

УДК 613.98, 616.314-08-039.57-06:613.863-08

Сторожева М.В., Григоров С.Н., Рекова Л.П., Осипов М.В., Давыдов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГИАЛУОСТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Харьковский национальный медицинский университет

В статье приведены результаты использования остеопластического материала «Гиалуост» у больных с хроническим генерализованным пародонтитом. Проведена сравнительная характеристика хирургического лечения при проведении лоскутных операций без использования остеопластических материалов и фоне их применения для активизации репаративного остеогенеза в области оперативного вмешательства.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, хирургическое лечение, остеопластика.

Лечение заболеваний пародонта до настоящего времени остается сложной и нерешённой до конца медицинской проблемой. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости, особенно увеличивается число пациентов молодого и среднего возраста. Распространенность поражений тканей пародонта у больных после 35 лет по данным ВОЗ достигает 99,3%. В стоматологической помощи по поводу заболеваний пародонта нуждается 44% населения данной возрастной группы [1]. В комплексном лечении заболеваний пародонта необходимо последовательное использование компонентов не только терапевтического, но и хирургического и ортопедического этапов лечения. Задачами хирургического лечения в этом случае являются устранение образовавшихся вследствие деструктивных процессов в тканях пародонта костных карманов и создание благоприятных условий для оптимизации остеогенеза [3]. Независимо от применения хирургического вмешательства и его объема, исход лечения во многом будет зависеть от правильного ведения предоперационного и послеоперационного периодов [2].

К оперативным вмешательствам приступают лишь после выполнения мероприятий по обучению больного правилам гигиены полости рта, полной санации полости рта, временному шинированию подвижных зубов, удалению над- и поддесневых зубных отложений, избирательное устранения травматической окклюзии, а также изготовления имediat-протезов при множественном удалении зубов.

Хирургические вмешательства на пародонте, как правило, осуществляются после консервативной антибактериальной и противовоспалительной терапии. Основным видом лечения деструктивных заболеваний пародонта остаются хирургические методы, так как их использование позволяет устранить пародонтальные карманы, приостановить прогрессирование деструкции альвеолярной кости и обеспечить длительную стабилизацию процесса. Особую актуальность в настоящее время приобретает возможность использования при проведении таких оперативных вмешательствах средств, воздействующих на течение репаративного остеогенеза [5]. В на-

стоящее время на хирургическом этапе лечения заболеваний пародонта применяется большое количество медикаментозных препаратов для оптимизации регенерации костной ткани [4]. Одним из таких препаратов является препарат «Гиалуост» на основе аморфного нанодисперсного резорбируемого гидроксиапатита кальция в гиалуронатной матрице в качестве биоимплантата. Отличительной особенностью материала является его хорошая биосовместимость с тканями и способность купирования воспалительного процесса в костной ране.

Цель исследования

Повышение эффективности хирургического лечения больных с воспалительно-деструктивными процессами пародонта с использованием остеопластических материалов на амбулаторном хирургическом приёме.

Объект и методы исследования

На базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ХНМУ проводилось обследование и лечение 31 больного в возрасте от 31 до 50 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Для проведения диагностики состояния тканей пародонта использовались клинические, рентгенологические методы, а также методы оценки состояния пародонта: гигиенический индекс Федорова–Володкиной (ИГ), индекс РМА, пародонтальный индекс (в модификации Russel A., 1956). Динамическое наблюдение у больных обеих групп выполнялось через 1,5 месяца и через 1 год после проведения комплексного лечения.

Все пациенты были разделены на две группы: основная (20 больных) и контрольная (11 больных). При осмотре больных до начала лечения выявлялись жалобы больных на кровоточивость десен, подвижность зубов, наличие обильного количества над- и поддесневых зубных отложений. При обследовании полости рта были выявлены гиперемия и отечность маргинального края десны, зубодесневые карманы до 5мм., степень подвижности зубов II-III степени. Проба Шиллера-Писарева положительная, индекс гигиены до 4 баллов (очень плохой), РМА более 50% (тяжелый гингивит), ПИ 5-6 баллов. При проведении рентгенологического исследо-

вания отмечалось уменьшение высоты межзубных перегородок альвеолярной кости от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, признаки горизонтальной и вертикальной резорбции, разрушение кортикальной пластинки, расширение периодонтальной щели на фоне выраженного остеопороза.

В обеих группах до начала оперативного вмешательства проводилось лечение пародонтита, включающее удаление над- и поддесневых зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата, полировка абразивными пастами поверхностей зубов и цемента корня зуба с последующим индивидуальным подбором средств гигиены полости рта и наложением лечебных десневых повязок с мирамистином и метилурацилом.

На хирургическом этапе лечения больным обеих групп проводилось хирургическое вмешательство (радикальная лоскутная пластическая операция по Цешинскому-Видману-Нейману). Под местной анестезией проводили два вертикальных разреза от края десны до переходной складки в пределах 4-6 зубов. Затем, отступив на 2,0-2,5 мм. от края десны, делали два горизонтальных разреза с вестибулярной и оральной поверхности альвеолярного отростка, угол наклона скальпеля к поверхности десны составлял 45°. Формировали трапецевидные слизисто-надкостничные лоскуты, оставшуюся часть маргинального края удаляли, отслаивали лоскуты и обнажали костные карманы, в которых проводили удаление грануляционной ткани, поддесневых зубных отложений, а так же обрабатывали маргинальный край альвеолярного отростка. Костную поверхность и межзубные промежутки промывали растворами антисептиков. Слизисто-надкостничный лоскут укладывали на место и фиксировали швами в межзубных промежутках. Швы снимали на 7 день после операции. При проведении хирургического вмешательства у пациентов основной группы для активации репаративного остеогенеза использовался остеопластический материал «Гиалуост», которым выполнялось заполнение костных дефектов.

Через 1,5 месяцев после завершения хирургического этапа пациентам обеих групп было проведено ортопедическое лечение с целью восстановления жевательной функции с учетом необходимости снижения нагрузки на ткани пародонта. В ортопедическом лечении использовались несъемные шинирующие конструкции.

Результаты исследований и их обсуждение

Результаты клинического исследования через 1,5 месяца после хирургического вмешательства показали, что комплексное лечение больных первой группы с применением остеопластического материала «Гиалуост» дает лучшие клинические результаты (98,1%), в то время как в контрольной группе больных количество положительных результатов значительно ни-

же (50,9%).

У больных контрольной группы отмечалось уменьшение кровоточивости десен, подвижность зубов II степени, отсутствие зубного налета, гиперемия и отечность межзубных сосочков на всем протяжении альвеолярного отростка. Зубодесневые карманы до 3-4 мм. ИГ от 2-2,5 баллов (удовлетворительное состояние), ПИ 3,5-4 балла (пародонтит средней степени тяжести), РМА 40% (гингивит средней степени тяжести). Рентгенологически обнаруживалась горизонтальная резорбция межзубных перегородок до 1/2, отмечались признаки остеопороза не только в области вершин межзубных перегородок, но и в губчатой кости фронтальных и боковых отделах, костные карманы до 1/2 длины корней зубов, отсутствие кортикальной пластинки на всем протяжении.

В то же время у больных основной группы клинически определялось отсутствие кровоточивости десен, подвижность зубов I степени, отсутствие зубного налета, гиперемии и отечности десны и межзубных сосочков на всем протяжении альвеолярного отростка. Глубина зубодесневых карманов составляла 2-3 мм. ИГ 2-2,5 баллов (удовлетворительное состояние), ПИ 1,5-2 балла (пародонтит легкой степени), РМА 25% (гингивит легкой степени тяжести). Рентгенологически определялась горизонтальная резорбция межзубных перегородок до 1/3, признаки остеопороза только в области вершин межзубных перегородок, костные карманы отсутствовали, отмечалась четкость рисунка костных структур.

В течение одного года наблюдения после проведения хирургического вмешательства у больных контрольной группы наблюдалось периодическое обострение течения хронического генерализованного пародонтита, что вызывало необходимость повторных курсов консервативного лечения.

У пациентов, которым было проведено хирургическое лечение без применения «Гиалуоста», в 50,6% случаев наблюдений было зарегистрировано обострение течения хронического пародонтита. На протяжении этого периода пациенты предъявляли жалобы на зуд и жжение десен, изменение их цвета, кровоточивость при приеме твердой пищи и чистке зубов, неприятный запах изо рта. Объективно наблюдали отечность и гиперемию с цианотичным оттенком межзубных сосочков и маргинальной десны, легкую кровоточивость при зондировании зубодесневого соединения, над- и поддесневые зубные отложения, наличие пародонтальных карманов. Выявлялась патологическая подвижность зубов II степени, гиперемия и отечность межзубных сосочков и маргинальной десны во фронтальном и боковом отделах на всем протяжении альвеолярного отростка, глубина зубодесневых карманов до 3-4 мм, с признаками гноетечения. ИГ 2-2,5 баллов (неудовлетвори-

тельное состояние), ПИ 4-6 баллов (пародонтит тяжелой степени), РМА 50% (гингивит средней степени тяжести). Рентгенологически отмечалась горизонтальная резорбция межзубных перегородок до 1/2 длины корней, остеопороз в области вершин межзубных перегородок и губчатой кости, разволокнение кортикальной пластинки альвеолярного гребня.

У больных основной группы при клиническом осмотре наблюдалось отсутствие кровоточивости десен, исчезновение болей при чистке зубов, подвижность зубов отсутствует, отсутствие зубного налета, гиперемии и отечности десны и межзубных сосочков на всем протяжении альвеолярного отростка. Зубодесневые карманы до 1 мм. Отсутствие рецидивов за весь период наблюдения. ИГ составил 1-1,5 баллов (хорошее состояние), ПИ 0,5-1 балл (пародонтит легкой степени тяжести), РМА 25% (гингивит легкой степени тяжести). Рентгенологически обнаруживались признаки незначительного остеопороза у вершины межзубных и межальвеолярных перегородок, усеченность вершин межзубных перегородок, костные карманы, остеопоротические изменения в губчатой кости отсутствовали. Ширина периодонтальной щели в норме. Кортикальная пластинка отмечалась на всем протяжении альвеолярного отростка.

Сравнительный анализ результатов лечения у больных основной и контрольной групп показал, что через 1 год после проведения хирургического вмешательства у пациентов основной группы удалось добиться стабилизации процесса деструкции. Это подтверждалось снижением тяжести показателей индекса РМА с 50% до 25% и «хорошим» показателем уровня ИГ гигиены, тогда как в контрольной группе индекс РМА оставался на уровне 50%, уровень ИГ соответствовал результатам «удовлетворительный».

Выводы

В комплексное лечение генерализованного

пародонтита средней степени тяжести необходимо включать хирургические вмешательства с использованием остеопластических материалов для нормализации обменных процессов в костной ткани, что способствует уменьшению активности дистрофически-деструктивных изменений в пародонте и длительную клинико-рентгенологическую стабилизацию патологического процесса.

Таким образом, данное клиническое исследование обосновывает возможность использования материала на основе нанодисперсного гидроксипатита кальция «Гиалуост» для широкого применения в амбулаторной хирургической практике при комплексном лечении хронического пародонтита.

Перспективы дальнейших исследований

Перспективным направлением является изучение возможностей применения биоактивных материалов при лечении серозной формы альвеолита, а также изучение морфологических особенностей взаимодействия остеопластических препаратов с эндоссальными структурами костной ткани.

Литература

1. Григорьян А.С. Остеопластическая эффективность различных форм гидроксипатита по данным экспериментально-морфологического исследования / А.С. Григорьян, А.И. Воложин, В.С. Агапов [и др.] // Стоматология. — 2000. — № 3. — С. 4-8.
2. Дунызина Т.М. Клинический опыт применения остеопластических материалов на современном пародонтологическом приеме / Т.М. Дунызина // Институт стоматологии. — 2000. — № 2. — С. 26-28.
3. Модина Т.Н. Концепция «интеллектуальности» или информативности имплантированных материалов в пародонтологической хирургии / Т.Н. Модина, М.В. Болбат, В. А. Михайлова // Клиническая стоматология. — 2007. — № 1. — С. 50-52.
4. Модина Т.Н. Экспериментальное обоснование применения гиалуоста для закрытия костных дефектов в амбулаторной хирургии. / Т.Н. Модина, И.С. Маклакова // Клиническая стоматология. — 2011. — № 4. — С. 30-32.
5. Сеидбеков О.С. Использование имплантационных материалов на основе гидроксипатита при замещении малых дефектов зубных рядов. / О.С. Сеидбеков, А.Р. Ага-Заде // Стоматология для всех. — 1999. — № 2. — С. 38-40.

Реферат

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ГІАЛУОСТ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІСКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ

Сторожева М.В., Григоров С.М., Рекова Л.П., Осипов М.В., Давідов О.О.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, хірургічне лікування, остеопластика.

У статті наведено результати використання остеопластичного матеріалу «Гиалуост» у хворих з хронічним генералізованим пародонтитом. Проведена порівняльна характеристика хірургічного лікування при проведенні клаптевих операцій без використання остеопластичних матеріалів та на фоні застосування препарату для активізації репаративного остеогенезу в ділянці оперативного втручання.

Summary

APPLICATION OF "HIALUOST" OSTEOPLASTIC MATERIAL IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC PARODONTITIS

Storozheva M.V., Grigorov S. M., Reкова L. P., Osipov M. V., Davidov O.O.

Key words: chronic generalized periodontitis, surgery, osteoplasty.

This article describes the results obtained by applying osteoplastic material "Hialuost" in the treatment of chronic generalized periodontitis. Comparative characteristics of flap surgeries without using osteoplastic materials and under applying this material to enhance reparative bone formation in the area of surgery.