

УДК 616.31-08. + 616.314.18-002.4 + 613.98

©Р. С. Турчин, В. П. Пюрик, Г. Б. Проць

Івано-Франківський національний медичний університет

Сучасні аспекти хірургічного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит

Резюме. У статті наведено огляд літературних джерел та проаналізовано відомі хірургічні методики, які застосовують при комплексному лікуванні хворих на хронічний генералізований пародонтит II – III ступенів тяжкості. Специфічна клінічна картина перебігу генералізованого пародонтиту в осіб похилого віку зумовлена зниженням реактивності організму, появою мікробної сенсibiliзації та алергізації, поліморбідністю, зниженням активності обмінних процесів у тканинах пародонта, низькою остеогенною активністю, змінами реологічних характеристик крові, превалюванням дистрофічних процесів над запальними та «стертістю» клінічної симптоматики.

Вирішальною етіологічною ланкою в розвитку пародонтиту виступає мікробний агент як тригерний фактор патологічного процесу. При розповсюдженні запалення на глибокі відділи пародонта об'єктом ураження стає його судинна система та періодонтальна зв'язка. При цьому відбувається ряд патофізіологічних змін, що призводить до порушення демпферних функцій мікроциркуляторного русла та розвитку локальної ішемії тканин пародонта.

Велика кількість існуючих методів лікування пародонтиту відображає спроби дослідників і клініцистів вплинути на різні ланки патологічного процесу. Однак відомі схеми і технології лікування не завжди дозволяють домогтися бажаного результату та повноцінної реабілітації пацієнтів похилого віку.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, хірургічне лікування, похилий вік.

Р. С. Турчин, В. П. Пюрик, Г. Б. Проць

Івано-Франківський національний медичний університет

Современные аспекты хирургического лечения лиц пожилого возраста, больных генерализованным пародонтитом

Резюме. В статье приведен обзор литературных источников и проанализированы известные хирургические методики, применяемые при комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом II – III степеней тяжести. Специфическая клиническая картина течения генерализованного пародонтита у лиц пожилого возраста обусловлена снижением реактивности организма, появлением микробной сенсibiliзации и алергизации, полиморбидностью, снижением активности обменных процессов в тканях пародонта, низкой остеогенной активностью, изменениями реологических характеристик крови, превалированием дистрофических процессов над воспалительными и «стертостью» клинической симптоматики.

Решающим этиологическим звеном в развитии пародонтита выступает микробный агент как тригерный фактор патологического процесса. При распространении воспаления на глубокие отделы пародонта объектом поражения становится сосудистая система пародонта и периодонтальная связка. При этом происходит ряд патофизиологических изменений, что приводит к нарушению демпферной функции микроциркуляторного русла и развития локальной ишемии тканей пародонта.

Большое количество существующих методов лечения пародонтита отражает попытки исследователей и клиницистов повлиять на различные звенья патологического процесса. Однако известны схемы и технологии лечения не всегда позволяют добиться желаемого результата и полноценной реабилитации пациентов пожилого возраста.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, хирургическое лечение, пожилой возраст.

R. S. Turchyn, V. P. Pyuryk, H. B. Prots

Ivano-Frankivsk National Medical University

Modern aspects of surgical treatment of elderly patients with generalized periodontitis

Summary. This paper provides an overview of the literature and analyzed the known surgical techniques used in the treatment of patients with chronic generalized periodontitis II-III severity. Specific clinical symptoms generalized periodontitis in the elderly due to decreased reactivity, sensitization and emergence of microbial allergization, polimorbing, decreased metabolic activity in the periodontal tissues, low osteogenic activity, changes in blood rheological characteristics, prevalence of degenerative and inflammatory processes.

The crucial etiological link in the development of periodontitis is the microbic agent as trigger factor of the pathological process. Redistributions of inflammation in the deeper parts of the object periodontal lesion is vascular system periodontal and periodontal ligament. This is a series of pathophysiological changes that lead to disruption of the microcirculation damper functions and development of local ischemia periodontal tissues.

Many existing treatments of periodontitis reflects efforts of researchers and clinicians affect different parts of the pathological process. However, well-known circuits and treatment technology is not always possible to achieve the desired result and full rehabilitation of elderly patients.

Key words: chronic generalized periodontitis, surgery, old age.

У вітчизняній та зарубіжній літературі опубліковано поодинокі наукові праці щодо поширеності, особливостей перебігу та лікування хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) в осіб похилого віку. Лікування осіб похилого віку хворих на ХГП складає труднощі за рахунок ряду факторів та за своїми результатами є не завжди ефективним, чим суттєво відрізняється від більш молодших вікових груп. При цьому захворюваність на ХГП серед похилих людей складає 86 – 95 % [1, 2].

Отримані R. J. Genco et al. результати показують, що при ХГП особливо прискорені темпи втрати висоти альвеолярного відростка виявлені в людей віком від 30 до 60 років. У людей від 60 років і старше темпи втрати висоти альвеолярного відростка сповільнені, що може бути також зумовлено втратою зубів. У відносно здорових людей середній показник ступеня втрати альвеолярної висоти становить 0,5 – 0,7 мм за десятиріччя [33].

Ефективність проведеного лікування ХГП пов'язана з основними завданнями, якими, на думку Л. М. Цєпова, А. І. Николаєва та American Academy of Periodontology [20, 21], є ліквідація або деактивація патогенної мікрофлори, факторів ризику розвитку захворювання, що запобігає прогресуванню і дозво-

ляє зберегти функцію та зовнішній вигляд зубного ряду. Якщо в результаті основного етапу лікування не вдалося досягти стійкої ремісії запального процесу, то для подальшого лікування слід розглядати хірургічні втручання на пародонті [7]. Хірургічні втручання при ХГП включають наступні варіанти: реконструктивні втручання на яснах та відновні втручання, включаючи використання кісткових трансплантатів, направлену регенерацію тканин і комбіновані методи [9, 10, 19, 26].

У даний час найбільш поширеною методикою хірургічного втручання при лікуванні генералізованого пародонтиту, що має хронічний перебіг і характеризується зменшенням об'єму кісткових і м'якотканинних структур, є клаптева операція за Цешинським – Відманом – Нейманом (1918 – 1920 рр.). Відомо безліч модифікацій цієї операції, спрямованих на підвищення ефективності за рахунок зведення до мінімуму її недоліків. Недоліками цієї методики є рецесія ясен, оголення ділянок коренів зубів після загоєння рани і їх підвищена больова чутливість, а також відсутність відновлення об'єму кісткової тканини [9, 16, 22, 26], що визначає не тільки косметичні незручності, а й зменшення жувальної ефективності, подальші деструктивні процеси в тка-

нинах пародонта внаслідок неусунення анатомічних порушень. Часткове відновлення структур пародонта після подібного роду операцій, на яке вказували автори і яке може бути зумовлене нормалізацією функції остеобластів, викликає певні сумніви.

У зв'язку з цим, багато фахівців для реконструкції кісткових дефектів використовують різні трансплантаційні й імплантаційні матеріали, що стимулюють, на їх думку, репаративний остеогенез [3, 7, 21, 23, 25, 31]. У ряді публікацій представлено досвід застосування в цих цілях губчастих і кортикальних ауто-трансплантатів у свіжому або замороженому вигляді, забір яких проводили з гребеня клубової кістки. Результати проведених операцій показали деяке збільшення рівня альвеолярної кістки. Фахівці на підставі морфологічних досліджень зробили висновок про можливу регенерацію тканин пародонта в осіб похилого віку, однак в багатьох випадках свіжі ауто-трансплантати у безпосередній близькості до коренів зубів призводили до їх резорбції [16, 25, 26, 31].

Як кістково-пластичний матеріал у реконструктивній хірургії альвеолярних відростків щелеп у хворих з пародонтитом пропонували використовувати ліофілізовані, формалінізовані, демінералізовані, ксеногенні й брєфокістні трансплантати [18, 23], колагеновмісні матеріали з дерми великої рогатої худоби (колаост, колапан, колапол, гапкол), імплантаційні матеріали на основі гідроксилapatиту і трикальційфосфату та ін. [3, 7, 22]. Проте в кращому випадку відбувається лише часткове заміщення дефекту новоствореною тканиною, частіше грубоволокнистою сполучною, або ж трансплантати зазнають зміни, суть яких в основному зводиться до поступової їх резорбції.

Аналіз результатів вивчення морфологічної картини отриманих регенератів встановив, що застосування алогенних заморожених і формалінізованих кісток, демінералізованого кісткового матриксу за своєю ефективністю поступалися кістковим ауто-трансплантатам. Для інтеграції кісткового ауто-трансплантата потрібні кисень і поживні речовини, так як, на відміну від хрящових, кісткові клітини не можуть їх отримати дифузним шляхом. Нормальне функціонування остеоауто-трансплантата в кісткових дефек-

тах можливо лише після відновлення судинної сітки між трансплантатом і тканиною реципієнта, що вимагає певного часу, протягом якого відбувається загибель клітинних елементів усередині трансплантата [27]. Необхідно враховувати, що дані втручання виконуються в умовах інфекції, а наявність у пацієнтів похилого віку супутньої патології внутрішніх органів, трофічних розладів у ясенних тканинах, вогнищ інфекції та інших несприятливих факторів може істотно впливати на кінцевий результат кістковопластичних операцій [30].

Імплантаційні матеріали кондуктивної дії не проявляють ефекту остеointegraції, після їх введення в зону кісткового дефекту вони можуть резорбуватися, поводитись подібно до чужорідних тіл або інкапсулюватися. Останнє для реконструктивної пародонтології не завжди характерно в силу того, що поміщений імплантаційний матеріал відділений від зовнішнього середовища лише окістям і слизовою оболонкою. М. Д. Перова [23] зазначала, що після заповнення кісткових дефектів гранулами гідроксилapatиту останні в подальшому інкапсулюються грубоволокнистою фіброзною тканиною. З цього приводу ряд дослідників висловлював думку про те, що застосовувані в пародонтологічній хірургії вищеперелічені імплантаційні матеріали мають тільки остеокондуктивні й не володіють остеоіндуктивними властивостями [31].

У даний час накопичено вітчизняний та зарубіжний досвід застосування в пародонтології принципу спрямованої тканинної регенерації з використанням різного роду резорбуючої і нерезорбуючої мембранної техніки (колагенових, хрящових мембран, полімолочної кислоти, вікрилової маси та ін.) як у вигляді самостійного методу, так і в комбінації з лікарськими препаратами для хімічної біомодифікації коренів зубів (лимонна кислота, тетрацикліну гідрохлорид, фібрoneктин) трансплантаційних й імплантаційних матеріалів [25, 31]. Деякі дослідники вважають, що використання мембран перешкоджає зчепленню клітин ясенного клаптя з поверхнею оголених коренів зубів, проростанню епітелію і створенню умов для регенерації тканин, що утворюють періодонтальну зв'язку, так як тільки періодонтальні тканини здатні трансформуватися в цементобласти і блокувати

клітинний ріст інших тканин, тим самим забезпечуючи формування нового зубосясного з'єднання. Отримані результати тривалого спостереження за хворими похилого віку з хронічними формами пародонтиту II – III ступенів тяжкості, в хірургічному лікуванні яких застосовували мембранну техніку, дозволили зробити висновок про досить обмежені її можливості. На це вказувало зменшення глибини пародонтальних кишень лише в середньому на 11 – 15 % від початкового рівня, що не може повною мірою задовільнити вимоги пацієнтів і клініцистів. Дана обставина зумовлена відсутністю біомеханічної сумісності застосовуваних мембран, що часто призводило до необхідності їх видалення і негативно відбивалося на успіху операції [13, 15 – 17]. Висловлювали думку про те, що ефективність застосування мембран не залежить від їх типу, а визначається здатністю створювати умови для нормального формування, надійного збереження та трансформації кров'яного згустка в зоні кісткового дефекту. Розраховувати на трансформацію останнього саме в органотипову кісткову тканину в необхідній для кожної конкретної ситуації кількості не доводиться, оскільки для цього потрібна певна кількість остеогенних клітин, а також умови, що сприяють їх диференціюванню в остеобласти, а не у хондробласти або фіброласти, чого не можливо створити тільки застосуванням мембранної техніки [9, 19, 20].

На підставі проведених клінічних спостережень Г. П. Рузін повідомляє, що при клаптевих операціях у хворих на генералізований пародонтит II – III ступенів тяжкості з використанням лазерної системи «Fidelis Plus» обґрунтовано застосування лазерної системи в лікуванні захворювань пародонта. Nd: YAG-лазер дозволяє мінімально безкровно зробити необхідний розріз, коагулювати патологічні грануляції, що полегшує процес їх ви-

шкрібання. Одночасна дезінфекція тканин зменшує ймовірність інфікування та післяопераційного ускладнення. Автор стверджує, що Er: YAG-лазер з мінімальною травматичністю зішлифовує кісткові виступи, створює стерильну і горбисту поверхню для кращої фіксації кісткового трансплантата [28]. Однак дана технологія являється дороговартісною в плані технологічного забезпечення.

Разом з тим, у викладених вище методах хірургічного лікування приділяють недостатню увагу судинним факторам [29], а саме: усуненню локальної ішемії, що погіршує регенерацію, суттєво знижуючи ефективність комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на ХГП II – III ступенів тяжкості [32, 34, 36].

Нещодавно, вперше в стоматологічній практиці, Э. А. Кальк і співавт. застосували спосіб «тунельної реваскуляризації», яку використовують при лікуванні хронічного пародонтиту. Створення підокісних перфораційних отворів і формування підокісних «тунелів» з метою поліпшення репаративних процесів у ділянці альвеолярного відростка, на думку авторів, виключає травму кісткової тканини, що виникає при компактостеотомії, що проводиться при лікуванні пародонтиту за методикою А. П. Тумпене [14]. Автори підкреслюють, що перфораційні отвори, будучи «тунелями» для проростання кровонесних судин під окістя, створюють умови для реваскуляризації тканин пародонта, покращуючи трофічні й репаративні процеси.

Зважаючи на вищевикладене, запальні захворювання тканин пародонта являють собою важливу соціальну та медичну проблему, що вимагає подальшого всебічного вивчення з метою вдосконалення і розробки нових ефективних технологій оптимально адаптованих для лікування осіб похилого віку, хворих на хронічний генералізований пародонтит.

Список літератури

1. Алимский А. В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии / А. В. Алимский, В. С. Вусатый, В. Ф. Прикулс // Российский стоматологический журнал. — 2004. — № 2. — С. 38 – 40.
2. Алимский А. В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста / А. В. Алимский // Стоматология для всех. — 2000. — № 2. — С. 46 – 49.

3. Бажутова И. В. Некоторые закономерности динамики патологических изменений пародонта / И. В. Бажутова // Пародонтология. — 2007. — № 4. — С. 28 – 33.
4. Безрукова И. В. Быстро прогрессирующий пародонтит / И. В. Безрукова. — М. : Медицинская книга. — 2004. — С. 144.
5. Борисова Е. Н. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста при различном со-

- стоянии общего здоровья / Е. Н. Борисова // Клиническая геронтология. — 2001. — № 5–6. — С. 21–26.
6. Борисова К. П. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому и старческому возрасту / Е. Н. Борисова // Российский стоматологический журнал. — 2000. — № 3. — С. 23–20.
7. Герелюк В. І. Роль ліпідних медіаторів у перебігу генералізованого пародонтиту та ефективність їх корекції в комплексному лікуванні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук. — Івано-Франківськ, 2001. — 36 с.
8. Гольдштейн Е. В. Выбор пластических материалов в пластической хирургии пародонта / Е. В. Гольдштейн, И. А. Госьков, Е. Г. Шапиро : матер. IX ежегод. науч. форума «Стоматология 2007», поев. 45-летию ЦНИИС. — М., 2007. — С. 233–234.
9. Грудянов А. И. Поддерживающая терапия. Ее роль при лечении заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, Н. А. Стариков, С. Ф. Бякова // Пародонтология. — 2001. — № 1–2. — С. 24–27.
10. Грудянов А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, А. И. Ерохин. — М. : Медицинское информационное агентство, 2006. — С. 128.
11. Данилевский Н. Ф. Мониторинг состояния гигиены полости рта взрослого населения Украины как медицинское обоснование планирования региональных программ профилактики. Сообщение 1 / Н. Ф. Данилевский, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова // Современная стоматология. — 2005. — № 2. — С. 164–168.
12. Захарова Н. О. Комплексная реабилитация лиц старческого возраста с хроническим генерализованным пародонтитом / Н. О. Захарова, Д. А. Трунин, Л. Н. Линник // Клиническая геронтология. — Москва, 2011. — № 5–6. — С. 65–70.
13. Калинин А. А. Комплексное лечение пародонтита с использованием антибактериальной терапии ровамицином : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук. — М., 2008. — С. 22.
14. Лечение экспериментального пародонтита путем тоннельной реваскуляризации / Е. А. Кальк, А. В. Виноградова, Л. С. Васильева, В. Д. Молоков // Сиб. мед. журнал. — 2010. — № 1. — С. 28–30.
15. Линник Л. Н. Показатели стоматологического здоровья пациентов преклонного возраста / Л. Н. Линник // Аспирантский вестник Поволжья. — № 7–8. — Самара, 2010. — С. 199–203.
16. Линник Л. Н. Лечение хронического генерализованного пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста / Л. Н. Линник // Альманах «Геронтология и гериатрия». — Москва, 2010. — № 10. — С. 174–177.
17. Мазур Л. П. Структурно-функциональный стан тканей пародонту в людей різного віку та статі / Л. П. Мазур // Современная стоматология. — 2005. — № 4. — С. 48–51.
18. Малезик Л. П. Некоторые аспекты иммунных реакций при хроническом генерализованном пародонтите у пожилых людей / Л. П. Малезик, Ю. И. Пинелис, М. С. Малезик // Стоматология, 2011. — Т. 90. — С. 8–10.
19. Мюллер Х. П. Пародонтология / Х. П. Мюллер. — Львов : ГадДент, 2004. — С. 256.
20. Никитин А. А. Опыт применения криодеструкции в хирургическом лечении хронического генерализованного пародонтита / А. А. Никитин, Н. З. Спиридонова, О. В. Заусова // Медицинская криология. — 2006. — Вып. 6. — С. 188–189.
21. Овчаренко Е. С. Опыт применения остеопластического материала «Коллапан-Л» в хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта / Е. С. Овчаренко, С. В. Мелехов, Л. Б. Чумак // Пародонтология. — 2009. — № 1. — С. 53–56.
22. Ожоган З. Р. Мукогінгівальна хірургія у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит / З. Р. Ожоган, В. П. Пюрик, Н. П. Махлинець // Новини стоматології. — 2010. — 4. — С. 78–79.
23. Остап'як І. З. Віддалені результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит за показниками активності фосфатаз у крові та ротовій рідині / І. З. Остап'як, М. М. Рожко, В. Ю. Катеринюк // Архів клінічної медицини. — 2011. — № 1. — С. 48–50.
24. Перова М. Д. Отдаленные результаты регенеративного лечения пародонтита с применением мембранного барьера из полипропилена с биосовместимым покрытием / М. Д. Перова, Л. Р. Корнигоцкий // Клин. имплантол. и пародонтол. — 2002. — № 3–4. — С. 49–54.
25. Плюхин Д. В. Сравнительная характеристика стоматологической заболеваемости пациентов частных и муниципальных стоматологических клиник / Д. В. Плюхин // Вестник ЮУрГУ. — Челябинск, 2009. — № 20. — С. 63–66.
26. Хирургическое лечение хронического генерализованного пародонтита с применением клеточных технологий и тканевой инженерии / М. М. Пожарицкая, Е. В. Руднева, Н. А. Попкова, А. В. Васильев // Российский стоматологический журнал. — 2004. — № 4. — С. 16–18.
27. Особливості перебігу післяопераційного періоду при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту / В. П. Пюрик, Г. Б. Проць, Л. З. Деркач, Л. В. Тарнавська // Вісник стоматології. — 2004. — № 4. — С. 49–51.
28. Разумов А. Н. Восстановительная медицина: роль и место в науке и практике здравоохранения / А. Н. Разумов, И. П. Бобровницкий // Актуальные вопросы восстановительной медицины. — 2003. — № 1. — С. 5–11.
29. Рузін Г. П. Вплив лазерного опромінення на склад і характер мікрофлори зубоясенних кишень при лікуванні генералізованого пародонтиту / Г. П. Рузін, Є. М. Бабіч, Т. А. Волковіцька, Є. В. Мурашко // Современная стоматология. — 2010. — № 2. — С. 86–89.
30. Третьякова С. В. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста / С. В. Третьякова, Л. А. Шпагина // Клин. геронтол. — 2006. — 12, № 10. — С. 23–27.

31. Цепов Л. М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев. М. : МЕД-пресс-информ, 2004. — С. 200.
32. Шумский А. В. Обоснование применения обогащенной тромбоцитами I плазмы в хирургическом лечении заболеваний пародонта / А. В. Шумский, М. Ю. Юрченко // Уральский стоматологический журнал. — 2004. — № 4. — С. 49–54.
33. Beck J. Epidemiological principles in studying periodontal diseases / J. Beck, H. Loe // Periodontology. — 2000. — № 2. — P. 34–35.
34. Genco R. J. Current view of risk factors for periodontal diseases: Review / R. J. Genco // J. Periodontol. — 1996. — Vol. 67, № 10. — P. 1041–1049.
35. Kallaras K. Cardiovascular effects of aging. Interrelationships of aortic, left ventricular, and left atrial function / K. Kallaras, E. A. Sparks, D. P. Schuster // Herz. — 2001. — № 2. — P. 129–139.
36. Locker D. Epidemiology of periodontal diseases among older adults a review / D. Locker, G. Slade, H. Murray // Periodontology. — 2000. — № 16. — P. 16–33.
37. Redfield M. M. Age and gender related ventricular vascular stiffening. A community based study / M. M. Redfield, S. J. Jacobsen, B. A. Borlaug // Circulation. — 2005. — 112. — P. 2254–2262.

Отримано 28.01.14