

ეზოფაგიტი, პერიმპლანტიტი და ძვლის განლევის ხარისხი (კლინიკური
შემთხვევის აღწერა)

ნინო ბერუაშვილი, დოქტორანტი

გელა სულაბერიძე, მედიცინის დოქტორი

ნინო კომახიძე, პროფესორი

მაია გოგუა, ასოცირებული პროფესორი

მამუკა გოგიბერიძე, ასოცირებული პროფესორი

საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი

DOI: <https://doi.org/10.52340/spectri.2024.10.01.16>

აბსტრაქტი

პაროდონტოლოგიის სფერო ორიენტირებულია პაროდონტის დაავადებების პათოგენური მექანიზმის, დამატებითი რისკ-ფაქტორებისა და კლინიკური მახასიათებლების კვლევასა და ყოვლისმომცველ გაგებაზე, რათა უზრუნველყოს საიმედო ინსტრუმენტები ზუსტი დიაგნოსტიკისა და პროგნოზირებადი მკურნალობის გეგმისთვის, პირის ღრუ საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ძირითადი ელემენტია და რომ ნებისმიერმა მდგომარეობამ, რომელიც გავლენას ახდენს მის მთლიანობასა და ფუნქციაზე (როგორიცაა პაროდონტიტი ან სხვა) შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს პაციენტის მეტაბოლურ და კუჭ-ნაწლავის სტატუსზე.

კვლევაში წარმოდგენილია კლინიკური შემთხვევა - 60 წლის პაციენტი პერიმპლანტიტით და ეზოფაგით.

პაციენტის მკურნალობა მიმდინარეობდა გასტროენტეროლოგის ჩართულობით

დასკვნები:

პაროდონტიტის დროს რეკომენდებულია საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა დაავადებების გათვალისწინება და მკურნალობა.

როგორც პაროდონტოლოგებმა, ასევე იმპლანტოლოგებმა უნდა ითანამშრომლონ კლინიკურ პრაქტიკაში, გასტროენტეროლოგებთან, რათა უზრუნველყონ მკურნალობის საუკეთესო შედეგები პაციენტებისათვის.

საკვანძო სიტყვები: პაროდონტის ქსოვილი, ძვლის განლევა, პერიიმპლანტიტი, გასტროენტეროლოგია.

Esophagitis, Peri-Implantitis and the Degree of Bone Loss (Clinical Case Report)

Nino Beruashvili, PhD student

Gela Sulaberidze, MD, PhD

Nino Komakhidze, Professor

Maya Gogua, Associate Professor

Mamuka Gogiberidze, Associate Professor

David Aghmashenebeli University of Georgia

Abstract

The field of periodontology is focused on the study and comprehensive understanding of the pathogenic mechanisms, additional risk factors and clinical features of periodontal diseases in order to provide reliable tools for accurate diagnosis and predictive treatment planning. The oral cavity is a key element of the digestive tract and any condition that affects its integrity and function (such as periodontitis or others) can have a significant impact on the patient's metabolic and Gastrointestinal status.

The study presents a clinical case - a 60-year-old patient with peri-implantitis and esophagitis.

The patient was treated with the involvement of a gastroenterologist

Conclusions:

In periodontitis, it is recommended to consider and treat other diseases of the digestive system.

Both periodontologists and implantologists should collaborate in clinical practice with gastroenterologists to ensure the best treatment results for patients. **Keywords:** periodontal pocket, periodontal tissue, bone loss, peri-implantitis, gastroenterology.

Keywords: periodontal pocket, periodontal tissue, bone loss, peri-implantitis, gastroenterology.

შესავალი: პირის ღრუ საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ძირითადი ელემენტია და ნებისმიერმა მდგომარეობამ, რომელიც გავლენას ახდენს მის მთლიანობასა და ფუნქციაზე (როგორიცაა პაროდონტიტი ან სხვა) შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს პაციენტის მეტაბოლურ და კუჭ-ნაწლავის სტატუსზე[1].

პერიიმპლანტაციის დაავადებები, როგორიცაა პერიიმპლანტიტი ან მუკოზიტი, პრობლემას წარმოადგენს იმპლანტაციის სტომატოლოგიაში, რადგან ისინი ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია გვიანი იმპლანტაციის დაკარგვისა [2]. ფართო გამოვლენილია 600-ზე მეტი ბაქტერიის სახეობა, რომლებიც კოლონიზირებენ სხვადასხვა ეკოლოგიურ ნიშებს ადამიანის პირის ღრუში [3]. პაროდონტოლოგიის სფერო ორიენტირებულია პაროდონტის დაავადებების პათოგენური მექანიზმის, დამატებითი რისკ-ფაქტორებისა და კლინიკური მახასიათებლების კვლევასა და ყოვლისმომცველ გაგებაზე, რათა უზრუნველყოს საიმედო ინსტრუმენტები ზუსტი დიაგნოსტიკისა და პროგნოზირებადი მკურნალობა.

პაროდონტიტი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა. მისი საწყისი სტადია თითქმის უსიმპტომოა: თავიდან ღრძილები იწყებს შეშუპებას და სისხლდენას, შიშვლდება კბილი, მატულობს კბილთა მგრძნობელობა, იწყება კბილთა მორყევა და ჩნდება სუნი პირის ღრუდან [4]. პაროდონტიტის ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზია: ღრძილებში ინერვაციის დარღვევა, პათოგენური მიკროორგანიზმების განვითარება-გამრავლება კბილის ნადებსა და ქვებში. მუდმივი სტრესი, არასწორი კვება, ძველი ბჟენები და არასწორი ორთოპედიული კონსტრუქციები, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, გასტროეზოფაგური დაავადებები, იმუნოდეფიციტი [5]. პაროდონტიტი ვითარდება ორგანიზმის იმუნიტეტის დაქვეითების ფონზე ადგილობრივი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად. ზოგჯერ ორგანიზმის ამა თუ იმ (გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინული, კუჭ-ნაწლავის, ნერვული) სისტემის დაავადება პაროდონტში ისეთ სერიოზულ ცვლილებებს იწვევს, რომ ადგილობრივი ფაქტორები უკანა პლანზე გადადის. პაროდონტიტის

განვითარებაში გარკვეულ როლს ასრულებს გენეტიკური ფაქტორებიც. რაც შეეხება ადგილობრივ ფაქტორებს: კბილის მიკრობული ბალთა, კბილის ქვა, არასწორად გაკეთებული ბჟენი და ორთოპედიული კონსტრუქცია, კარიესული ღრუები კბილების შემხებ ზედაპირებზე და კბილის ყელის მიდამოში, თანკბილვისა და ცალკეული კბილების დგომის ანომალია და სხვა ის მუდმივმოქმედი გამღიზიანებლებია, რომლებიც პაროდონტის ანთებას იწვევს და პაროდონტიტის მიმდინარეობას ამძიმებს, რაც მოქმედებს პაციენტის ფსიქო-სოციალურ მდგომარეობაზე[6].

კბილის მიკრობული ბალთა ანუ ბაქტერიული ნადები ანთების განვითარების პირველადი ეტიოლოგიური (გამომწვევი) ფაქტორია. ბაქტერიები ბაქტერიული ნადების 30%-ს შეადგენს. ამ მიკრობთა მეტაბოლიზმის პროდუქტების (ტოქსინებისა და ფერმენტების) ზემოქმედებით კბილის მიკრობული ბალთა პაროდონტის ანთებას იწვევს. ცნობისათვის: პირის ღრუში ბაქტერიების 350-ზე მეტი შტამია აღმოჩენილი. პაროდონტის დაავადებათა პროფილაქტიკა ზოგადსამედიცინო პროფილაქტიკის ნაწილია. მასში შედის სტრესული ფაქტორების გავლენის შემცირება, პაროდონტის ქსოვილების გამღიზიანებელი ადგილობრივი ფაქტორების მოცილება, ჰიგიენა, რაციონალური კვება პაროდონტიტის მკურნალობა კომპლექსურია და ითვალისწინებს როგორც ზოგად, ისე ადგილობრივ ღონისძიებებს. მკურნალობის მეთოდი ინდივიდუალურად, დაავადების სტადიიდან გამომდინარე, გართულების ხასიათისა და ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით შეირჩევა. პაროდონტიტის ადგილობრივი მკურნალობა ითვალისწინებს სიმპტომურ მკურნალობას, პაროდონტული ჯიბეების აღკვეთას, ალვეოლური მორჩის ანთების ლიკვიდაციას. პაროდონტის ქსოვილებში სისხლის ნორმალური მიკროცირკულაციის აღსადგენად ტარდება ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა, რაშიც მთავარი როლი მედიკამენტურ თერაპიას მიეკუთვნება. ვიყენებთ ტკივილგამაყუჩებელ, ანტისეპტიკურ, ანტიბაქტერიულ და რეგენერაციის მასტიმულირებელ პრეპარატებს, როგორც მისაღებად, ისე პირის ღრუს აბაზანებისა და აპლიკაციების სახით. ინიშნება: ვიტამინები, უმთავრესად - C და B ჯგუფისა, სტიმულატორები. რადიკალური მკურნალობა ქირურგიული მეთოდია, რომლის მიზანსაც წარმოადგენს პათოლოგიური კბილ-ღრმდილოვანი ჯიბის მოცილება და მორყეული კბილების ექსტრაქცია ალვეოლური მორჩის ძვლის შესანარჩუნებლად, რომელიც შემდგომ

შესაძლო დენტალური იმპლანტაციისთვის არის საჭირო. პაროდონტიტის მკურნალობის პარალელურად საჭიროა დაკარგული კბილების აღდგენაც [7,8], მაგრამ ტრადიციული მეტალოკერამიკული პროთეზების გამოყენება მათი სიმძიმის გამო ამ დროს დაუშვებელია. გარდა ამისა, მათი ჩასმა კბილების წინასწარ მომზადებას ითვალისწინებს, რაც ისედაც მორყეული და დაზიანებული კბილისთვის დამატებითი ტრავმაა.

კლინიკური შემთხვევა

პაციენტი მ.ო. 60 წლის, მოგვმართა ჩივილებით: მკვეთრად გამოხატული სისხლდენა ღრძილიდან, ჩირქდენა, უსიამოვნო სუნის, ენაზე ყვითელი ნადები, ჭამისას დისკომფორტი, მომატებული მგრძნობელობა, კბილთა ქვებისა და ნადების არსებობა; პაციენტმა კლინიკაში მოგვმართა იმპლანტაციიდან 4 წლის შემდეგ, ამ დროის მანძილზე მას ჩატარებული არ აქვს არც ერთი გეგმიური კონტროლი, ან პირის ღრუს პროფესიონალური ჰიგიენა. პირის ღრუს დათვალიერების შემდგომ აუცილებელი გახდა დამატებითი კვლევის კერძოდ, ორთოპანტომოგრამის გადაღება, რის შემდეგაც შეივსო ინდივიდუალური პაროდონტოლოგიური რუკა გამოვიკვლიეთ კომპლექსური პაროდონტული ინდექსი (MMCI) და PMA ინდექსი = 55% .

PMA ინდექსის შეფასება ხდება შემდეგი კოდებისა და კრიტერიუმის მიხედვით.

0 - ანთების არ არსებობა

1 - ანთება მხოლოდ ღრძილის დვრილზე (P)

2 - ანთება მარგინალურ ღრძილზე (M)

3 - ალვეოლარული ღრძილის ანთება (A)

PMA ინდექსი გამოითვლება ფორმულით

$$PMA = \frac{\text{ქულათა ჯამი}}{3} \times \text{კბილთა რაოდენობა} \times 100\%$$

კბილების ნაწილობრივი დაკარგვის შემთხვევაში გაყოფა ხდება არსებული კბილების რაოდენობაზე.

ნორმაში $PMA = 0$, რაც მეტია PMA მაჩვენებელი მით მეტია გინგივიტის ინტენსიობა.

PMA ინდექსის შეფასების კრიტერიუმებია:

30% და ნაკლები – გინგივიტის იოლი ფორმა

31-60% - საშუალო სიმძიმის ხარისხი

61% და მეტი – მძიმე ხარისხი.

განსაზღვრა იმპლანტის ირგვლივ პათოლოგიური ჯიბის სიღრმე და მორყევის ხარისხი, დაიგეგმა სამომავლო მკურნალობა, ამასთანავე, ჩატარებულ იქნა ლაბორატორიული კვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, კალციუმის ოდენობის განსაზღვრა სისხლში, რკინის განსაზღვრა სისხლში, D ვიტამინის განსაზღვრა სისხლში. პირის ღრუს ბაქტერიოლოგიური ანალიზი, კონსულტაცია გავიარეთ გასტროენტეროლოგთან, კარდიოლოგთან. იმისათვის, რომ რაიმე დაავადება გამოგვეჩვენა, მაგ: კუჭის წყლული, გასტრიტი, არტერიული

ჰიპერტენზია. უნდა აღინიშნოს, რომ სანამ პაციენტი იმპლანტაციას ჩაიტარებდა 4 წლის წინ ინფორმირებული იყო საწყისი პაროდონტიტის სტადიის შესახებ პაროდონტოლოგისა და იმპლანტოლოგის მიერ, ჩაუტარეს CT კვლევა და პაროდონტოლოგიური პროფესიული წმენდა. პაციენტს ბოლოს 12 თვის მანძილზე გადატანილი აქვს სტრესული პერიოდი, რაც აისახა მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, როგორც პირის ღრუს მხრივ, ასევე გასტროენტეროლოგიურადაც. უჩივის: კვების შემდგომ დისკომორტს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, უსიამოვნო სუნს დილით, ეზოფაგიტს.

მკურნალობა

დაიგეგმა მკურნალობის ათდღიანი კურსი; ასევე, პაციენტს მიეცა რჩევა-დარიგება სახლის ინდივიდუალურ მკურნალობასთან დაკავშირებით. ჩაუტარდა გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია და მკურნალობა.

კლინიკაში ჩავუტარეთ: ღია და დახურული კიურეტაჟი, ღრძილზედა და ღრძილქვეშა სქეილინგი -ფესვის დონეზე. ვექტორ-თერაპიის სამი ვიზიტი, მკურნალობის მე-6 დღეს ღრძილების ფერი გახდა ღია ვარდისფერი; ღრძილის ქსოვილის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება შეინიშნება :ფერის, კონსტიტენციის, ტექსტურის თვალსაზრისით, გახეხვისას სისხლდენამ იკლო 60%-ით, უსიამოვნო სუნი თითქმის აღმოიფხვრა. მკურნალობის მე-7 დღეს ჩატარდა კონსულტაცია იმპლანტოლოგთან, იქიდან გამომდინარე, რომ ძვლის განლევის მაღალი % ფიქსირდებოდა, 6 პერიდიმპლანტიტის არედან 2 კბილის იმპლანტის ექსტრაქცია გახდა აუცილებელი, ჩატარდა აუგმენტაცია, ხოლო 4 იმპლანტის

შენარჩუნება შესაძლებელი გახდა-სასიდან ნაფლეთის გადატანით, დაენიშნა ანტიბიოტიკოთერაპიის 5 დღიანი კურსი, კერძოდ: აუგმენტინი და ძვლის ფიზიოლოგიური რემოდულირებისათვის პრეპარატი - ოსტეოგენონი პერორალურად მისაღები 3 კვირის ვადით. მკურნალობიდან 2 თვის თავზე მივიღეთ 80% -იანი ღრძილის და პაროდონტის ჯანმრთელი იერსახე, პაციენტს აღარ აქვს დისკომფორტი ჭამის დროს. პაციენტს დინამიკაში დავაკვირდებით 6 თვის მანძილზე და შემდგომ გადაწყდება დანაკლისი კბილების კვლავ იმპლანტაციის შესაძლებლობა იქნება, თუ არა. პაციენტთან ზოგადად აღინიშნება გენეტიკური მიდრეკილება პაროდონტიტისკენ და აღნიშნავს საკმაოდ რთულ ფსიქოლოგიურ პრობლემას-მუდმივი სტრესი. პაციენტის პირველი ვიზიტისას პერიიმპლანტის არეში აღინიშნებოდა ჯიბის სიღრმე 5 მმ, 6 კვირის შემდგომ 2 მმ.

პაციენტი მ.ო. კვირაში ერთხელ ცხადდება საკონტროლო ვიზიტზე: სისტემატურად ვუტარებთ საგანმანათლებლო ღონისძიებების სწავლებას, ჯაგრისების, პასტების, პაროდონტოლოგიური ზღარბუნების, ფლოსების, ირიგატორის, Single ჯაგრისის, სტიმულატორების გამოყენების დემონსტრირება, (მულაჟებზე, ყბების მოდელებზე). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მუდმივი კონტროლი პაროდონტოლოგის მხრიდან და საჭიროებისამებრ სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელება.

იმყოფება გასტროენტეროლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ

დასკვნა:

პაროდონტიტის დროს რეკომენდებულია საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა დაავადებების გათვალისწინება და მკურნალობა.

როგორც პაროდონტოლოგებმა, ასევე იმპლანტოლოგებმა უნდა ითანამშრომლონ კლინიკურ პრაქტიკაში, გასტროენტეროლოგებთან, რათა უზრუნველყონ მკურნალობის საუკეთესო შედეგები პაციენტებისათვის.

ლიტერატურა

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018 Jun;89:S173-82.
2. Abaishvili N, Morchadze L, Sakvarelidze I, Taboridze I. Correlation between periodontal inflammatory diseases and somatic disorders of the Georgian student population. *Black Sea Scientific Journal of Academic Research*. 2019;45(2):10-5.
3. Berglundh T, Armitage| Gary, Araujo MG, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45:286-91.
4. Jakobi ML, Stumpp SN, Stiesch M, Eberhard J, Heuer W. The peri-implant and periodontal microbiota in patients with and without clinical signs of inflammation. *Dentistry journal*. 2015 Mar 31;3(2):24-42.
5. Rakic M, Pejicic N, Perunovic N, Vojvodic D. A Roadmap towards Precision Periodontics. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Mar 3;57(3):233. doi: 10.3390/medicina57030233. PMID: 33802358; PMCID: PMC7999128. Rakic M, Pejicic N, Perunovic N, Vojvodic D. A Roadmap towards Precision Periodontics. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Mar 3;57(3):233. doi: 10.3390/medicina57030233. PMID: 33802358; PMCID: PMC7999128.
6. Dubey P, Mittal N. Periodontal diseases-a brief review. *Int J Oral Heal Dent*. 2020 Oct 28;6(3):177-87. Dubey P, Mittal N. Periodontal diseases-a brief review. *Int J Oral Heal Dent*. 2020 Oct 28;6(3):177-87.
7. Morchadze L, Margvelashvili V, Taboridze I, Aladashvili L. Correlation between the oral hygienic condition and psycho-social factors in the elderly population of imereti. *georgian medical*. 2018 jan 1:48.
8. Ghiabi E, Matthews DC. Periodontal practice and referral profile of general dentists in Nova Scotia, Canada. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2012 Jan 1;78.