

ҳолда кандидознинг турли шаклари ва учраш тезлиги ўрганиб чиқилган. Тадқиқот натижасида касалларнинг асосий миқдори 34 ёшдан 64 ёш ораллигидаги беморларга тўғри келиши аниқланди. Катта ёшдаги аҳолининг юқори касалланиш даражаси соматик патологиянинг ката миқдорда учраши, антибиотиклар ва гормонал (стероид воситалар) воситаларни тез тез қабул қилиш қилиш билан изоҳланади.

The prevalence of mycotic infections reaches 40 — 88%. Questions of early effective diagnostics, pathogenesis, therapy and prevention of this pathology in many respects remain unresolved, debatable though numerous both clinical, and experimental works are devoted to their studying. By authors it is studied the frequency and nosological forms of candidiasis connected with age of patients. At the same time the main specific weight in a total amount of diseases represents at the age period from 34 to 64 years and older sick people. The high incidence of adult population is explained by higher frequency of background somatic pathology, frequent reception of antibiotics and hormonal (steroid medicines).

УДК: 616.314.17-008.1:615.272

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БИОПЛАНТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА



Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из наиболее актуальных проблем стоматологии, а также серьезной медико-социальной проблемой, т.к. распространенность этой патологии сохраняется на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [2]. Кроме того, эти поражения представляют собой достаточно агрессивные стоматогенные очаги инфекции, инициирующие очагово-обусловленные соматические

заболевания [1,4-6]. Выбор метода лечения данной патологии представляет значительные трудности, так как пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта плохо поддается консервативной терапии.

Длительные клинические наблюдения за пациентами с хроническим генерализованным пародонтитом свидетельствуют о необходимости применения при проведении комплексной терапии остеорегенерирующих препаратов. В настоящее время в связи с появлением большого количества разнообразных остеогенных материалов и отсутствием независимой информации о них у врача-стоматолога возникает проблема выбора правильного материала, необходимого для каждого конкретного клинического случая, в том числе и в пародонтологии при закрытом кюретаже пародонтальных карманов. Базовыми требованиями к остеопластическим материалам являются биологическая совместимость, бактериальная и вирусная безопасность, отсутствие токсичности и аллергенности.

Межклеточный матрикс костной ткани на 90% состоит из коллагена I типа, коллаген других типов занимает не более 5% от общей массы. Белковополисахаридными комплексами, основной структурной единицей которых являются гликозаминогликаны, представленные 5% оставшегося вещества от общей массы. Коллаген, введенный в рану, активирует синтез кислых гликозаминогликанов и фибрилlogenез. Исследования показали, что коллаген I типа необходим для дифференцирования остеобластов и минерализации остеоида [3]. Важнейшим компонентом межклеточного матрикса являются гликозаминогликаны. С ними связываются такие процессы, как подавление активности провоспалительных медиаторов и антигенных детерминант, межклеточная сигнализация и регуляция активности факторов роста, в том числе и фактора роста фибробластов [7].

Отечественный остеопластический материал биоплант – стерильный биопластический материал, в котором сохранена исходная волокнистая структура коллагена, представленная в удобной для хранения и использования форме (сухая лекарственная форма и инъекции). В экспериментальном исследовании показана высокая эффективность данного материала при замещении искусственно созданных костных дефектов.

Цель исследования

Клиническая оценка применения биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени при закрытом кюретаже пародонтальных карманов.

Материал и методы

Под наблюдением находились 25 пациентов обоего пола в возрасте 22-35 лет с генерализованным пародонтитом легкой степени (ГПЛС) без соматической патологии. Основную группу составили 12 больных, в

группу сравнения включены 13 человек. У больных больных изучали жалобы, историю развития заболевания, анамнез жизни, проводили оценку стоматологического статуса.

Для объективной оценки состояния тканей пародонта до лечения, на 7-й и 14-й дни наблюдения и через 3 месяца проводили определение гигиенического индекса по Green – Vermillion (1964), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса Parma (1960), пробу Шиллера – Писарева (1963), а также определение пародонтального индекса по Russel (1956), степени кровоточивости по Н.Р. Muhlemann, S. Son (1971), глубины пародонтальных карманов по ВОЗ (1990), патологической подвижности зубов по Евдокимову (1953). Диагноз заболевания пародонта ставили на основании клинических и рентгенологических данных. Всем больным проводилось общепринятое лечение хронического генерализованного пародонтита. На первом этапе лечения проводили обучение гигиене полости рта и контроль качества чистки зубов. Индивидуально подбирались средства гигиены. Устранение местных раздражающих факторов включало снятие зубных отложений; устранение травматических узлов и супраконтактов с помощью избирательное шлифование по методике В. Jankelson (1970). Пациентам группы сравнения в дополнение к общепринятому лечению назначали дентальный гель Метрогил-Дента, 10% индометациновую мазь, полоскания и аппликация растительными препаратами.

У больных основной группы, наряду с общепринятым лечением, применяли сухую смесь биоплант, которую наносили на область десны после кюретажа под защитно-фиксирующую повязку в течение 5 дней.

Результаты и обсуждение

Больные обеих групп предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи, неприятный запах изо рта, изменение цвета десны, подвижность зубов. При объективном обследовании десневые сосочки и маргинальная десна были отечны, цианотичны, кровоточили при дотрагивании. Проба Шиллера – Писарева была положительной у всех обследованных. Глубина пародонтальных карманов достигала 3-3,5 мм. У всех больных были выявлены зубные отложения. При рентгенологическом исследовании обнаружена деструкция межальвеолярной перегородки на 1/3 длины корня. Клинические данные были подтверждены пародонтальными индексами, которые у больных двух групп статистически достоверных различий не имели.

В результате лечения положительная динамика наблюдалась у всех больных, однако лучшие клинические показатели получены у пациентов, у которых использовали биоплант, что подтверждалось и пародонтальными индексами.

После использования биопланта у всех пациентов 1-й группы уже после 3-5 сеансов наблюдался выра-

женный клинический эффект, который выражался в прекращении кровоточивости десен при чистке зубов, отсутствии запаха изо рта, значительном уменьшении болевых ощущений в деснах.

Проба Шиллера – Писарева на 14-й день была отрицательной у 93% больных, у остальных проба была слабоположительной. У больных наблюдалось исчезновение основных симптомов воспаления, слизистая десны приобрела бледно-розовую окраску, правильную конфигурацию, плотность. Во 2-й группе проба Шиллера-Писарева на 14-й день была отрицательной у 83,3% больных.

У больных 2-й группы индекс РМА на 7-й день наблюдения соответствовал $5,34 \pm 1,21\%$, к 14-му дню снизился до $1,32 \pm 0,08\%$. В 1-й группе индекс РМА приблизился на 14-й день к контрольным значениям – $0,43 \pm 0,04\%$; в КГ – 0%.

Индекс кровоточивости, который отражает тяжесть воспалительного процесса в пародонте, у больных 2-й группы был достоверно выше, чем 1-й, составив соответственно $0,41 \pm 0,08$ и $0,02 \pm 0,004$ балла. Значения индекса кровоточивости у больных 2-й группы на 7-й и 14-й дни наблюдения и через 3 месяца были достоверно ниже, чем в 1-й группе.

Индекс гигиены ОНН-S в 1-й и во 2-й группах снизился в пять раз: его значения составили соответственно $0,53 \pm 0,06$ и $0,57 \pm 0,02$ балла.

Рассматривая показатели пародонтального индекса, который характеризует тяжесть воспалительно-деструктивных изменений в пародонте, можно отметить, что после проведенного лечения они отличались от нормы, но были ниже исходных показателей. Его значение в 1-й группе до лечения составило $2,81 \pm 0,19$ балла, на 14-й день – $0,12 \pm 0,43$ балла. Во 2-й группе показатель до лечения был равен $2,76 \pm 0,14$ балла, на 14-й день наблюдения – $0,35 \pm 0,02$ балла. Статистически достоверной разницы в показателях всех групп не выявлено.

Осмотр полости рта через три месяца после лечения показал, что у пациентов 1-й группы сохранялась стабильная клиническая картина – отсутствовали жалобы, слизистая оболочка была бледно-розового цвета, индекс гигиены ОНН-S был равен $0,68 \pm 0,02$ балла, РМА – $1,72 \pm 0,27\%$, индекс кровоточивости – $0,23 \pm 0,14$ балла. Пациенты 2-й группы предъявляли жалобы на возобновившуюся кровоточивость десен при чистке зубов. При осмотре полости рта у них выявлялась гиперемия десневого края, кровоточивость при зондировании. Значения индексов выше, чем у пациентов 1-й группы: индекс РМА был равен на $4,87 \pm 0,35\%$, индекс кровоточивости – $1,35 \pm 0,67$ балла.

Таким, образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности коллагеносодержащих пластинок биоплант в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени, что подтверждается клиническими показателями.

Литература

1. Арсеньев П.А., Саратовская Н.В. Синтез и исследование материалов на основе гидроксипатита кальция // *Стоматология*. – 1996. – №6. – С. 74-79.
2. Арутюнова В.А. Лечение ран и трофических язв кожи коллагеновыми препаратами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 20 с.
3. Белоус А.М. Механизмы регенерации кости. – М.: Медицина, 2014. – 247 с.
4. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. – М., 2001. – 125 с.
5. Чупахин П.В. Использование нерезорбируемых мембран для направленной регенерации тканей пародонта: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
6. Шехтер А.Б. Заживление ран как ауторегуляторный процесс в механизме стимулирующего действия коллагена // *Арх. пат.* – 1977. – №5. – С. 25-33.
7. Franceschi R.T., Young J. Regulation of alkaline phosphatase by 1,25-dihydroxyvitamin D3 and ascorbic acid in bone-derived cells // *J. Bone Miner. Res.* – 2017. – Vol. 5. – P. 1157-1167.

Цель: клиническая оценка применения биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени при закрытом кюретаже пародонтальных карманов. **Материал и методы:** под наблюдением находились 25 пациентов обоего пола в возрасте 22-35 лет с генерализованным пародонтитом легкой степени (ГПЛС) без соматической патологии. При лечении использован новый отечественный препарат биоплант – стерильный биопластический материал, в качестве растворителя использовался хлоргексидин. **Результаты:** полученные данные свидетельствуют об эффективности биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени, что подтверждается клиническими показателями. **Выводы:** биоплант можно рекомендовать для лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, биоплант, остеорегенерация, коллаген.

In 25 patients with generalized periodontitis of mild degree (GPM D) without somatic pathology were conducted examination and treatment of both sexes, aged 22-35 years. In the treatment was used a sterile bioplastic new domestic material “Bioplant”, chlorhexidine was used as the solvent. The obtained data show effectiveness of the using collagen-containing plates of Bioplant in the complex treatment of chronic generalized periodontitis of mild degree, and it is confirmed by clinical indices.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ



Сафаров М.Т., Дусмухамедов Н.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Анализ данных литературы показал, что почти 26% пациентов с частичным отсутствием зубов, которые нуждаются в ортопедическом лечении, по разным причинам отказываются от изготовления съёмных зубных протезов [1,5,6]. Для реабилитации таких больных на сегодняшний день широко используется дентальная имплантация в сочетании с усовершенствованными методиками изготовления несъёмных зубных протезов [8]. Одной из основных проблем дентальной имплантологии является профилактика осложнений воспалительного характера, частота которых в послеоперационном периоде может достигать 50% [7].

Для достоверной функциональной оценки ортопедического лечения больных с применением дентальных внутрикостных имплантатов изучается состояние жевательной мускулатуры человека [4]. Для изучения функционального состояния мышечного аппарата зубочелюстной системы широко применяется электромиография [2,3,8]. В процессе адаптации к зубным протезам укорачивается время жевательного цикла за счёт уменьшения количества жевательных движений и времени одного жевательного акта. Известно, что адаптация жевательных мышц к новым условиям происходит в первые 6 месяцев пользования протезом. Электромиография позволяет объективно оценить перестройку мышечного аппарата больного, а также воздействие жевательных нагрузок на дентальный имплантат после протезирования.