

органов мочевой системы у плодов и новорожденных увеличивается со степенью гипоксии. По мере нарастания в перинатальном периоде тяжести гипоксического воздействия, в последующем увеличивается удельный вес патологии, обусловленной дефицитом паренхимы почек, грубыми пороками почек и нарушением уродинамики в виде ПМР.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Врожденные пороки развития у детей в Республике Башкортостан (по данным мониторинга за 2007-2012 гг.) / Аскарлова З. Ф., Марданова А. К., Аскарлов Р. А., Карелин А. О., Имельбаева Э. А. // Российский педиатрический журнал. — № 2. — 2014. — С. 4-9.
2. Анотонова И. А. Эпидемиологическая и клиническая характеристика врожденных аномалий развития мочевой системы у детей в крупном административно-хозяйственном центре Западной Сибири: Автореф. дис... канд. мед. наук. / Анотонова И. А.; Омская гос. мед. академия — Омск, 2010. — 22 с.
3. Пороки развития: Информационный бюллетень ВОЗ № 370. Апрель 2015 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/ru/> (дата обращения 30.08.15).
4. Аномалии мочевой системы: анализ факторов риска / Пишак В. П., Ризничук М. А., Подвысоцкая Н. И. // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. — 2013. — Том 3, № 3. — С. 46-48.
5. Зеленцова В. Л. Нефропатии перинатального периода, особенности течения, исходы: Дис.... докт. мед. наук / Зеленцова В. Л.; Уральск. гос. мед. академия. — Екатеринбург, 2003. — 344 с.
6. Влияние хронической внутриутробной гипоксии на морфофункциональные особенности органов мочевыделительной системы плодов и новорожденных / Мирошниченко М. С., Марковский В. Д., Сорокина И. В. // МОРФОЛОГИЯ. — 2013. — Том VII, № 2. — С. 57-60.
7. Развитие почек и процессы свободнорадикального окисления у новорожденных и детей раннего возраста, рожденных у матерей с неблагоприятным течением беременности / Аушева Ф. Х., Летифов Г. М. // Педиатрия. 2007. — Т. 86, № 6. — С. 15-20.

**А. В. Казакова, А. А. Казанцев, В. П. Журавлев**

### **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО МЕТОДА ПОДСЛИЗИСТОГО ШИНИРОВАНИЯ**

*Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург*

#### **Аннотация**

На основании изучения современной литературы в статье представлены данные о различных методах шинирования подвижных зубов при лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

**Ключевые слова:** методы шинирования, хронический генерализованный пародонтит, подвижные зубы.

Проблема комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени имеет высокую социальную значимость в связи с тем, что удаление подвижных зубов при данном заболевании вызывает изменения не только эстетического состояния прикуса, но и физиологии пародонта [1, 2, 3].

Трудности протезирования в последующем объясняются развитием травматической окклюзии, усугубляющейся патологической подвижностью оставшихся зубов [4, 5].

Разработка нового метода фиксации зубов с высокой степенью подвижности является

необходимым этапом улучшения качества пародонтологического лечения.

**Цель исследования** — повысить эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени путем применения нового метода подслизистого шинирования.

В период с 2011 г. по 2015 г. обследовали и провели лечение 63 пациентам (44 женщины и 19 мужчин) в возрасте от 25 до 55 лет с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени». Обследование и лечение проводилось на базе стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России и стоматологического отделения УМК ГБОУ ВПО ТюмГМУ Минздрава России. При клиническом обследовании пациентов определяли индексы гигиены (ОНИ-S, API), индекс кровоточивости (SBI), пародонтальный индекс (PI), глубину пародонтальных карманов. Для оценки величины убыли костной ткани использовали индекс Фукса. Лабораторные исследования включали анализ кальций-фосфорного обмена, оценку содержания паратиреоидного гормона, маркера костного ремоделирования остеокальцина, маркера костной резорбции b-Crosslaps в сыворотке крови.

Основную группу составили 32 пациента (44,22±1,5 лет), из них 20 женщин и 12 мужчин, которым проводились лоскутные операции с подслизистым шинированием (патент на изобретение №2524780 от 16.06.14) с применением хирургического материала «Титанелл» (№33588 от 26.09.2012, ООО НПФ «Темп», г. Екатеринбург).

Группу сравнения составил 31 пациент (42,09±1,8 лет), из них 24 женщины и 7 мужчин, которым проводились лоскутные операции с предварительным традиционным шинированием с применением шин «Ribbond» и «Glass Span» (США).

В основной группе послеоперационные осложнения (слабость, повышение температуры, боль в первые сутки) наблюдались у 3 (9,4%) пациентов, в группе сравнения — у 8 (25,8%). У 1 пациента локально наблюдались отек и изъязвления слизистой десневых сосочков в результате отсутствия гигиены полости рта в послеоперационный период. Перелом и отхождение наддесневой шины наблюдались у 4 (12,9%) пациентов.

Значение индекса ОНИ-S у пациентов основной группы через 3 месяца после лечения снизилось до 0,91±0,19, что статистически достоверно отличалось от исходных данных и было ниже показателей группы сравнения (1,21±0,13) ( $p<0,05$ ). Через 6 и 12 месяцев в основной группе показатели не превышали 1,18±0,14 и 1,34±0,12, в группе сравнения — 1,34±0,12 и 1,60±0,16, соответственно ( $p<0,05$ ). Показатели индекса API в основной группе через 3 месяца после операции были достоверно ниже исходных данных — 11,32±0,27% (исходно 57,38±1,02%), в группе сравнения — 14,32±0,51% (исходно 57,65±1,11%). Через 6 и 12 месяцев в основной группе значение API составило 12,53±0,40% и 15,68±0,43%. В группе сравнения API не превышал 17,32±0,48% и 21,23±0,44%, соответственно, что статистически отличалось от данных группы исследования ( $p<0,05$ ).

Через 3 месяца отмечалось снижение значения индекса кровоточивости SBI у пациентов обеих групп. Через 12 месяцев показатели SBI в основной группе не превышали 11,48±0,24%, а в группе сравнения — 21,21±1,13% (при исходных 82,27±0,91% и 80,33±1,24%) ( $p<0,05$ ).

Наблюдалось достоверное снижение значений PI, которые через 3 месяца у пациентов основной группы составляли 1,43±0,03, у пациентов группы сравнения — 1,56±0,04 ( $p<0,05$ ). Через 6 и 12 месяцев в основной группе отмечали снижение значений пародонтального индекса, что характеризовало состояние, как частичное восстановление костной ткани пародонта. В группе сравнения изначально наблюдалось снижение значений индекса PI, по истечении 12 месяцев после проведенного лечения показатели индекса PI доходили до 3,01±0,05, что соответствовало наличию воспалительного процесса в тканях пародонта среднетяжелой степени.

При измерении глубины пародонтальных карманов через 12 месяцев было отмечено уменьшение их глубины в основной группе до 5,29±0,05 мм (по сравнению с исходными данными — 8,66±0,08), в группе сравнения — 6,12±0,05 (при исходных показателях 8,49±0,06) ( $p<0,05$ ).

Оценка состояния костной ткани альвеолярных отростков при рентгенологическом обследовании после хирургического лечения

спустя 12 месяцев у пациентов основной группы показала достоверное улучшение индекса Фукса в основной группе с  $0,38 \pm 0,02$  до  $0,61 \pm 0,05$ , в группе сравнения — с  $0,39 \pm 0,02$  до  $0,54 \pm 0,03$  ( $p < 0,05$ ).

Результаты лабораторного исследования показали, что у 23,8% всех обследуемых пациентов уровень свободного кальция в сыворотке крови составлял  $1,05$  ммоль/л и меньше, что было ниже референсных значений ( $1,05$ - $1,30$  ммоль/л). В качестве медикаментозной поддержки в предоперационный период пациентам основной группы был назначен препарат Остеогенон в суточной дозе 1600 мг (по 800 мг два раза в день) в течение 2 месяцев до оперативного вмешательства.

Через 2 месяца в подгруппах лиц с исходно нормальным уровнем ионизированного кальция существенных изменений в динамике не было обнаружено (в основной группе —  $1,14 \pm 0,01$  ммоль/л при исходном  $1,11 \pm 0,01$  ммоль/л, в группе сравнения —  $1,12 \pm 0,01$  ммоль/л при исходном  $1,12 \pm 0,01$  ммоль/л).

Существенная динамика изменений уровней свободного кальция наблюдалась у пациентов с исходно низким уровнем  $Ca^{2+}$

после приема Остеогенона. Показатели увеличились до  $1,11 \pm 0,03$  ммоль/л (при исходном —  $0,97 \pm 0,02$  ммоль/л). В группе сравнения уровень  $Ca^{2+}$  через 2 месяца составил  $1,00 \pm 0,01$  ммоль/л (при исходном —  $0,98 \pm 0,03$  ммоль/л). Статистически достоверных различий уровней фосфора и паратиреоидного гормона в сыворотке крови у пациентов основной группы и группы сравнения выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Уровни остеокальцина и b-CrossLaps в основной группе и группе сравнения через 2 месяца практически не отличались от исходных данных ( $p > 0,05$ ).

### Выводы.

Новый метод подслизистого шинирования является эффективным и безопасным способом оперативного лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени, позволяющим зафиксировать зубы с III-IV степенью подвижности.

Применение препарата Остеогенон в период предоперационной подготовки пациентов способствует физиологической коррекции снижения содержания ионизированного кальция в организме.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Белоусов Н. Н. Определение эффективности шинирования зубов при тяжелых формах воспалительных заболеваний пародонта / Белоусов Н. Н. // Пародонтология. — 2009. — № 3. — С. 41-44.
2. Жолудев С. Е., Делец А. В. Обоснование применения различных шинирующих конструкций при атрофических процессах в тканях пародонта (обзор литературы). // Проблемы стоматологии. — 2013. — № 4. — С. 16-22.
3. Усова Н. Ф. Воспалительные заболевания пародонта: патогенез, принципы комплексного лечения. // Сибирский медицинский журнал. — 2013. — № 1. — С. 141-144.
4. Lundgren D., Rylander H., Laurel L. To save or to extract, that is the question. Natural teeth or dental implants in periodontitis — susceptible patients: clinical decision-making and treatment strategies exemplified with patient case presentations. // Periodontology 2000. — 2008. — Vol. 47. — P. 27-50.
5. Martin J. A., Page R. C., Loeb C. F. Tooth Loss in 776 treated periodontal patients. // J Periodontol. — 2010. — Vol. 81, № 2. — P. 244-250.