

**ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АМОРФНОГО ГЕЛЯ ГИДРОКСИАПАТИТА КАЛЬЦИЯ И ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА.**

*Гизатуллин Р.М., Соков С.Л.*

**Инновационный стоматологический центр «Нано-Дент», 111402, Москва, Аллея Жемчужовой д.5, корп.2.  
Кафедра медицины катастроф РУДН.**

Цель: сохранение зубов со значительной деструкцией и костной ткани пародонта с использованием при лечении новых биосовместимых материалов.

Материалы и методы: Гидроксиапатита Аморфный Наноструктурированный Гель (ГАНГ) – жидкотекучий тиксатропный остеопластический материал с концентрацией активного вещества до 80 %; Мелкогранулированный Пористый Никелид Титан (МПНТ) - имплантат для замещения костной ткани. Лечение проводилось методом эндодонтического эндоканального введения материалов.

Результатом проведенного лечения является функционирование вылеченных зубов в течение двух лет по завершению лечения.

Цель лечения заключалась в сохранении зубов, ранее рекомендованных к удалению в связи со значительной деструкцией периодонта.

Проблема лечения деструктивных форм хронического периодонтита чрезвычайно актуальна как в связи с широкой распространённостью периодонтитов, так и в связи с тем, что деструктивные формы периодонтитов (гранулированные, гранулематозные кистогранулёмы) преобладают среди других форм [1].

При лечении деструктивных форм периодонтитов обязательные приёмы эндодонтического лечения (хирургическая и антисептическая обработка макро- и микроканалов) должны быть дополнены методами активной завершительной терапии [2].

Для деструктивных форм периодонтита рекомендуется, в частности, выведение пломбирочного материала в очаг деструкции костной ткани [3].

Однако, активная завершительная терапия до сих пор остаётся методом выбора.

При благоприятном исходе лечения деструктивных периодонтитов рассасывание пломбирочного материала в очаге деструкции идёт параллельно с процессом ремоделирования костной ткани. В идеале этот период должен составлять 90-100 дней, т.е. должен быть равен периоду ремоделирования здоровой кости.

Во избежание рецидивов пролиферации соединительной ткани, выстилающих оболочки очагов остеопороза при деструктивных периодонтитах обработка очагов деструкции и материалы, выводимые за верхушку корневого канала, должны отвечать требованиям, предъявляемым к ним клиницистом-стоматологом для полноценного лечения деструктивных периодонтитов, т.е. на первом этапе лечения оказывать разрушительное бактерицидное и некротическое воздействия, а на втором этапе – способствовать регенерации периодонта и прилегающей костной ткани.

**Материалы и методы.**

В последние годы представлен ряд активно действующих препаратов для восстановления костной ткани в очаге деструкции. К ним относится и ГАНГ-отечественный препарат производства фирмы «Медкам» (г. Москва), - биоактивный костнопластический материал на основе однородной композиции гидроксиапатита, с размерностью частиц 30-50 нм и концентрацией гидроксиапатита до 80 %.

В лечении очагов деструкции при ряде стоматологических заболеваний активно применяется мелкогранулированный пористый никелид титана (МПНТ), как материал, в порах которого возможно создание благоприятных условий для оптимизации регенерации и минерализации костной ткани [4].

Теоретическим обоснованием описываемого метода лечения является закон, сформулированный Wolff J. (1872 г.), о том, что в основе каждой регенерации лежит стремление природы восстановить не форму, а функцию.

Roux W. (1893 г.), в свою очередь обосновал, что кость имеет функциональную форму и строение и происходит это от того, что функциональное раздражение вызывает трофическое раздражение клеток, в результате чего увеличивается питание кости, увеличение ведёт к увеличению органа, уменьшение, наоборот, ведёт к атрофии. Соковым Л.П. (2002 г.) обосновано учение о параморбидных адаптационных синдромах в продолжение учения Г.Селье об адаптационном синдроме [5].

С этой целью на базе стоматологической клиники за период 2005-2007 г.г. нами было проведено лечение 64 пациентов с 174 хроническими деструктивными периодонтитами, из которых большинство (110 случаев) составляли хронические гранулирующие периодонтиты, в 40 случаях ставится диагноз хронического гранулематозного периодонтита и в 24 случаях выносился диагноз – кистогранулёма.

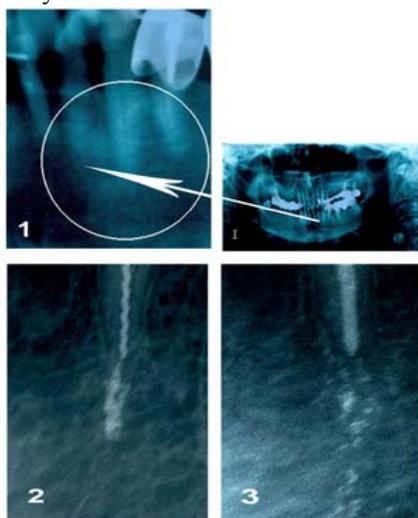
В большинстве случаев диагнозы гистологически верифицировались после извлечения содержимого заапикальных очагов деструкции предложенным нами эндоканальным методом [6].

После активной внутриканальной и заапикальной обработки корневых каналов и периапикальных очагов деструкции кости с применением, в ряде случаев, малоинвазивной инъекционно-аспирационной системы с целью химической обработки очагов деструкции, проводилось активное заапикальное выведение МПНТ (с размером частиц до 100 мкм) в комбинации с ГАНГ.

**Результаты:** Из 170 случаев лечения причинных зубов, все вылеченные зубы сохранены на период до 2,5 лет после окончания лечения. Из них 2,5 года по завершению лечения наблюдается 63 вылеченных зуба.

При R-контроле результатов лечения было обнаружено, в частности, что пористый никелид титана активно встраивается в новообразуемую костную ткань, служа её каркасом (рис. 1).

Рисунок 1:



R1-Хронический гранулематозный периодонтит 32 зуба.  
R2 – Зуб №32 в ходе лечения: заапикально выведенная в зону деструкции костной ткани комбинация МПНТ с ГАНГ определяется как непрерывный прямоугольный конгломерат.  
R3 – Зуб №32 через 70 дней после лечения: R-контрастность МПНТ заметно снижена, гранулы МПНТ участвуют в ремоделировании кости, становясь каркасом вновь образуемых трабекул; ориентируясь по линиям силового напряжения..  
Пациентка П. 66 лет

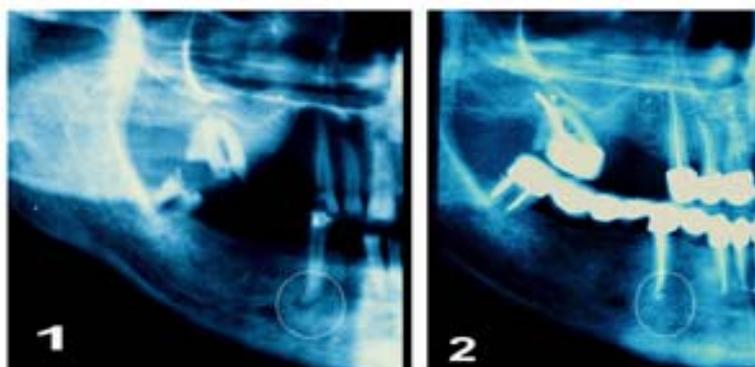
В ряде случаев в связи с остаточными явлениями деструкции костной ткани в периапикальных участках причинных зубов во избежание рецидива заболевания, в очаги деструкции через надкостницу инъекционно вводился ГАНГ предложенным нами способом [6]. Таких случаев повторных вмешательств за 2,5 года проводилось 43. все они оказались успешными.

На протяжении двух лет наблюдаются 48 вылеченных зубов.

Рецидивы отсутствуют.

Остальные 59 леченых зубов наблюдаются в сроки до 2 лет. Жалобы пациентов на леченые зубы отсутствуют. Повторные R-граммы патологии не выявляют. (рис. 2, 3).

Рисунок 2

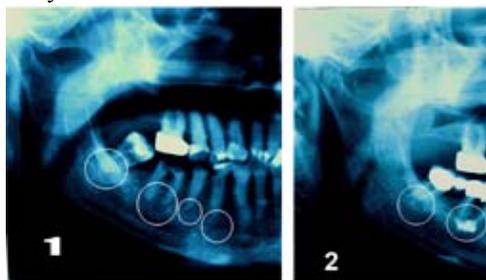


R1 – кистогранулема 45 зуба.

R2 – Через 14 месяцев после лечения.

Пациентка А. 48 лет

Рисунок 3



Через 24 месяца после лечения 44 и 45 зубов по поводу хронического гранулематозного периодонтита, коронуларадикотомии и лечения 46 зуба по поводу кистогранулёмы, лечения 48 зуба по поводу хронического гранулирующего периодонтита с заапикальным выведением комбинации МПНТ с ГАНГ, наблюдается интеграция МПНТ и костной ткани.

Пациентка М. 80 лет

**Вывод:** Предложенный метод лечения способствует восстановлению деструктивно изменённого периодонта и восстановлению вовлеченной в процесс деструкции костной ткани пародонта в минимальные (от 3 мес.) сроки на любой стадии развития заболевания, несмотря на пожилой возраст некоторых пациентов.

**Сокращения:**

ГАНГ – гидроксиапатита аморфный наноструктурированный гель.

МПНТ – мелкогранулированный пористый никелид титана.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. *Мелехов С.В., Сенников А.В.* Лечение деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита остеопластическим препаратом «Коллапан»-гель. *Стоматология №7 (29) 2003 г. Стр. 43.*
2. *Овруцкий Г.Д., Лившин Ю.Н., Лукиных Л.М.* Неоперативное лечение около корневых кист челюстей. Москва 2001г. Стр.75-76.
3. *Артюшкевич А.С., Трофимова Е.К.* Клиническая периодонтология. Минск «Интерпрессервис» 2002 г. Стр. 121-122
4. Материалы с памятью формы и новые технологии в медицине/Под ред.проф.*Гюнтера.*-Томск;Изд-во «НПП МИЦ»,2007,с.177-179.
5. *Соков Л.П., Соков Е.Л., Соков С.Л.* Руководство по нейроортопедии, 2002г., стр.74-75.
6. Патент на изобретение «Способ замещения изолированных дефектов костной ткани челюсти» №2306882 выдан 29.03.2006.