

Винахід належить до галузі медицини, зокрема до хірургічної стоматології, і може застосовуватися як ефективний спосіб комплексного лікування хворих на тяжкі форми пародонта при проведенні операційних втручань стоматологічних хворих.

Проблематика стоматологічних захворювань, особливо тяжких форм хвороби пародонта, потребує вдосконалення і розробки нових схем лікування з урахуванням взаємозв'язку тканин періосту з запаленням та щільністю структури щелепних кісток.

Відомий спосіб лікування хворих на тяжкі форми пародонтиту методом мукогінгівоостеопластики, за яким проводять вертикальні або односторонні розрізи через зубоясенний край, відступаючи від краю дефекту 0,5 см, формують слизово-окісний клапоть трапецієподібної форми, довжиною розрізів, що відповідає мобільності клаптя, після чого тканини тупо відшаровують від альвеолярного відростка на глибину враження з вестибулярного і орального боків, проводять деепіталізацію і відновлення слизово-окісного клаптя, кюретаж кісткових карманів, декортикацію альвеолярного відростка, відновлення цементу кореня фінірами і обробку його 5 % розчином лимонної кислоти, на оброблену поверхню альвеолярного відростка щільно укладають змодельований алогенний трансплантат і колагенову композицію, які перекривають слизово-окісним клаптем на рівні шийок зубів і після ретельного гемостазу ушивають рану без натягу [<http://parodont.net/content/mukogingivoosteoplastika>].

Однак цей спосіб не дозволяє ефективно використовувати кісткоутворюючі функції періосту для стимулювання остеогенерації, корегувати та впливати на ефективність і скорочення тривалості репаративних процесів.

Найбільш близьким до винаходу, що заявляється, за технічною суттю є спосіб поетапного лікування хворих на генералізований пародонтит II-III ступеня методом мукогінгівоостеопластики, що включає проведення клаптевої операції, деепіталізацію і відновлення слизово-окісного клаптя, стимуляцію репаративних процесів у пародонті і медикаментозний супровід з призначенням стимуляторів репаративних процесів до і після хірургічного втручання, за яким застосовують мукогінгівоостеопластику в комплексі чітко визначеної послідовності етапів лікування, що включає п'ять етапів, на першому із яких проводять клаптеву операцію на слизовій з проведенням під час операції множинних пенетрацій кулястим бором на товщину періосту, формуючи отвори кулястим бором в рядковому і/або шаховому порядку з відстанню між отворами, що не перевищує 3 мм, яку визначають з врахуванням взаємозв'язку тканин періосту з запаленням та щільністю кісткової структури щелепних кісток, на другому етапі - проводять операцію на яснах з визначеним відступом від ясенного краю щонайменше 2 мм, на третьому етапі - здійснюють кісткову пластику з упаковуванням остеопластичного матеріалу в кісткові кармани і на гребінь коміркового відростка, на четвертому - здійснюють направлену тканинну регенерацію з застосуванням мембрани, ушивають рану, пригнічують мікрофлору в пародонтальних карманах, для чого проводять аплікації тканини препаратом на основі гіалуронової кислоти і здійснюють додатковий медикаментозний супровід упродовж 7 днів, і на завершальному етапі - після хірургічного лікування здійснюють рентгенологічне відслідковування репаративних процесів в динаміці і ведуть індексну оцінку стану слизової, ясенного краю і стану кістки на основі пародонтальних індексів відповідно через 1, 6 і 12 місяців після поетапного оперативного втручання [Патент UA 109132 U, A61B 17/24, Бюл. № 5, 2016].

Однак цей спосіб також не в повній мірі дозволяє ефективно використовувати кісткоутворюючі функції періосту для стимулювання остеогенерації, корегувати та впливати на ефективність і скорочення тривалості репаративних процесів, оскільки нерідко не вдається отримати надлишок слизової для закриття оголених коренів на всю довжину.

В основу винаходу, що заявляється, поставлено задачу розробити ефективний спосіб комплексного лікування хворих на тяжкі форми генералізованого пародонтиту методом мукогінгівоостеопластики, шляхом поєднання використання тканинного експандера для отримання надлишку слизової забезпечити комплексне використання кісткоутворюючої функції періосту для стимулювання остеогенерації, можливість впливати на отримання надлишку слизової для закриття оголених коренів на всю довжину і таким чином досягти вираженої протизапальної дії лікування методом мукогінгівопластики.

Поставлена задача вирішується тим, що за способом комплексного лікування хворих на тяжкі форми генералізованого пародонтиту методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка, що включає проведення клаптевої операції з проведенням множинних пенетрацій кулястим бором на товщину періосту і операції на яснах з визначеним відступом від ясенного краю щонайменше 2 мм, здійснення кісткової пластики з упаковуванням остеопластичного матеріалу в кісткові кармани і на гребінь коміркового відростка, здійснення направленої тканинної регенерації з додатковим медикаментозним супроводом і рентгенологічним відслідковуванням репаративних процесів в динаміці, веденням індексної оцінки стану слизової, ясенного краю і стану кістки на основі пародонтальних індексів, згідно з винаходом комплексне лікування здійснюють з використанням тканинного експандера для отримання надлишку слизової, при цьому за місяць до операції хворим, яким потрібно замінювати рецесії, дефекти слизової, проводять горизонтальний розріз, відсепаровують слизову оболонку від періосту з утворенням відповідного кармана, в який поміщають попередньо підібраний тканинний

експандер, більший в 1,0-1,5 рази за розмір дефекту слизової оболонки, який потрібно закрити, ушивають рану вузловатими швами, порт експандера фіксують до моляра на верхній і/або нижній щелепі, проводять підкачку через порт експандера, використовуючи шприц з голкою 23 розміру із скосом 12 градусів, поступово вводячи стерильний фізіологічний розчин в порожнину експандера через порт до заповнення об'єму кармана, розчин залишають на тиждень до загоєння рани, після чого проводять повторні підкачки тканинного експандера через 7 і 14 днів до больових відчуттів і на 21 день проводять видалення тканинного експандера після чого проводять подальше хірургічне лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка згідно з визначеною стратегією.

Саме використання тканинного експандера за місяць до проведення операції з введенням стерильного фізіологічного розчину в його порожнину запропонованою

методикою повторних підкачувань дозволяє забезпечити отримання надлишку слизової для закриття оголених коренів на всю довжину і з урахуванням наступного лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка досягти вираженої протизапальної дії лікування.

Таким чином сукупністю відомих і пропонованих суттєвих ознак отримано технічне рішення, яке забезпечує якісно новий технічний результат лікувальних процесів, що є достатнім для виконання поставленої задачі винаходу.

Спосіб здійснюють в наступній послідовності. Спочатку проводять обстеження хворого і за результатами рентгенологічного відслідковування, стану пародонта, індексної оцінки стану слизової, ясенного краю і стану кістки відповідно діагностують перебіг хвороби та визначають стратегію лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка у комплексі з запропонованою методикою використання тканинного експандера для отримання надлишку слизової. При цьому за місяць до проведення клаптевої операції методом мукогінгівоопластики Пюрика-Огієнка хворим, яким потрібно заміщувати рецесії, дефекти слизової, проводять горизонтальний розріз, відсепаровують слизову оболонку від періосту з утворенням відповідного кармана, в який поміщають попередньо підібраний тканинний експандер, більший в 1,0-1,5 рази за розмір дефекту слизової оболонки, який потрібно закрити. Потім ушивають рану вузловатими швами, порт експандера фіксують до моляра на верхній і/або нижній щелепі і проводять підкачку через порт експандера, використовуючи шприц з голкою 23 розміру із скосом 12 градусів, поступово вводячи стерильний фізіологічний розчин в порожнину експандера через порт до заповнення об'єму кармана. Розчин залишають на тиждень до загоєння рани, після чого проводять повторні підкачки тканинного експандера через 7 і 14 днів до больових відчуттів і на 21 день проводять видалення тканинного експандера. Після цього проводять подальше лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка згідно визначеної стратегії.

Приклад

Хвора В. 36 років. Діагностовано генералізований пародонтит II-III ступеня. Відмічалась значна рецесія в фронтальні ділянці на верхній щелепі, яка складала більше ніж 2/3 кореня зубів. Проведено лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка у комплексі з запропонованою методикою використання тканинного експандера для отримання надлишку слизової.

В передопераційному періоді, за місяць до хірургічного втручання, була проведена постановка тканинного експандера під місцевим знеболенням, для чого по перехідній складці здійснено горизонтальний розріз, відсепаровано слизову оболонку, утворюючи карман. В цей карман введено тканинний експандер і ушито вузловатими швами. Порт експандера фіксовано до 26 зуба за допомогою шприца з голкою 23 розміру зі скосом 12 градусів. Проведено підкачку фізіологічним розчином до заповнення об'єму кармана. Через 7 днів проводили підкачку до появи дискомфорту (больових відчуттів), через 14 днів провели наступну підкачку до появи больових відчуттів. Після 21 днів тканинний експандер забрали. Внаслідок проведення даної маніпуляції отримали надлишок слизової, яким вдалось закрити оголені корені на всю довжину. Після цього проводили подальше лікування методом мукогінгівоопластики Пюрика-Огієнка згідно з визначеною стратегією.

Стан слизової до операції наведено на Фіг. 1 і стан слизової після проведення операції наведено на Фіг. 2

Таким чином, отримані результати підтвердили, що запропонований спосіб лікування хворих на тяжкі форми генералізованого пародонтиту з використанням тканинного експандера має переваги у порівнянні з відомим рівнем лікувальної практики, що виражаються у отриманні надлишку слизової для повного закриття оголених коренів на всю довжину і, з урахуванням подальшого лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка, в досягненні зменшення рухомості зубів і рентгенологічної чіткості кісткових трабекул альвеолярних відростків. Запропонований спосіб забезпечив не тільки остеогенну але й протизапальну дію.

Використання пропонованого способу забезпечує комплексне стимулювання остеогенерації, можливість впливати на ефективність і скорочення тривалості остеогенерації та досягти вираженої протизапальної дії лікування.



Fig. 1



Fig. 2