

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНАЦИИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ (КЕРГАП-ТКФ И ПЛ И ТВЕРДАЯ ОБОЛОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗГА)**

**С.Г. Безруков, Н.В. Марченко, В.Н. Кириченко**

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.кафедрой - проф. С.Г. Безруков), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### **GENERALIZED PARODONTITIS EFFICIENCY TREATMENT USING COMBINATION OF OSTEOPLASTIC MATERIAL (KERGAP AND DURA MATER OF BRAIN)**

**S.G. Bezrukov, N.V. Marchenko, V.N. Kirichenko**

#### **SUMMARY**

The article presents the results of the surgical treatment of parodontitis on 118 patients. In the main group (47 patients) KERGAP with crushed DMB and membrane DMB were used. First control group included 32 patients, whose treatment was carried with Vidman-Neuman methodic using crushed DMB as osteoplastic material. Second control group included 39 patients where KERGAP was used as surgical treatment. It was found out that application of the indicated combination by the 7th-10th day promotes the acceleration of the regenerative processes in tissues of parodont and leads to reduced terms of treatment. This is confirmed by the increased indexes of PMA and parodontal index, RCG, roentgenography and clinical state of parodontium tissues with insignificant gingival recession ( $1,01 \pm 0,03$  mm) at the representatives of the third (control) group, conservative recession ( $1,41 \pm 0,03$  mm) and ( $1,95 \pm 0,03$  mm) in the second (control) group.

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ КОМБІНАЦІЇ ОСТЕОПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ (КЕРГАП-ТКФ ІПЛ ТА ТВЕРДА ОБОЛОНКА ГОЛОВНОГО МОЗКУ)**

**С.Г. Безруков, Н.В. Марченко, В.М. Кириченко**

#### **РЕЗЮМЕ**

В статті приведені результати хірургічного лікування пародонтита у 60 пацієнтів. В головній групі (47 хворих) використовували препарат КЕРГАП з подрібненою ТОГМ і мембрану ТОГМ. В 1-у контрольну групувійшли 32 пацієнта, лікування яких проводилось по методиці Vidman-Neuman з використанням в якості остеопластичного матеріалу подрібнену ТОГМ. 2-у контрольну групу склали 39 хворих, де в хірургічному лікуванні використовували препарат КЕРГАП-ТКФ ІПл. Встановлено, що використання вказаної комбінації до 7-10 доби сприяє прискоренню процесів репарації тканин пародонту, веде до скорочення терміну лікування. Це підтверджується підвищенням показників РМА і пародонтального індексів, РКЯ, рентгенографії та клінічного стану тканин пародонту з незначною рецесією ( $1,01 \pm 0,03$  мм) ясен у представників 3-ї (основної) групи, помірної рецесії ( $1,41 \pm 0,03$  мм) в 1-й ( $1,95 \pm 0,03$  мм) і в 2-й (контрольних) групах.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, комплексное лечение.

Среди актуальных проблем современной стоматологии заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест, что обусловлено высокой степенью распространенности и тяжестью течения. Так, по данным Поворознюк В.В. и Мазур И.П. более 80% населения Украины страдают данной патологией, а в возрасте более 40 лет у 100% обследованных выявлены изменения в пародонтальных тканях [1, 2].

В комплексной терапии ГП особое внимание уделяют хирургическому лечению с использованием материалов, обладающих остеокондуктивными и остеоиндуктивными свойствами. Однако большое количество осложнений и нестойкость достигнутого лечебного эффекта по-прежнему остаются пре-

пятствием на пути их внедрения в клинику. В связи с этим поиск новых эффективных способов хирургического лечения ГП продолжает оставаться актуальным направлением в стоматологии [3].

Выбор нами трансплантата из твердой оболочки головного мозга (ТОГМ) обусловлен его свойствами: отсутствие грубых деструктивно-воспалительных изменений в трансплантате; низкая антигенная активность, постепенное замещение его тканями реципиента; отсутствие симптомов очагового расплавления и отторжения [4, 5].

В настоящее время поиски исследователей проводятся в двух направлениях: образование соединительной ткани путем применения биостимуляторов

– биологическая управляемая регенерация (БУР); изоляция от внешних воздействий пространства, где протекают процессы регенерации, путем использования биорезорбируемых или бионезорбируемых мембран – направленная тканевая регенерация (НТР) [6].

Перспективным для пародонтологии является использование препаратов на основе гидроксиапатита. Паста КЕРГАП-ТКФ ИПл, производимая в Украине на их основе, в сравнении с аналогами имеет ряд преимуществ: высокое биохимическое сродство к костной ткани, способность биодеградировать и активизировать остеогенез, предупреждает атрофию альвеолярного отростка, уменьшает частоту воспалительных осложнений. Основным отрицательным моментом, сдерживающим широкое внедрение препарата в пародонтологию, является его низкая репаративная активность, что характеризует все небологические субстраты [7].

Цель исследования: повысить эффективности хирургического лечения больных ГП и предупредить послеоперационную атрофию альвеолярного отростка путем сочетанного использования ОМ биологического и синтетического происхождения (ТОГМ и КЕРГАП-ТКФ ИПл).

В клинике обследовано и проведено комплексное лечение 118 пациентов обоего пола в возрасте от 35 до 50 лет.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплексная терапия ГП включала профессиональную гигиену полости рта, избирательное притупление зубов, шинирование подвижных зубов. По показаниям больным рекомендовано хирургическое, медикаментозное и ортопедическое лечение. В 1-ю контрольную группу вошли 32 пациента, лечение которых проводилось по методике Vidman-Neuman с использованием в качестве остеопластического материала (ОМ) измельченной ТОГМ. 2-ю контрольную группу составили 39 больных, где в хирургическом лечении применяли препарат КЕРГАП-ТКФ ИПл. В 3-й (основной) группе замещение дефекта после проведения лоскутной операции было выполнено ТОГМ в сочетании с КЕРГАП-ТКФ ИПл. На иллюстрациях представлены этапы операции, проводимой у больных в основной группе.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение ГП с использованием комбинации ОМ показало купирование воспалительных явлений в тканях пародонта к 7-10-му дню после операции, у пациентов в 1-й (контрольной) группе симптомы воспаления сохранились 10-14, а у представителей 2-й (контрольной) группы – 14-30 суток.

Уже через месяц после проведения лоскутной операции ПИ у больных в 3-й группе уменьшился наиболее значительно на 63 %. Индекс РМА проявил тенденцию к снижению на 14-е сутки у представи-

телей 3-й группы. К 30-м суткам он составил 1,12 %. Менее выраженная положительная динамика отмечена у больных в 1-й и 2-й группах. Результаты пробы Шиллера-Писарева, проведенные в 3-й группе на 14-й день, показали отрицательную реакцию у 62 % больных, на 30-е сутки – у 89 %. У пациентов в 1-й и 2-й группах слаболожительную реакцию проба демонстрировала у большинства представителей.

Стабилизация показателя РКД с его приближением к уровню нормы имела место на 30-е сутки после хирургического лечения у больных в 3-й группе (в области резцов  $27,3 \pm 0,3$  с, моляров –  $50,6 \pm 0,3$  с,  $p < 0,001$ ). У представителей контрольных групп показатели РКД только через три месяца приближались к нижней границе нормы.

Хирургическое лечение больных ГП сопровождалось снижением уровня оксипролина выводимого с мочой. Через месяц после операции более значимо показатель снизился у представителей основной группы ( $28,90 \pm 0,3$  мг/сутки,  $p < 0,001$ ). К концу 3-го месяца процесс нормализации уровня оксипролина продолжился с той же динамикой.

Существенные изменения биохимических показателей активности ротовой жидкости после операции наблюдались в первые 7-14-ть суток. При этом показатель общей концентрации белков (ОКБ) на 7-е сутки достоверно повышался только у представителей основной группы ( $4,47$  г/л,  $p > 0,05$ ). Достоверное снижение концентрации окислено-модифицированных белков (ОМБ) ( $0,63$  D/%,  $p < 0,01$ ) у больных в основной группе отмечено на 7-е сутки (в 1-й группе – на 10-е, во 2-й – на 14-е). Наиболее выраженное повышение антиоксидантной активности белков выявлено у больных в основной группе также на 7-е сутки ( $0,42$  е.а.,  $p < 0,01$ ). Достоверный рост показателя зарегистрирован в 1-й группе только на 10-е сутки, во 2-й – на 14-е.

Таким образом, сроки восстановления биохимических показателей находились в прямой зависимости от результатов клинической эффективности используемых методов лечения.

Положительная динамика, подтвержденная рентгенографическими исследованиями, также свидетельствует о стабилизации процессов регенерации. Использование предложенной нами комбинации ОМ способствовало более активной и эффективной репарации пародонтальных тканей. Это отчетливо определялось уже через три месяца после операции. В эти же сроки у пациентов 1-й и 2-й (контрольных) групп на рентгенограммах наблюдали частичное восстановление структуры кости и стабилизацию процессов репарации.

Отдаленные результаты обследования больных, проведенные через 12 месяцев после хирургического лечения, подтвердили преимущество использования комбинации ОМ. Об этом свидетельствуют

данные, РМА и пародонтального индексов, РКД, рентгенографии и клинического состояния тканей пародонта с незначительной рецессией ( $1,01 \pm 0,03$  мм) десны у представителей 3-й (основной) группы, умеренной рецессией ( $1,41 \pm 0,03$  мм) в 1-й и ( $1,95 \pm 0,03$  мм) во 2-й (контрольных) группах.

Таким образом, клиническими методами исследования обоснована целесообразность сочетанного применения остеопластических материалов в хирургическом лечении генерализованного пародонтита.

#### ВЫВОДЫ

1. Более быстрое протекание процессов репарации тканей пародонта у больных основной группы подтверждается повышением значений показателей активности ОКБ и снижением активности ОМБ (к 7-10 суткам).

2. Хирургическое лечение пародонтита с использованием препарата КЕРГАП и ТОГМ имеет патогенетически обоснованную направленность, так как способствует снижению воспалительной реакции тканей пародонта на операционную травму, повышает их восстановительную активность, ведет к сокращению сроков лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мазур І.П. Особливості структурно-функціонального стану тканин пародонту та кісткової тканини скелета у населення України / І.П. Мазур, В.В. Поворознюк // Матеріали 1(VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України.сК., 1999.- С.217-219.

2. Мельничук Г.М. Генералізований пародонтит і пародонтоз: маркери спадкової схильності, патогенетичні механізми метаболічних порушень та їх комплексна корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Г.М. Мельничук. - Одеса, 2008.- С.23-25.

3. Лысенко Л.Н. Остеокондуктивные, остеопрокторные свойства остеопластических материалов / Л.Н. Лысенко // Клиническая имплантология и стоматология.-2000. -№1-2.-С.63-65.

4. Зяблов В.И. Актуальные проблемы морфогенеза и регенерации: сб. ст. / Зяблов В.И. - Симферополь, 1983. - 190 с.

5. Марченко Н.В. Клинико-экспериментальное обоснование метода лечения пародонтита с использованием твердой оболочки головного мозга: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматология» / Н.В. Марченко. сСимферополь, 1993.-С.16-18.

6. Дмитриева Л.А. Пародонтит / Л.А. Дмитриева.-М.: МЕДпресс-информ, 2007.- С.209-210.

7. Тимофеев О.О. Лікування післяопераційних дефектів щелеп з використанням остеотропного препарату КЕРГАП / О.О. Тимофеев, В.П. Цислюк, В.П. Білінова // Сучасні аспекти військової стоматології: зб. наук.-практ. праць.сК.: Науковий світ, 1999.сС.94-97.