

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА II И III СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ ЧЕЛОВЕКА

Ахмеров Р.Р., Зарудий Р.Ф., Липинский Д.В., Махмутова А.Ф., Момяк И.Е., Овечкина М.В., Сысолятин С.П.

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,  
кафедра факультетской хирургической стоматологии, г. Москва

Воспалительные заболевания пародонта являются не только медицинской, но и социальной проблемой, т.к. распространенность и интенсивность хронического пародонтита среди взрослого населения довольно высокая (А.С.Григорьян, А.И. Грудянов и др., 2004; Землянова О.В., 1992; Кордис М.С. и др., 1993; Salem et al., 1987; Gabler K., 1989). Лечение воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта всегда комплексное и зачастую включает хирургические методы. Но в ряде случаев проведение хирургического вмешательства затруднительно, что делает лечение мало эффективным, а результат не стойким (Суражев Б.Ю., 1999; Чупахин П.В., 2001; Новикова И.А., 2003). Предлагаемый нами метод основан на использовании богатой тромбоцитами аутоплазмы (БоТП), который подразумевает введение ее в зону лечения. Основной биологический смысл применения БоТП заключается в том, что ускоряются естественные механизмы заживления ран благодаря содержащимся в тромбоцитах факторам роста, которые управляют естественными механизмами регенерации. Цель исследования – оценить эффективность использования БоТП в комплексном лечении заболеваний пародонта II и III степени тяжести. В исследовании принимали участие 26 пациентов с диагнозом генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени, осложненный соматическими заболеваниями: заболевания сердечно-сосудистой системы - 12 человек, нервной системы – 4 человека, желудочно-кишечного тракта – 3 человека, осложненный аллергологический статус – 5 человека. А так же в эту группу вошли пациенты, отказавшиеся от хирургического лечения 2 человека. Эти пациенты были разделены на две группы: первая контрольная группа 10 человек и вторая основная группа пациентов 16 человек, которым вводилась богатая тромбоцитами плазма (БоТП). Изготовление инъекционной формы БоТП проводилось по методике разработанной на кафедре факультетской хирургической стоматологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Лечение пародонтита включало в себя лечение кариеса и его осложнений; обучение пациентов гигиене полости рта и контроль; проведение профессиональной гигиены и закрытого кюретажа. Общая противовоспалительная терапия проводилась с использованием антибактериальных препаратов, препаратами выбора были линкомицин, сумамед, рулид, нолицин, таривид. Для местной противовоспалительной терапии использовались аппликации и повязки на основе 0,05% хлоргексидина, трихопола, геля «Метрогил-Дента». Традиционная терапия дополнялась назначением специфического иммунокорректирующего препарата «Имудон». Во второй группе пациентов после проведения закрытого кюретажа применялось введение БоТП в область переходной складки из расчета 0,3 мл на один зубной сегмент, состоящий из 3 зубов. Для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий использовали следующие пародонтологические индексы, позволяющие оценить: состояние гигиены полости рта ONI-S индекс (J. C. Greene, J. R. Vermillion, 1964), распространенность и выраженность воспалительно-деструктивных изменений – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА, по методике С. Parma, 1960), пародонтальный индекс (ПИ, по методике A.Z. Russel, 1956), индекс кровоточивости (ИК, по методике Cowell I, 1975). Состояние и структуру костной ткани альвеолярного отростка оценивали с помощью рентгенографического контроля (ортопантомографии и внутривидовой контактной рентгенографии). В результате проведенных исследований было установлено, что индекс гигиены полости рта ONI-S в первой группе составил до лечения  $4,75 \pm 0,82$  усл. ед. - после лечения  $1,99 \pm 0,08$  усл. ед. ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует об неудовлетворительной гигиене как в первом, так и во втором случае, хотя и отмечено снижение показателя. Во второй группе до лечения ONI-S составил  $4,78 \pm 0,66$  усл. ед. - после лечения  $0,99 \pm 0,23$  усл. ед. ( $p < 0,01$ ), данный показатель после лечения свидетельствует об удовлетворительной гигиене полости рта пациентов и он является более высоким по сравнению с показателем первой группой  $p < 0,05$ . Папиллярно-маргинально-альвеолярного индекс в первой группе до лечения составил  $93,84\% \pm 15,5\%$  - после лечения  $36,53\% \pm 18,4\%$  ( $p < 0,001$ ); во второй группе до лечения  $92,57\% \pm 3,8\%$  - после лечения  $15,53\% \pm 6,8\%$  ( $p < 0,001$ ). При сравнении результатов после лечения первой и второй групп по индексу РМА  $p < 0,001$ . Пародонтальный индекс в первой группе до лечения  $6,6 \pm 1,4$  усл. ед. после лечения  $4,7 \pm 0,7$  усл. ед. ( $p < 0,01$ ); во второй группе до лечения  $6,5 \pm 1,2$  усл. ед. - после лечения  $3,3 \pm 0,5$  усл. ед. ( $p < 0,002$ ). При сравнении результатов лечения первой и второй групп по ПИ  $p < 0,05$ . Индекс кровоточивости в первой группе до лечения  $2,6 \pm 0,15$  усл. ед. - после лечения  $1,2 \pm 0,1$  усл. ед. ( $p < 0,002$ ); во второй группе до лечения  $2,57 \pm 0,02$  усл. ед. - после лечения  $0,48 \pm 0,1$  усл. ед. ( $p < 0,05$ ). При сравнении результатов лечения первой и второй групп по ИК  $p < 0,05$ . Все приведенные показатели характеризуют состояние тканей пародонта на сроках первое посещение и 1 год после проведенного лечения. Так же нами отмечено изменение глубины пародонтальных карманов через 1 год в контрольной группе на 9%; в основной группе на 28%. Кроме того, необходимо отметить, что через год после проведенного лечения всем пациентам первой группы требовалось повторное пародонтологическое лечение в том или ином объеме, обострение отмечилось в 87% случаев. Пациентам же второй группы только в 11% случаев требовалась профессиональная гигиена полости рта и местная противовоспалительная терапия. Выводы. Проведенные исследования доказывают, что применение БоТП в комплексном лечении заболеваний пародонта средней и тяжелой степени улучшает клиническую картину, снижает частоту рецидивов, удлиняет стадию ремиссии. Кроме того, данный метод может быть применен как альтернативный метод хирургическому лечению.