

**СЛУЧАИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ДИСПЕРГИРОВАННОГО БИОМАТЕРИАЛА АЛЛОПЛАНТ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

Гизатуллина Э.Р., Лебедева А.И.

ГУ Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, г. Уфа

Реферат. В статье приводятся клинические примеры лечения хронического пародонтита различной степени тяжести с применением диспергированного биоматериала Аллоплант. Показано, что применение данного биоматериала в комплексном лечении хронического пародонтита позволяет улучшить состояние слизистой оболочки десны.

Ключевые слова: хронический пародонтит, диспергированный биоматериал Аллоплант.

По данным ВОЗ заболевания пародонта широко распространены среди населения земного шара, в зависимости от возрастной группы данная патология встречается у 55% – 98% населения (Безрукова А.П., 1999). По данным различных российских авторов в нашей стране распространенность заболеваний пародонта достигает 98% (Иванов В.С 1998). В структуре пародонтальных заболеваний преобладают хронические гингивиты и пародонтиты. Высокая распространенность хронических воспалительных заболеваний пародонта, глубокие патологические изменения в зубочелюстной системе больного, отрицательное влияние данной патологии на органы пищеварения, психоэмоциональную сферу, снижение резистентности организма к действию инфекционных и других факторов делает эту проблему социальной и общемедицинской (Дмитриева Л.А., 2001). По мнению Грудянова А.И (1997) в комплексной терапии хронических пародонтитов приоритетная роль отводится хирургическим методам лечения, так как они позволяют добиться наилучших результатов. Для подготовки тканей пародонта к оперативному вмешательству и для улучшения результатов хирургического лечения столь распространенной патологии мы применяли диспергированный биоматериал Аллоплант в виде однократных инъекций в слизистую оболочку преддверия полости рта в проекции верхушек корней 17, 14, 24, 27, 37, 34, 44, 47 зубов. Проводимое нами лечение достоверно улучшало состояние слизистой оболочки десны, это подтверждено клиническими и гистологическими методами исследования. В данной статье мы приводим несколько клинических случаев применения инъекционной формы ДБМА в комплексной схеме лечения хронического генерализованного пародонтита легкой, средней и тяжелой степеней, в стадии ремиссии.

Случай 1. Больная О., 1979 года рождения, без системных заболеваний, обратилась к нам за пародонтологической помощью в сентябре 2000 г. Ранее к пародонтологу не обращалась. Больная предъявляла жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов и приема пищи, неприятный запах изо рта, болезненные ощущения во время приема пищи. Со слов больной заболевание развивалось в течении последних 5 лет. В анамнезе ОРВИ, грипп. Осмотр: конфигурации лица не

изменены, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфоузлы не пальпируются. При обследовании полости рта выявлена гиперемия и отек слизистой оболочки десны, при зондировании кровоточивость, над- и поддесневые зубные отложения. Индекс ОНI – S – 2, 0; ПИ–2,5; кровоточивость по Kotzschke – 2; глубина пародонтального кармана 2,5 мм; подвижность зубов отсутствует.

На прицельной внутри ротовой радиовизиограмме от 16.04.01 в области 31,32,33 зубов определяется деструкция костной ткани межзубных перегородок на 1\3, разрушение компактной пластинки, расширение периодонтальной щели в пришеечной зоне 31 и 32 зубов. (Рис. 1)

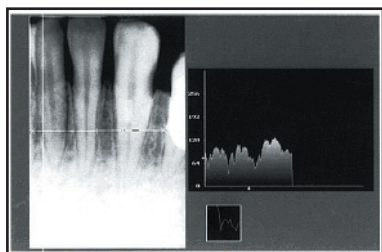


Рис.1. Больная О., диагноз: хронический генерализованный пародонтит легкой степени, в стадии ремиссии. До лечения.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит легкой степени, стадия ремиссии.

Лечение: - профессиональная гигиена полости рта (удаление над- и поддесневых зубных отложений, санация полости рта);

- обучение адекватной личной гигиене полости рта;
- наложение турунд с Ваготилом и повязок с гепариновой мазью N 7;
- избирательное пришлифовывание;
- однократная инъекция диспергированного биоматериала Аллоплант (далее – ДБМА) в слизистую оболочку преддверия полости рта в проекции вершечек корней 17, 14, 24, 27, 37, 32, 42, 47 зубов, под инфильтрационной анестезией. Диспергированный биоматериал Аллоплант (ТУ 42-2-537-2002, утвержден 05.06.2002 г.) разводился 0,9% раствором NaCl.

За пациенткой проводилось динамическое наблюдение в сроки 1, 3 и 6 месяцев после введения препарата. Образовавшиеся инфильтраты в области

введения ДБМА рассасывались через 4 дня. Пациентка уже на вторые сутки не испытывал дискомфорта и болезненных ощущений в местах инъекций. Через месяц пациентка отмечала отсутствие кровоточивости десен во время чистки зубов и приема пищи, а так же отсутствие болей при жевании. Осмотр полости рта: слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, блестящая. При зондировании кровоточивость отсутствовала. Индекс ОНІ – S – 0,1; ПИ –1,5; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 2,3 мм; подвижность зубов отсутствует. Через 3 месяца жалобы у больной О. отсутствуют. Индекс ОНІ – S – 0,2; ПИ –1,4; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 2,3 мм; подвижность зубов отсутствует. (Рис. 2)

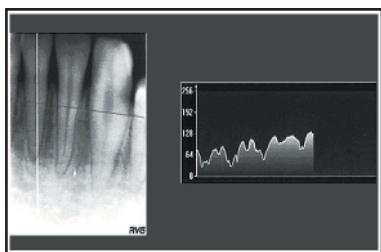


Рис.2. Больная О., диагноз: хронический генерализованный пародонтит легкой степени, в стадии ремиссии. После лечения.

На прицельной внутриротовой радиовизиограмме от 19.06.2001 г. в области 31, 32, 33 зубов определяется деструкция костной ткани межзубных перегородок на 1/3, разрушение компактной пластинки, расширение периодонтальной щели в пришеечной зоне 31 и 32 зубов (динамики рентгенологических изменений нет). Через 6 месяцев больная жалобы не предъявляет. При осмотре полости рта выявлено: слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, блестящая, при зондировании не кровоточит. Индекс ОНІ – S – 0,3; ПИ –1,4; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 2,3 мм; подвижность зубов отсутствует.

Случай 2. Больная Ф., 1960 года рождения, без системных заболеваний, обратилась к нам за пародонтологической помощью в июле 2000 г. Ранее к пародонтологу не обращалась. Больная предъявляла жалобы на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, боли при жевании, появившуюся небольшую подвижность зубов. Со слов больной, заболевание развивалось в течении пос-

ледних 10 лет. В анамнезе: ОРВИ, ангина. Осмотр: конфигурации лица не изменены, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфоузлы не пальпируются. При обследовании полости рта выявлена гиперемия и отек слизистой оболочки десны, при зондировании – кровоточивость, цианоз межзубных сосочков, обильные над- и поддесневые зубные отложения. Индекс ОНІ – S - 3,1; ПИ–3,2; кровоточивость по Kотzschke – 2; глубина пародонтального кармана 3,8 мм; подвижность зубов 1 степени в области 31, 32, 41, 42 зубов.

На прицельной внутриротовой радиовизиограмме от 03.07.2000 г. в области 31, 32, 33 зубов определяется деструкция костной ткани межзубных перегородок на 1/3, разрушение компактной пластинки, расширение периодонтальной щели в апикальной зоне 31 и 32 зубов. (Рис. 3)

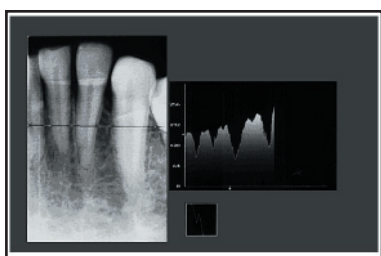


Рис.3. Больная Ф., диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени, в стадии ремиссии. До лечения.

Для исследования патоморфологических изменений в пародонте после введения ДБМА мы проводили забор биоптатов десны до и после лечения таким образом, чтобы не повредить зубодесневое прикрепление и не сформировать патологический карман.

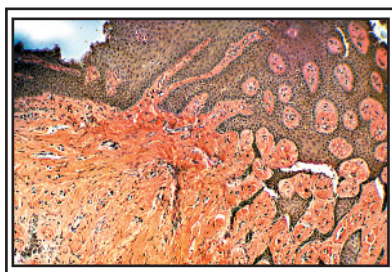


Рис.4. Больная Ф. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, ремиссия. Глубокое разрушение коллагеновых волокон, явление пикринофилии. Выраженный акантоз. Ув. X50. Окраска по Ван-Гизону.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, стадия ремиссии.

- Лечение: - профессиональная гигиена полости рта (удаление над - и поддесневых зубных отложений, санация полости рта);
- обучение адекватной личной гигиене полости рта;
 - наложение турунд с Ваготилом и повязок с гепариновой мазью N 7;
 - избирательное пришлифовывание;
 - однократная инъекция ДБМА в слизистую оболочку преддверия полости рта;
 - хирургическое лечение.

За пациенткой проводилось динамическое наблюдение в сроки 1, 3 и 6 месяцев после введения препарата. Образовавшиеся инфильтраты в области введения ДБМА рассасывались через 3 дня. Пациентка уже на вторые сутки не испытывала дискомфорта и болезненных ощущений в местах инъекций. Через месяц больная Ф. отмечала отсутствие кровоточивости десен во время чистки зубов и приема пищи, а также отсутствие болей при жевании. (Рис. 5)

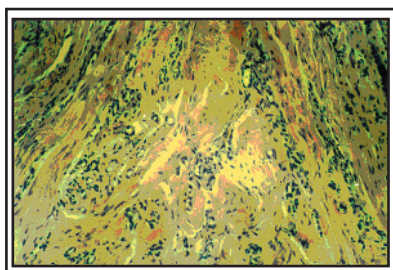


Рис. 5. Больная Ф. Через 1 месяц после введения ДБМА при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести, ремиссии. Новообразованные сосуды, уплотнение пучков коллагеновых волокон. Ув.Х50. Окраска гематоксилином и эозином.

Больная отметила уменьшение подвижности нижних резцов. Осмотр полости рта: слизистая оболочка розовая, влажная, блестящая. При зондировании слабо кровоточит в области 17, 16 зубов. Индекс ОНІ – S – 0,1; ПИ – 1,7; кровоточивость по Kотzschke – 0; глубина пародонтального кармана 3,8 мм; подвижность зубов 1 степени. Через 3 месяца пациентка жалоб не отмечает. Индекс ОНІ – S – 0,3; ПИ – 1,6; кровоточивость по Kотzschke – 0; глубина пародонтального кармана 3,8 мм; подвижность зубов 1 степени.

На прицельной внутриротовой радиовизиограмме от 05.09.2000 г. в области 31, 32, 33 зубов определяется деструкция костной ткани межзубных перегородок на 1\3, разрушение компакт-

ной пластинки, расширение пародонтальной щели в апикальной зоне 31 и 32 зубов (рентгенологических изменений нет). (Рис. 6)

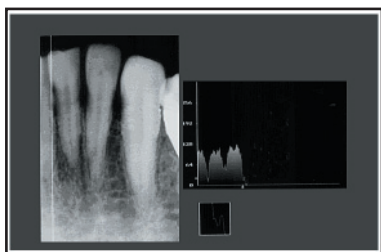


Рис.6. Больная Ф., диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени, в стадии ремиссии. После лечения.

Через 6 месяцев больная жалобы не предъявляет. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розовая, влажная, блестящая, Индекс ОНI – S – 0,3; ПИ–1,6; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 3,8 мм; подвижность зубов 1 степени.

Случай 3. Больная П., 1939 года рождения, без серьезных системных заболеваний, обратилась к нам за пародонтологической помощью в феврале 2001 г. Последний раз обращалась к пародонтологу в 1998 г. При осмотре полости рта у больной было выявлено отсутствие коренных зубов на верхней и нижней челюстях. Пациентка жаловалась на затруднение приема пищи в связи с несостоятельностью имеющихся протезов и подвижностью зубов, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, боли при жевании. Со слов больной, заболевание развивалось в течении последних 25 лет. В анамнезе: ОРВИ, ангина, гастрит. Осмотр: конфигурации лица не изменены, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфоузлы не пальпируются. При обследовании полости рта выявлены дефект зубного ряда верхней челюсти – 1 класс по Кеннеди, на нижней челюсти – 3 класс по Кеннеди, гиперемия и отек слизистой оболочки десны; при зондировании: кровоточивость, обильные над- и поддесневые зубные отложения. Индекс ОНI – S - 3,2; ПИ–6,5; кровоточивость по Kotzschke – 3; глубина пародонтального кармана 4,8 мм; подвижность зубов 2-3 степени.

На ортопантомографии от 14.02.2001 г. определяется деструкция костной ткани межзубных перегородок на 1/2, разрушение ком-

пактной пластинки, расширение периодонтальной щели по всей длине корня зубов, костные карманы, поражение зоны бифуркаций. (Рис. 7)

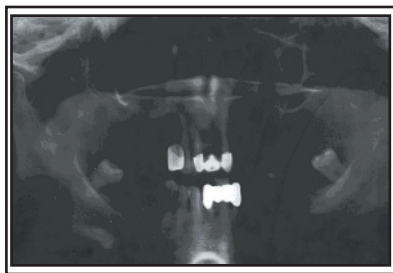


Рис.7. Больная П., диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, в стадии ремиссии. До лечения.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, стадия ремиссии.

Лечение: - профессиональная гигиена полости рта;

- обучение адекватной личной гигиене полости рта;
- наложение турунд с Ваготилом и повязок с гепариновой мазью N 7;
- удаление несостоятельных зубов;
- протезирование (съемный протез на верхнюю и нижнюю челюсти),
- избирательное пришлифовывание;
- однократная инъекция ДБМА в слизистую оболочку преддверия полости рта с целью улучшения условий протезирования.

За пациенткой проводилось динамическое наблюдение в сроки 1, 3 и 6 месяцев после введения препарата. Инфильтраты, образовавшиеся вследствие введения ДБМА, рассосались через 3 дня. Через месяц больная П. отмечала отсутствие кровоточивости десен во время чистки зубов и приема пищи, а также отсутствие болей при жевании. Осмотр полости рта: слизистая оболочка розовая, влажная, блестящая. Индекс ОНІ – S – 0,2; ПИ – 5,2; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 4,8 мм; подвижность зубов 2 степени. Через 3 месяца жалобы у больной отсутствуют. Индекс ОНІ – S – 0,3; ПИ – 5,2; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 4,8 мм; подвижность зубов 2 степени.

На ортопантомографии от 21.04.2001 г. определяется деструкция кост-

ной ткани межзубных перегородок на 1/2, разрушение компактной пластинки, расширение периодонтальной щели по всей длине корня зубов. (Рис. 8)

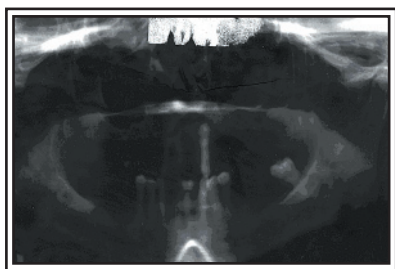


Рис.8. Больная П., диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, в стадии ремиссии. После лечения.

Через 6 месяцев больная жалобы не предъявляет. Индекс ОНІ – S – 0,5; ПИ–5; кровоточивость по Kotzschke – 0; глубина пародонтального кармана 4,8 мм; подвижность зубов 2 степени.

Анализ имеющегося клинического опыта применения инъекционной формы диспергированного биоматериала Аллоплант в комплексной схеме лечения хронического генерализованного пародонтита показал, что данный способ позволяет улучшить кровоснабжение и трофику слизистой оболочки десны, уменьшить степень выраженности воспалительного процесса, а также при необходимости создать адекватные условия для последующего хирургического и ортопедического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Медицинское информационное агенство, 1998.- 296 с.
2. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. – М.: МЕДпресс, 2001. – 128 с.
3. Безрукова А.П. Пародонтология. - М.:ЗАО “Стоматологический научный центр”, Москва, 1999.-336 с.
4. Грудянов А.И. Пародонтология: Избранные лекции.- М.: Стоматология, 1997.- С.-23.