники після лікування змінювались. Так, у хворих I та II груп час проходження ультразвуку до операції становив на верхній щелепі $23 \pm 0,15$ мксек, а на нижній – $25,5 \pm 0,14$ мксек. Через 1 місяць після операції у хворих I групи час проходження ультразвуку становив на верхній щелепі – $24 \pm 0,12$ мксек, а на нижній – $25 \pm 0,16$. Через 6 місяців на верхній щелепі – $26 \pm 0,21$ мксек, а на нижній – $27 \pm 0,19$. Через 12 місяців на верхній щелепі – $28 \pm 0,14$ мксек, а на нижній – $31 \pm 0,22$.

Відповідно у хворих II групи час проходження ультразвуку через 1 місяць на верхній щелепі становив $24,5 \pm 0,13$ мксек, а на нижній – $25,5 \pm 0,15$ мксек. Через 6 місяців на верхній щелепі – $26,5 \pm 0,17$ мксек, а на нижній – $28 \pm 0,11$ мксек. Через 12 місяців на верхній щелепі – $28,5 \pm 0,22$ мксек, а на нижній – $31,5 \pm 0,19$ мксек (рис. 4).

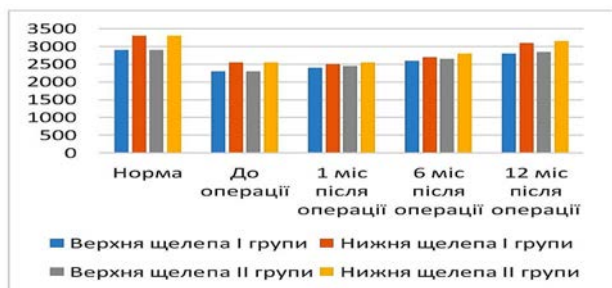


Рис. 4. Динаміка швидкості проходження ультразвуку по альвеолярних відростках та частинах щелепних кісток у хворих I та II груп.

Отже, результати остеометричних досліджень хворих II групи вказують на те, що при виконанні модифікованої операції Цешинського-Відмана-Неймана відбуваються активні остеорепаративні процеси, оскільки швидкість проходження ультразвуку по кістці є тим вищою, чим менша її пористість і більша концентрація солей кальцію, фосфату та інших мінеральних компонентів. Отримані нами результати остеометричних досліджень дозволяють зробити висновок, що динамічні зміни процесів репаративної регенерації у ділянці проведення модифікованих операцій за показниками швидкості поширення ультразвуку щелепними кістками як до хірургічного втручання, так і у віддалені терміни після операції протягом року, повністю корелюють із клінічною та рентгенологічною характеристикою процесів остеорегенерації. Остеометрія підтверджує і доповнює оптимізацію репаративних процесів у пародонті у хворих, яким була виконана періостальна пенетрація.

Таким чином, із наведених вище даних можна зробити висновок, що хірургічне лікування хворих на ГП III ступеня із застосуванням періостальної пенетрації має переваги над традиційним, а використання розробленої методики періостальних пенетрацій є доцільним.

Висновки.

1. У результаті проведеного дослідження вдосконалено технологічну ланку модифікованої операції Цешинського-Відмана-Неймана для лікування хворих на ГП хронічного перебігу III ступеня шляхом проведення періостальних пенетрацій.
2. Клінічним дослідженням встановлено, що кількість ускладнень у пацієнтів I групи становила 18%, а II – 11% від числа всіх спостережень. Рентгенологічно через 6 місяців після операції виявили досить чіткі ознаки активних остеорепаративних процесів, про що свідчило деяке збільшення висоти альвеолярного відростка.
3. Час проходження ультразвуку по щелепній кістці скоротився на 17,86% у хворих I групи на верхній щелепі та на нижній – на 17,74%. У хворих II групи на верхній щелепі скоротився на 19,3%, а на нижній – на 19,05%.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку: будуть вивчені віддалені результати запропонованого методу вдосконалення технологічної ланки операції Цешинського-Відмана-Неймана для лікування хворих на ГП хронічного перебігу III ступеня. Планується вивчити ультраструктурні зміни тромбоцитів після хірургічного втручання на тканинах пародонта.

Література:

1. Агзамова Л. Р. Оптимизация хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита / Л. Р. Агзамова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – № 4. – С. 97–102.
2. Заболотний Т.Д. Ультразвукова ехоостеометрія (УЭОМ) в діагностиці та ліченні заболіваний пародонта / Т.Д. Заболотний // Методика діагностики, лічення и профілактики основних

- стоматологических заболеваний. – 1990. – С. 107–108.
3. Махлинець Н. П. Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота / Н. П. Махлинець // Галицький лікарський вісник. – 2015. – Т. 22, № 2. — С. 63–65.
4. Мельничук А. С. Динаміка деяких біохімічних показників ротової рідини під впливом комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит у різні терміни спостереження / А. С. Мельничук, Р. С. Кашівська, У. Р. Василюшин // Стоматологія ХХІ століття. Естафета поколінь : наук.-практ. конф. з міжнар. уч. : тез. доп., 2-3 квітня 2013 р. – Одеса, 2013. – С.189–190.
5. Оцінка показників маркерів кісткового ремоделювання в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту / Г. Б. Проць, В. П. Пюрик, Ю. І. Солоджук [та ін.] // Галицький лікарський вісник. – 2016. – Т. 23, № 2. – С. 34–37.
6. Пат. № 93799 Україна, МПК А61В 17/24 (2006.01). Спосіб стимуляції репаративних процесів у пародонті / Пюрик В. П., Огієнко С. А., Пюрик Я. В.; заявники і патентовласники Пюрик В. П., Огієнко С. А., Пюрик Я. В. – № у 2014 05833; заявл. 29.09.2014; опубл. 10.10.2014, Бюл. № 19.
7. Пат. № 105402 Україна, МПК А61В 17/24 (2006.01). Спосіб корекції остеогенезу при лікуванні хворих на тяжку форму генералізованого пародонтиту / Пюрик В. П., Огієнко С. А., Пюрик Я. В.; заявники і патентовласники Пюрик В. П., Огієнко С. А., Пюрик Я. В. – № а 2015 00601; заявл. 26.01.2015; опубл. 25.03.2016, Бюл. № 6.
8. Пат. № 111458 Україна, МПК (2016.01) А61В 17/24 (2006.01) А61К 31.00 А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит II-III ступеня / Пюрик В. П., Огієнко С.А., Пюрик Я. В.; заявники і патентовласники Пюрик В.П., Огієнко С.А., Пюрик Я. В. – № а 2015 08662; заявл. 07.09.2015; опубл. 25.04.2016, Бюл. № 8.
9. Підвищення ефективності мукогінгіво-остеопластики в лікуванні хворих на тяжку форму генералізованого пародонтиту шляхом множинної пенетрації періосту / В. П. Пюрик, С. А. Огієнко, Я.В. Пюрик [та ін.] // Галицький лікарський вісник. – 2016. – Т. 23, № 2. – С. 37–40.
10. Пюрик В.П. Трансплантація кісткового мозку при лікуванні пародонтиту і кісткових порушень щелеп: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Івано-Франківський мед. ін-т. – К., 1993. – 36 с.
11. López A. Assessment of morbidity after periodontal resective surgery / A. López, J. Nart, A. Santos // Periodontol. – 2011. – Vol. 82, № 11. – P. 1563–1569.
12. Muhlemann H. R. Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis / H. R. Muhlemann, S. Son // Helvetia Odontologia Acta. – 1971. – Vol.15. – P. 107–113.

УДК: 616.314.-089+616.314.18.-002.4+616.71-018.44

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРАДОНТИТ ПУТЕМ ПЕРИОСТАЛЬНЫХ ПЕНЕТРАЦИЙ

Рожко Н.М., Пюрик В.П., Огієнко С.А., Пюрик Я.В., Огієнко Т.Ю.

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичинський університет», г.Івано-Франковск, Україна, svit16@ukr.net

Резюме. Нами прооперировано 46 больных хроническим генерализованным пародонтитом (ГП) III степени, разделенных на две группы: I группа (20 человек), которым проводилась традиционная модифицированная операция Цешинского-Видмана-Неймана; больным II группы (26 человек)-модифицированная операция Цешинского-Видмана-Неймана, усовершенствованная методикой пенетраций периоста. После проведенного лечения установлено, что средний показатель пробы Шиллера Писарева был выше у больных I группы ($2,5 \pm 0,05\%$) по сравнению с соответствующим показателем II группы ($0,95 \pm 0,04\%$). После лечения средний показатель индекса кровоточивости составил в первой группе $0,77 \pm 0,04$ балла и во второй группе – $0,32 \pm 0,04$ балла.

При динамическом рентгенологическом исследовании альвеолярных отростков у пациентов через 6 месяцев после операции наблюдались четкие признаки остеорепаративных процессов, о чем свидетельствовало некоторое увеличение высоты альвеолярного отростка на 19% у пациентов I группы и на 40% – у пациентов II группы. С увеличением сроков наблюдения у больных II группы структура кости менялась и дифференцировалась в зрелую, с характерным трабекулярным рисунком, и не отличалась от соседних участков кости.

Таким образом, применение периостальной пенетрации при хирургическом лечении больных ГП III степени имеет преимущества перед традиционным лечением.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, усовершенствованная лоскутная операция, рентгенологические и ультразвуковые исследования.

UDC: 616.314.-089+616.314.18.-002.4+616.
71-018.44

IMPROVEMENT OF FRACTURE SURGERY IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PARADONTITIS BY PERIOSTEAL PENETRATION

M.M. Rozhko, V.P. Piuryk, S.A. Ohiienko,
Ya.V. Piuryk, T.Yu. Ohiienko

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine, svit16@ukr.net

Abstract. 46 patients with chronic generalized paradontitis (GP) of the III degree have been operated, and were divided into two groups: I group (20 people), who has undergone the traditional modified operation of Tseshinsky-Vidman-Neumann; Patients of the II group (26 persons) – have undergone modified operation of Tseshinsky - Widman - Neumann, with improvement by penetration of periosteum. After the treatment, it was found out that the average rate of the Schiller-Pisarev sample was higher in patients

with Group I ($2.5 \pm 0.05\%$) compared with the corresponding index of Group II ($0.95 \pm 0.04\%$). After treatment, the average bleeding index was 0.77 ± 0.04 points in the first group and 0.32 ± 0.04 points in the second group.

In the dynamic X-ray examination of alveolar outgrowths in patients, 6 months after the operation, clear signs of osteo-reparative processes were revealed. The slight increasing in the height of the alveolar process by 19% in patients of Group I and by 40% in patients of group II have become the hallmark of this process. With the increasing of observation time in patients of the II group, the structure of the bone changed and differentiated into a mature with a characteristic trabecular pattern, and it did not differ from adjacent bone sites.

Consequently, the using of peristaltic penetration in the surgical treatment of patients with a GP of the third degree has advantages over traditional treatment.

Key words: generalized paradontitis, advanced fracture surgery, X-ray and ultrasound research.

Стаття надійшла до редакції 26.04.2017 р.

УДК: 616.366–003.7–008.5–089.168

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕОПУХОЛЕВОГО ХОЛЕСТАЗА

Борисенко В.Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, vabodoc@ukr.net

Резюме: Проведен анализ результатов обследования и лечения 60 больных с дистальной непроходимостью холедоха неопухолевого генеза, в 57,6% случаев осложненной механической желтухой. Использованный диагностический алгоритм с применением ультразвукового исследования, папиллоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии обеспечивает в 98% случаев постановку правильного детализированного диагноза. Лечебная программа с применением двухэтапной тактики лечения посредством эндобилиарных вмешательств обеспечивает положительный результат хирургического лечения.

Ключевые слова: неопухолевый холестаз, механическая желтуха, диагностика, хирургическое лечение.

Вступление. Диагностика и лечение па-

циентов с нарушением проходимости дистальной части общего желчного протока до настоящего времени остается актуальной и малоизученной проблемой. Актуальность проблемы, прежде всего, обусловлена повсеместным ростом частоты встречаемости желчнокаменной болезни, увеличением количества операций на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также сложностью топографоанатомических соотношений этой области [6, 12].

Причиной желчной гипертензии могут быть как злокачественные, так и доброкачественные заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Среди наиболее частых причин синдрома дистальной непроходимости холедоха неопухолевого генеза следует выделить холедохолитиаз, стеноз и дисфункцию большого дуоденального