ПРИМЕНЕНИЕ «КОЛЛАПАНА» ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

С.В. Козлов, доктор медицинских наук. Главный стоматолог ГВКГ им. Н.Н. Бурденко; А.С. Туманова, кандидат медицинских наук. Врач-стоматолог поликлиники Федеральной службы безопасности России; Е.Ф. Труханов, заслуженный врач РФ. Консультант-стоматолог отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко; С. В. Терещук, челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко

Проблема лечения заболеваний пародонта остается одной из самых актуальных в современной стоматологии. По данным ВОЗ (1984), около 80% населения земного шара страдает заболевания пародонта, являющимися основной причиной утраты зубов у людей после 30 лет. Наличие очагов хронической инфекции при пародонтите приводит к снижению резистентности макроорганизма, его микробной сенсибилизации и другим нарушениям. Лечение заболеваний пародонта всегда носит комплексный характер, задачей которого является: исключить наиболее вероятные патологические факторы; устранить местные раздражающие факторы в полости рта; ликвидировать воспаление тканей пародонта; приостановить дистрофический процесс; восстановить нарушенную функцию тканей пародонта; стимулировать процесс регенерации; сохранить зубной ряд как единую функциональную динамическую систему. В связи с изменением взглядов на репаративные возможности альвеолярной кости все чаще при проведении лоскутных операций применяются средства, стимулирующие регенерацию. Для усиления остеогенетических процессов в костных карманах их после кюретажа начали заполнять разнообразными трансплантатами.

По многочисленным сообщениям, хирургические методы с использованием остеопластических материалов являются наиболее эффективным способами лечения развившихся стадий пародонтита . В настоящее время имеется большое количество публикаций о применении синтетических композиционных материалов при хирургическом лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта. Исследователями использовались: порошок гидроксиапатита (ГА), Остим-100, комплексы ГА с коллагеном (Гапкол, Колапол), комплекс коллагена с деминерализованной аллокостью (Коллаост),

комплекс коллагена с формалинизированной аллокостью (Аллокостен) фирмы «Полистом» [2, 5, 6].

Биокомпозиционный препарат «КоллапАн» производится фирмой «Интермедапатит» (Москва). В основе материала - высокоочищенные ГА и коллаген, по структуре наиболее близкие к биологическим, а также антибиотики.

Препарат «КоллапАн» обладает высокой биосовместимостью с тканями рецепиента, не вызывает отторжения, нагноения и аллергических реакций.

Выявлены отсутствие воспаления в послеоперационном периоде, уменьшение глубины пародонтальных карманов, патологической подвижности зубов и стабилизация рентгенологической картины заболевания в течение 3-4 лет.

Кроме того, описано использование «КоллапАна» для хирургического лечения пародонтита средней и тяжелой степеней, а также раннего и быстропрогрессирующего пародонтита.

После определения гигиенических индексов (ИГ по Федорову-Володкиной, ИГ Green J.C., Vermillion J.K.)проводится профессиональная гигиена: снятие зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата или ручным способом, полирование поверхностей зубов с применением пасты, резиновых полиров и щеток. По окончании процедуры на 2 часа на десну накладывается лечебная повязка. Всем пациентам подбираются индивидуальные средства гигиены.

Проведение плановой санации полости рта должно включать не только лечение или удаление очагов инфекции, но и депульпирование зубов по пародонтологическим (атрофия костной ткани более 2/3 корня) и ортопедическим показаниям. Для укорочения сроков санации при больших объемах возможно проведение вмешательства под общим обезболиванием. Через 2-3 недели можно приступить к хирургическому лечению пародонтита. Прежде всего, надо решить вопрос о предотвращении причин, прямо или косвенно влияющих на развитие патологического процесса в тканях пародонта.

Для предотвращения травматического фактора, влияющего на ткани пародонта, по показаниям пациентам проводятся операции френулэктомии и пластики преддверия полости рта. Это позволяет нам, устранив травматический фактор для тканей пародонта, удлинить сроки ремиссии.

Через 20-25 дней после вспомогательных операций пациентам выполняются хирургические вмешательства на пародонте.

Цель операций - устранение пародонтального кармана, удаление поддесневых зубных отложений, деэпителизация десневого края и его коррекция. Это оперативное лечение относится к репаративным методам и предполагает применение различной техники хирургического вмешательства на пародонте, которая первоначально использовалась с целью восстановления утраченного удерживающего аппарата зуба путем создания нового прикрепления после удаления грануляционной ткани с последующим полированием поверхности корня.

Кюретаж может выполняться путем комбинации применения ультразвукового скалера и ручных инструментов. При проведении кюретажа под проводниковым или инфильтрационным обезболиванием удаляются наддесневые и поддесневые зубные отложения, полируется корень зуба. Далее пародонтальными крючками удаляется грануляционная ткань, а также проводится деэпителизация десневого края. По окончании манипуляции на десну накладывается лечебная повязка.

Открытый кюретаж - оперативное вмешательство, при котором после местной анестезии через краевой разрез, проводимый максимально щадяще в межзубном промежутке, на глубину пародонтального кармана отслаивается слизисто-надкостничный лоскут, удаляются поддесневые зубные отложения, грануляционная ткань и краевой эпителий, проводится полирование корня и затем после туалета раны, слизистый лоскут фиксируется в межзубных промежутках.

Лоскутная операция – существует большое количество модификаций лоскутных операций. Одна из них- лоскутная операция поWidman R. (1917) в модификации по Ramfjord S.S., Nissle R.R. (1974) (методика названа ими модифицированный лоскут Widman'a). Под местным обезболиванием проводится парамаргинальный разрез, отступающий от края десны примерно на 0,5-1 мм, до альвеолярного гребня. Линия разреза по возможности повторяет фестончатость десневого края. С помощью распатора отсепаровывается слизисто-надкостничный лоскут на глубину, обнажающую большую поверхность альвеолярной кости, удаляется грануляционная ткань и эпителий кармана, твердые поддесневые зубные отложения и полируется корень зуба, бором щадяще иссекается край костного дефекта для достижения адаптации слизистого лоскута и, при наличии, обработка вертикальных костных карманов. При использовании биокомпозиционного

препарата «КоллапАн» далее обнаженная костная ткань покрывается гранулами данного лекарственного средства. После пропитывания кровью, гранулы подвергаются слабому уплотнению, и слой препарата увеличивается примерно до 0,5 мм. Вертикальные костные карманы рекомендуется также выполнять гранулами на всю глубину дефекта без уплотнения материала. «КоллапАн» вводится в костный дефект и в области фуркаций.

При необходимости одномоментно с этим можно проводить гемисекцию или ампутацию корней зубов, с последующим заполнением лунки удаленного корня гранулами «КоллапАна». Лоскут укладывается на место, и фиксируется швами в межзубных промежутках. В зависимости от клинического и психологического статуса пациента, лоскутные операции можно проводить в 2, 4 или 6 этапов. Необходимо отметить, что послеоперационный периоду больных протекает более благополучно по сравнению с группой пациентов, которым не применяется данный препарат. Отмечено, что после оперативного вмешательства с применением «КоллапАна», у больных отсутствует выраженный отек, болезненность сохраняется не более 1-2 дней, не требуется употребление сильнодействующих анальгетиков (можно рекомендовать анальгин). Повышение температуры тела наблюдается в день операции и не превышает 37,7. Пациенты не нуждаются в назначении антибиотиков, так как высвобождающееся из препарата в течение 20 суток антибактериальное средство, содержащееся в «КоллапАне» снимает явления воспаления. Заживление проходит первичным натяжением. Случаев отторжения материала не наблюдалось. Швы снимаются на 5-6-е сутки.

Через 1-1,5 месяца после завершения хирургического этапа лечения пародонтита при наличии показаний пациентам показано ортопедическое лечение для восстановления жевательной функции с учетом необходимости снижения нагрузки на ослабленные ткани пародонта. В ортопедическом лечении должны превалировать съемные шинирующие конструкции.

Все пациенты после комплексного лечения пародонтита подлежат диспансерному наблюдению, должны приглашаться на прием два раза в год и в дальнейшем получать физиотерапию, витаминотерапию, каждый раз необходим контроль гигиены полости рта и ее коррекция.

Литература

1. Александрова Л. А., Рыбаков П. А, Медведева Т.Н.

Применение аллогенного костно-пластического материала в амбулаторной практике стоматолога-хирурга //В сб. Биоимплантология на пороге XXI века:материалы Симпозиума по проблемам тканевых банков с международным участием. -М., 2001. -С. 126-127.

2. Грудянов А.И., Ерохин А.И., Новоселова С.П., Чупахин П.В. Сравнительная оценка эффективности остеотропных подсадок при проведении лоскутных операций // В сб. Применение биокомпозиционных материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: материалы 1-й Всероссийской научной конференции. - М., 1997. - С. 27.

3. Иванов В.С. Заболевания пародонта // М. Медицина. - 1998. - 288 с.
4. Иорданишвили А.К., Гололобов В.Г., Басченко Ю.В., Сахарова Н.В. «Коллапан» - современный оптимизатор репаративного остеогенеза // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. - 2002. - № 2. - С. 6-8.

5. Модина Т.Н., Баранникова И.А. Ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Стоматология. - 1993. - № 2. - С. 23-29.

6. Невров А.Н., Никитин А.А., Герасименко М.Ю. и др. Хирургическое лечение пародонтита с использованием препарата Коллапан // В сб. Применение биокомпозиционных материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: материалы 1-й Всероссийской научной конференции. - М., 1997. - С. 39-40.