

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 617.089.167/168:(616-08.031.81+616.314.17-008.1-02)

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., Я. В. Маланюк,
В. В. Лепський**

ГУ „Институт стоматологии АМН Украины”

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА:
РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Для исследования отдаленных результатов лоскутных операций (ЛО) у пародонтологических больных были обследованы 21 пациент обоих полов в возрасте 30-57 лет. Проводился сравнительный анализ эффективности лечения на верхней и нижней челюсти, в области витальных и девитальных зубов, а также в области разных групп зубов на основании изменения высоты костной ткани (КТ) после проведения ЛО с применением синтетического остеопластического материала. Сравнительная оценка изменения высоты КТ альвеолярного отростка показала, что наилучшие результаты лечения наблюдались в группе больных в возрасте 41-50 лет, выявлено два периода увеличения высоты кости: до 6 месяцев после операции, и через 36 ± 12 мес. Динамика прироста кости на нижней челюсти лучше и стабильнее, чем на верхней, в области витальных зубов прирост кости больше, чем в области девитальных, достоверных различий результатов лечения в разных группах зубов не выявлено.

Ключевые слова: пародонтоз, больные, лоскутные операции, костные ткани

А. Г. Гулюк, Я. В. Маланюк, В. В. Лепський

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ
ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ:
РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Для дослідження віддалених результатів клаптевих операцій (КО) у пародонтологічних хворих були обстежені 21 пацієнт обох статей в віці 30-57 років. Проводився порів-

няльний аналіз ефективності лікування на верхній і нижній щелепі, в ділянці вітальних та де вітальних зубів, а також в ділянці різних груп зубів на основі зміни висоти кісткової тканини (КТ) після проведення КО з застосуванням синтетичного остеопластичного матеріалу.

Порівняльна оцінка зміни висоти КТ альвеолярного відростка показала, що найкращі результати лікування спостерігались в групі хворих в віці 41-50 років, виявлено два періоди збільшення висоти кістки: до 6 місяців після операції, та через 36 ± 12 міс. Динаміка приросту кістки на нижній щелепі краща та більш стабільна, ніж на верхній, в ділянці вітальних зубів приріст кістки більше, ніж в ділянці девітальних, достовірних відмін результатів лікування в різних групах зубів не виявлено.

Ключові слова: пародонтоз, хворі, клаптеві операції, кісткові тканини.

A. G. Guliuk, Ya. V. Malaniuk, V. V. Lepskij

The SE "The Institute of Dentistry of the AMS of Ukraine"

**THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF THE
SURGICAL METHODS IN THE COMPLEX
TREATMENT OF THE PERIODONTAL
DISEASES: RETROSPECTIVE STUDY**

There were examined 21 patients of both sexes at the age of 30-57 for the study of the remote results of patch surgery (PS) in periodontological patients. The comparative analysis of the effectiveness of the treatment at upper and lower jaw, at the area of vital and devitalized teeth, as well as in the area of the different groups of teeth on the basis of the changes of osseous tissues (OT) after the PS with the use of the synthetic osteoplastic material, was held. The comparative estimation of the changes in the height of the OT of alveolar appendix has shown that the best results of the treatment were observed in the group of patients at the age of 41-50. The two periods of the growth of the height of bone: 6 months before the surgery and in 36 ± 12 months, were revealed.

The dynamics of the growth of the bone on the lower jaw is better and more stable, than on the

upper one. At the area of vital teeth the growth of the bone is more intensive than in the one of the devitalized ones. The considerable differences in the results of treatment in different groups of teeth were not found.

Key words: periodontosis, patients, patch surgeries, osseous tissues.

Актуальность темы. Для достижения оптимальных результатов лечение пародонтита II-III степени требуется комплексный подход, в том числе, хирургического лечения. Нуждаемость пародонтологических больных в хирургическом лечении составляет 78 %, из них 68,3 % – нуждаются в проведении лоскутных операций (ЛО) [1-5]. Возраст, степень заболевания, тип костной ткани больного, а также влияние общих и местных факторов организма, не способствует остановке процесса потери костной ткани. К тому же эффективность хирургических методов недостаточно изучена в отдаленные сроки. Поэтому не все врачи используют хирургические подходы в лечении больных пародонтитом.

Целью настоящего ретроспективного исследования была оценка эффективности использования хирургических методов (проведения ЛО) в лечении заболеваний пародонта в отдаленные сроки.

В рамках исследования были поставлены следующие задачи: 1. Сравнить результаты хирургического лечения генерализованного пародонтита II-III ст у больных разных возрастных групп в отдаленные сроки.

2. Выявить динамику изменения высоты костной ткани (КТ) после проведения ЛО с применением синтетического остеопластического материала.

3. Провести сравнительный анализ эффективности лечения на верхней и нижней челюсти, в области витальных и девитальных зубов, а также в области разных групп зубов.

4. Проследить зависимость изменения высоты КТ альвеолярного отростка от пола, возраста, изначальной высоты кости и показателей денситометрии.

Материалы и методы исследования.

Для ретроспективного исследования отдаленных результатов лоскутных операций были отобраны амбулаторные карты 21 пациента,

из них: 16 женщин, 5 мужчин (рис. 1). Операции проводились с 2002 по 2007 г. Минимальный возраст пациента на момент операции составлял 30 лет, максимальный – 57 лет, в среднем – $46,5 \pm 1,3$ года (рис. 2). Всего было проведено 47 операций в области 229 зубов, из них: в области 102 зубов на верхней челюсти, 127 – на нижней (рис. 3).

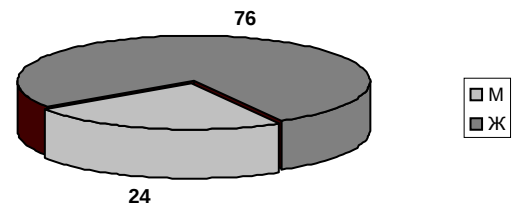
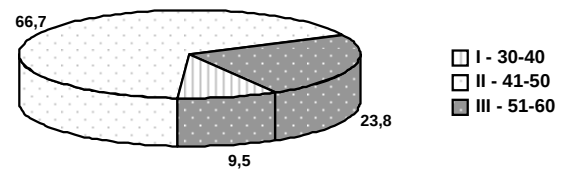


Рис. 1. Распределение пациентов по полу, %.



Средний возраст: I - 33 (± 3); II – 46 ($\pm 0,6$); III - 53 ($\pm 1,4$)

Рис. 2. Распределение пациентов по возрастным группам, %.

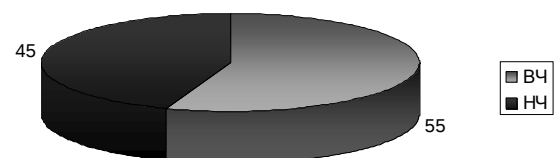


Рис. 3. Распределение области проведения ЛО по локализации, %.

Для оценки отдаленных результатов ЛО производилось измерение высоты КТ до операции и на момент последующих кон-

трольных посещений. Измерения проводились на ортопантограммах в программе WixWin PRO в области каждого зуба, с мезиальной и дистальной стороны. Измерялось расстояние от дна костного кармана до проекции верхушки корня, параллельно оси корня зуба.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного пакета Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Для исследования динамики изменения объема КТ все время исследования было разделено на 6 временных периодов, по которым были распределены моменты получения контрольных рентгенограмм пациентов. С учетом этих временных промежутков между контролями были вычислены средние значения для каждого из периодов. Таким образом, учет результатов производился в сроки:

I - до 6 мес. после операции (в среднем $3,4 \pm 1,6$ мес.);

II - 6-12 мес. после операции (в среднем $10,7 \pm 0,5$ мес.);

III - 12-24 мес. после операции (в среднем $16,6 \pm 4,3$ мес.);

IV - 24-36 мес. после операции (в среднем $26,6 \pm 7,5$ мес.);

V - 36-48 мес. после операции (в среднем $38,5 \pm 2,7$ мес.);

VI - 48-60 мес. после операции (в среднем $56,1 \pm 2,4$ мес.).

Проводилась сравнительная оценка динамики изменения высоты КТ на нижней и верхней челюсти, а также в области разных групп зубов.

Приведенные данные (рис. 4) иллюстрирует динамику изменения высоты КТ после ЛО в области резцов в разных возрастных группах.

У всех больных в послеоперационном периоде наблюдалось два периода увеличения высоты КТ в сравнении с дооперационным периодом.

Первый подъем КТ связан с проведением самой ЛО, и подсадкой остеопластического материала. Далее наблюдалось снижение высоты КТ. Мы предполагаем, что в это время происходила реорганизация структуры аугментата, которую мы не могли наблюдать на рентгеновском снимке. Второе увеличение высоты КТ наблюдалось в IV-V временном периоде (рис. 4), что соответствует в среднем 36 мес. после операции. Мы считаем, что это высота новообразованной КТ на основе аугментата. В дальнейшем мы наблюдали постоянное уменьшение высоты КТ.

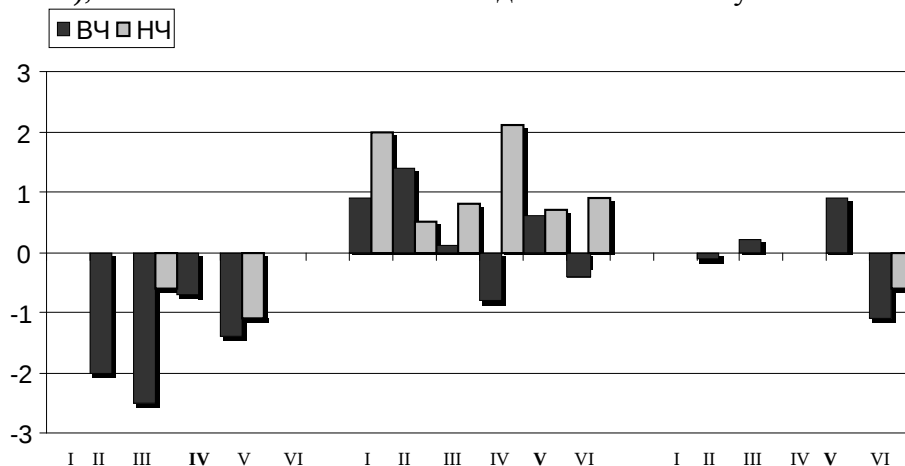


Рис. 4. Динамика изменения высоты костной ткани после ЛО в области резцов

Диаграмма также позволяет сравнить результаты на верхней и нижней челюсти - прирост кости на верхней челюсти значительно уступает приросту на нижней челюсти. Вероятно, это зависит от разного типа кровоснабжения верхней и нижней челюсти - обильное кровоснабжение верхней челюсти приводит к значительной резорбции аугмен-

тата в послеоперационном периоде, что в дальнейшем негативно влияет на образование в этом участке КТ.

Мы предполагали, что результаты операций в области разных групп зубов могут отличаться, так как каждая группа зубов держит разную окклюзионную нагрузку. Но достоверных различий изменения высоты

КТ между группами зубов выявлено не было.

Во всех группах прослеживается схожая динамика (наблюдается два подъема высоты кости: первый – до 6 месяцев после операции, второй – через 36 ± 12 мес. после ЛО), изменение высоты КТ во всех группах колеблется в среднем $\pm 2,5$ мм от начальной высоты кости.

Также нами было изучено изменение высоты КТ в области витальных и девитальных зубов на нижней и верхней челюсти. Было установлено, что в I и III возрастных группах изменение высоты кости в области витальных зубов больше, чем в области девитальных (рис. 5), на нижней челюсти прирост кости больше (рис. 6), чем на верхней, опять же, прирост кости в области витальных зубов больше, чем в области девитальных.

Таким образом, можно говорить о том, что витальные зубы поддерживают остеогенез КТ альвеолярного отростка после ЛО.

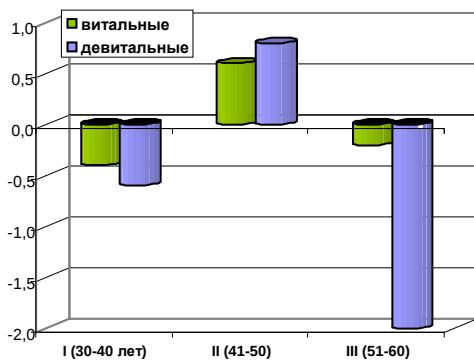


Рис. 5. Изменение высоты КТ в области витальных и девитальных зубов.

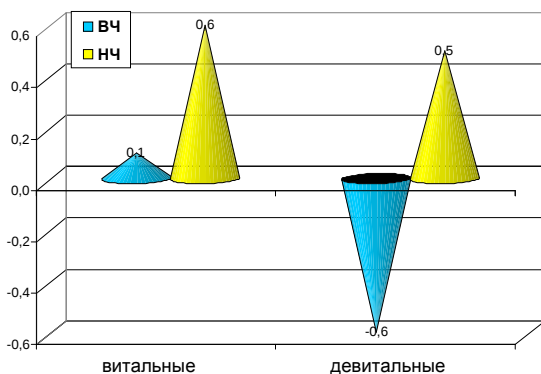


Рис. 6. Изменение высоты КТ в области витальных и девитальных зубов верхней и нижней челюсти.

Далее нами была проанализирована зависимость прироста высоты КТ от пола больного, возраста на момент операции, исходного уровня кости, а также от показате-

лей плотности КТ скелета. Для этого использовались непараметрические методы оценки корреляции – определялся коэффициент корреляции Спирмена (рис. 7). Изменение высоты КТ фиксировалось как таковое на момент последнего контроля для каждого пациента, и определялось, таким образом, спустя в среднем $24 \pm 4,8$ мес. после лоскутной операции.

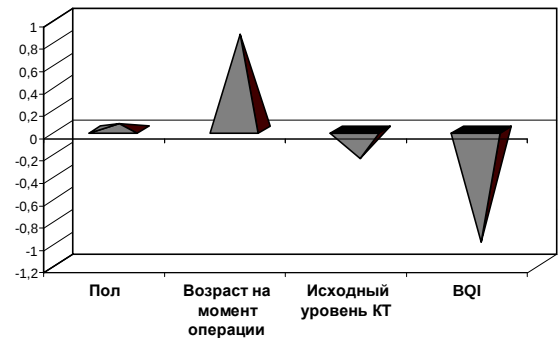


Рис. 7. Факторы, влияющие на прирост высоты КТ через $24 \pm 4,8$ мес. После ЛО.

Представленная диаграмма иллюстрирует незначительную зависимость прироста КТ от пола; с увеличением возраста пациента увеличивается послеоперационный прирост КТ. С исходным уровнем КТ корреляция отрицательная. Вероятно, такой результат связан со значительной вариабельностью исходных данных. Прирост высоты КТ после ЛО меньше у пациентов с более высоким индексом качества кости (BQI) по данным денситометрии.

Для того чтобы выяснить, почему корреляция прироста высоты кости оказалась отрицательной с показателями денситограммы, было проведено исследование изменения прироста кости в группах пациентов с разным индексом качества кости (рис. 8). Для этого все пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с показателем BQI. Также были выделены три временных периода.

Результаты исследования показали, что у пациентов, значения индекса качества кости которых попадало в «красную зону» наблюдались наихудшие результаты лечения. У пациентов «зеленой зоны» также отмечен низкий результат лечения (мы считаем, что показатель высокого индекса качества кости

указывает скорее на остеосклероз), а в группе пациентов «желтой зоны» наблюдался наибольший прирост высоты КТ

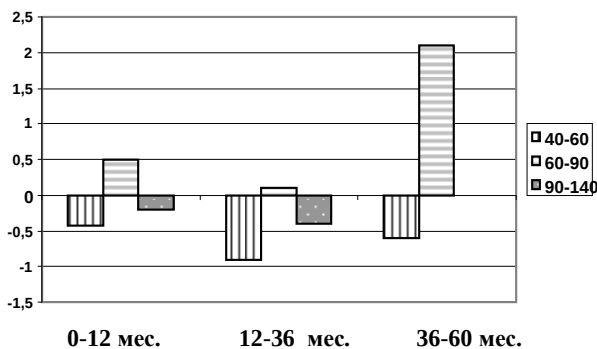


Рис. 8. Динамика изменения высоты КТ в группах с разным BQI.

Таким образом, оптимальные результаты лечения достигаются при среднем индексе качества кости, что соответствует «желтой зоне» денситограммы (60-90 BQI).

Выводы. 1. В отдаленные сроки (54 ± 6 мес) после проведения ЛО по Видману-Нейману в модификации Ramford наблюдается незначительное изменение высоты КТ - ± 2 мм от начального уровня.

2. Сравнительная оценка изменения высоты КТ альвеолярного отростка у больных разных возрастных групп показала, что наилучшие результаты лечения наблюдались в группе больных в возрасте 41-50 лет.

3. В результате изучения динамики изменения высоты КТ, было обозначено два периода увеличения высоты кости: 1-й – до 6 месяцев после операции, 2-й – через 36 ± 12 мес. после ЛО.

4. Ретроспективное изучение результатов хирургического лечения показало, что динамика прироста кости на нижней челюсти лучше и стабильнее, чем на верхней, в области витальных зубов прирост кости больше, чем в области девитальных, достоверных различий результатов лечения в разных группах зубов не выявлено.

5. Наилучшие результаты лечения отмечаются при среднем индексе качества кости (60-90 BQI).

Список литературы

1. Белоклицька Г.Ф. Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційної фармакотерапії генералізованого пародонти ту. Автореф.дис., д-ра мед.наук. – К., 1996. – 43 с.

2. Бугоркова И.А. Активация процессов регенерации и тканей пародонта при оперативном лечении генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени тяжести // Вісник стоматології. – 2005. - №4. С.18-20.

3. Особливості перебігу післяопераційного періоду при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту / Пюрик В.П., Проць Г.Б., Деркач Л.З., Тарнавська Л.В. // Вісник стоматології. – 2004. - №4. – С.49-51.

4. Степанков А.Е. Френулопластика, вестибулопластика и операции на тканях пародонта. М., 2000. – 368 с.

5. Чумакова Ю.Г. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных генерализованным пародонтитом в зависимости от степени развития заболевания // Вісник стоматології. – 2004. - №1. – С.43-45.

Поступила 06.02.09.

УДК 616.314-77:615.462:615.275.4:612.015.31

**Р. В. Керницький, В.И. Карый, к. мед. н.,
Л. Н. Россаханова, к. биол. н., Н. В. Карая**

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСБИОЗА В СЛЮНЕ БОЛЬНЫХ АЛЬВЕОЛИТОМ

Исследовали с помощью биохимических маркеров слюны состояние микробиоценоза и воспаления в полости рта у 16 больных с альвеолитом, развившимся после удаления зуба по поводу периодонтита. Установили значительное повышение активности уреазы и снижение активности лизоцима, 7-кратное увеличение степени орального дисбиоза. Одновременно в слюне повышался уровень маркеров воспаления – МДА и ОПА, снижалась активность каталазы и, особенно, антиоксидантно-прооксидантный индекс АПИ. Проведенное лечение, включавшее про- и пребиотики, возвращало к норме маркеры воспаления и активность лизоцима, однако степень орального дисбиоза оставалась выше нормы в 2,6 раза.

Ключевые слова: альвеолит, дисбиоз, воспаление, маркеры воспаления и дисбиоза, пробиотики, пребиотики.