

Гольдштейн Елена Владимировна

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА
У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ
И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.21 – СТОМАТОЛОГИЯ

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена на кафедре хирургической стоматологии
Уральской государственной медицинской академии.

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор **Мальчикова Л.П.**

Научный консультант: доктор медицинских наук,
профессор **Постникова Т.Н.**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор **Зырянов Б.Н.**
доктор медицинских наук,
профессор,
академик **Блохина С.И.**

Ведущее учреждение: **Пермская государственная
медицинская академия**

Защита состоится « ____ » _____ 2000 г. в _____ часов

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

При большом количестве работ, посвященных лечению хронического генерализованного пародонтита, остаются малоизученными особенности течения этого заболевания при хроническом панкреатите (ХП) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ-12пк). Данные о таких заболеваниях зачастую доступны только узкому кругу стоматологов и гастроэнтерологов (Цепов Л.М., Грудянов А.И., Василенко В.Х., Кирсанов А.И., Горбачева И.А.).

Поражение тканей пародонта, которое развивается на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, протекает по типу хронического воспалительного процесса с ранней генерализацией. За последние два десятилетия интерес к данной проблеме возрос и значительно изменились взгляды на этиологию, патогенез и лечение данного заболевания тканей пародонта (Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., Балин В.Н.). Однако, без учета особенностей клинического течения хронического генерализованного пародонтита при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ХП и ЯБ-12пк) проводимые методы лечения были не всегда эффективны. Вероятно, это связано с тем, что лечение проводилось без учета изменений кальциевого обмена при данной сопутствующей патологии. Ионы кальция контролируют многие физиологические процессы: контактное узнавание клеток, обеспечение стабилизации их формы, структуры, потенциала покоя, регуляцию проницаемости мембран нейронов и миоцитов к одновалентным катионам, участие в инициации мышечного сокращения, стимуляцию секреторных и биосинтетических процессов в экзо- и эндокринных клетках, каталитическую активность многих ферментов, свертываемость крови, формирование костного скелета. Основную роль в абсорбции кальция и фосфора играет биологически активная форма витамина D- $(1,5(\text{OH})_2\text{D}_3)$, которая образуется после трансформации в печени под воз-

действием 25-гидроксилазы до 25- гидроксикальциферола и в дальнейшем отвечает за резорбцию костной ткани (Даламбахер М.А., Шах Т.Е.).

Поджелудочная железа участвует во многих функциях организма, в то же время активная форма витамина D влияет на секрецию инсулина в ее островковых клетках. Его дефицит приводит к недостаточной секреции инсулина, вызывает нарушения внутриклеточного обмена кальция. Известно, что кальций стимулирует внешнесекреторную деятельность поджелудочной железы и относится к кальцийрегулирующему компоненту, оказывающему влияние на транспорт кальция в органах-мишенях. К таким органам относятся кости и кишечник. Интра- и экстрацеллюлярное присутствие ионов кальция является предпосылкой для нормального секреторного процесса. В свою очередь при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки происходит нарушение всасывания витамина D (активной его формы – D₃), что приводит к его дефициту, вследствие чего нарушается абсорбция кальция и усиливается резорбция костной ткани, см. рис.1(Василенко В.Х., Кочина Е.Н., Дегтяренко И.И., Харченко Н.В.,).

Нам не встречались работы по оценке взаимовлияния заболеваний поджелудочной железы (ХП) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ-12пк) на пародонт. Не проводились исследования по подбору методов комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у этой категории больных.

ЦЕЛЮ настоящей работы является повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у больных хроническим панкреатитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Для достижения цели поставлены следующие **ЗАДАЧИ**:

1. Выявить характер и частоту поражений тканей пародонта у больных хроническим панкреатитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.
2. Изучить клинико-лабораторные особенности течения хронического генерализованного пародонтита при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ХП и ЯБ 12 –пк).
3. Определить значимость показателей содержания кальция в крови и моче, денситометрии у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени.
4. Обосновать особенности комплексного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом при хроническом панкреатите и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА.

Впервые выявлены особенности течения заболеваний тканей пародонта (хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (ХГПССТ) и тяжелой степени (ХГПТС)) при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ХП и ЯБ-12пк).

Обоснован характер морфологических и функциональных изменений при хроническом генерализованном пародонтите у больных ХП и ЯБ-12пк. При ХП характерны изменение в пародонте средней степени тяжести и незначительное нарушение минеральной плотности костной ткани. При ЯБ-12пк – изменение в пародонте тяжелой степени и выраженное уменьшение минеральной плотности костной ткани.

Установлено влияние кальциевого обмена в развитии хронического генерализованного пародонтита.

Предложены новые подходы к хирургическому лечению хронического пародонтита в зависимости от степени тяжести патологического процесса (патент на изобретение №2124321 от 10 января 1999 года).

Обоснована кратность посещений стоматологов и гастроэнтеролога диспансерном наблюдении.

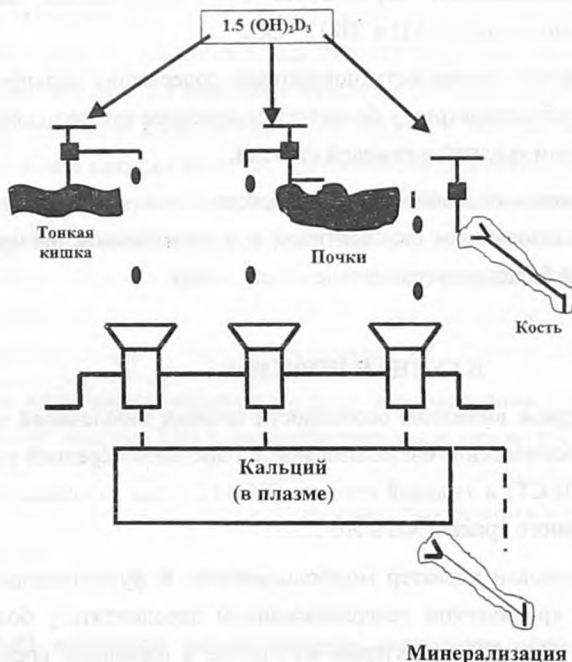


Рисунок 1. Некоторые функции гидроксилированных производных витамина D_3 в регуляции уровня кальция

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ.

В результате проведенных исследований были выявлены клинико-лабораторные особенности течения хронического генерализованного пародонтита при хроническом панкреатите и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Обоснована целесообразность определения кальция и данных денситометрии для оценки степени тяжести поражения пародонта.

Предложены новые методы хирургического лечения тканей пародонта с использованием современных средств (гидроксипатит с целлюлозой), стимулирующих репаративные процессы.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ.

Разработанные методы лечения хронического генерализованного пародонтита при хроническом панкреатите и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки внедрены в практику хирургического отделения стоматологической клиники Уральской государственной медицинской академии, в стоматологических поликлиниках г Екатеринбурга (№1, №5, №6) и городов Свердловской области (Нижний Тагил, Каменск-Уральский), г. Тюмени.

Материалы исследования используются в учебном процессе на стоматологическом факультете УГМА, курсах усовершенствования врачей.

ПОЛОЖЕНИЯ ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Изучение клинико-лабораторных особенностей поражения тканей пародонта при патологии желудочно-кишечного тракта (ХП и ЯБ 12пк), позволяют считать данные заболевания взаимосвязанными.

2. Тяжесть течения хронического генерализованного пародонтита коррелирует с ХП и ЯБ 12пк и различна у этих групп больных.
3. Предложены методы хирургического лечения тканей пародонта у больных с ХП и ЯБ 12пк в зависимости от степени тяжести хронического генерализованного пародонтита.
4. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита и диспансерное наблюдение проводить стоматологам совместно с гастроэнтерологом.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ.

Основные положения диссертации докладывались и обсуждались на ежегодных заседаниях областной ассоциации стоматологов (1998, 1999), научных конференциях молодых ученых и студентов УГМА (1998, 1999), конференции по вопросам гастроэнтерологии для врачей Уральского региона с международным участием (1998), годичных научных сессиях Уральской государственной медицинской академии (1997, 1998, 1999, 2000), проблемной комиссии стоматологического факультета УГМА (2000).

ПУБЛИКАЦИИ:

По материалам диссертации опубликовано 7 работ. Получен патент на изобретение «Способ хирургического лечения костной атрофии альвеолярного отростка» (№ 2124321) 10 января 1999г.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ.

Работа изложена на 162 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 17 таблицами и 28 рисунками. Библиографический указатель содержит 20 работ отечественных и 43 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В соответствии с поставленными задачами в период с 1994 по 1999 год проведено обследование и полное комплексное лечение 60 пациентам в возрасте от 25 до 60 лет с хроническим генерализованным пародонтизом. На тканях пародонта, каждому из 60 больных, сделано от 2 до 4 операций с применением средств, стимулирующих репаративные процессы. Общее количество оперативных вмешательств – 193. Контрольную группу составили 26 человек в возрасте от 20 до 59 лет.

Обследование пациентов основной и контрольной групп включало: расспрос, осмотр, инструментальные методы исследования пародонта, изучение ортопантограмм и дентальных рентгенограмм.

Состояние тканей пародонта оценивалось по 4 индексам: индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) по методике Podshadley, Haley (1968), комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по методике Леус П.А. (1988), индекс гингивита и периодонтита (PDI) по методике Ramfjord (1959), индекс рентгенограмм (Re) по методике Sheiham, Striffler (1970).

Поскольку все пациенты имели заболевания пищеварительной системы (определенные жалобы, указания на результаты ранее проводимых иссле

дований), то они были проконсультированы гастроэнтерологом. В дальнейшем им были проведены необходимые исследования для верификации диагноза либо в условиях гастроэнтерологического стационара ГKB №25, или амбулаторно. По сопутствующей патологии больные представляли две группы: 35 пациентов - с заболеванием поджелудочной железы (из них 19 человек имели ХП в сочетании с поражением желчевыводящих путей – желчнокаменной болезнью, некалькулезным хроническим холециститом, дискинезией желчевыводящих путей), 25 человек - с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (из них 10 человек имели сочетание ЯБ-12пк с ХП, который не определял клинику и течение язвенной болезни).

Полное комплексное лечение и дальнейшее изучение отдаленных результатов (через 3-5 лет) было проведено 60 пациентам. Общее количество операций на тканях пародонта составило 193. По тяжести изменений в тканях пародонта выделены 2 группы: 35 человек имели среднюю степень, и 25 - тяжелые поражения. Пациенты, которые имели легкую степень изменений в тканях пародонта, в наших исследованиях не участвовали. По тяжести хронического генерализованного пародонтита больные с ХП распределились таким образом: средняя степень составляла 77.14%, тяжелая – 22.86%. В группе пациентов с ЯБ-12пк среднюю степень поражения пародонта имели 24%, тяжелую – 76%.

Распределение больных хроническим панкреатитом и язвенной болезнью 12-типерстной кишки по возрасту в зависимости от степени тяжести поражения пародонта приведены в таблицах №1 и №2. На основании приведенных данных можно отметить, что при патологических изменениях поджелудочной железы (ХП) воспалительно-деструктивные изменения в тканях пародонта чаще встречаются в возрасте 20-49 лет. Хронический генерализованный пародонтит у больных с ЯБ-12пк отмечен в возрасте от 30 до 59 лет.

Таблица 1.

Распределение больных хроническим панкреатитом по возрасту в зависимости от степени тяжести поражений пародонта

Степени тяжести хронического генерализов. Пародонтита	Возраст								Всего	
	20-29		30-39		40-49		50-59			
	Абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
Средняя	4	11,4	10	28,6	12	34,3	1	2,9	27	77,2
Тяжелая	0	0,0	3	8,5	4	11,4	1	2,9	8	22,8
Всего	4	11,4	13	37,1	16	45,7	2	5,8	35	100,

Таблица 2

Распределение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по возрасту в зависимости от тяжести поражений пародонта

Степень тяжести хронического генерализован. Пародонтита	Возраст								Всего	
	20 – 29		30 – 39		40 – 49		50 – 59			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Средняя	0	0	3	50.0	2	33.3	1	16.7	6	24.0
Тяжелая	0	0	4	21.1	10	52.6	5	26.3	19	76.0
Всего	0	0	7	28.0	12	48.0	6	24.0	25	100

Обследование пациентов с ХП включало: общий анализ крови, мочи, микроскопическое исследование кала, биохимическое исследование крови (определение концентрации билирубина сыворотки крови, активности трансаминаз - АлАТ и АсАТ, щелочной фосфатазы, определение

тимоловой пробы, исследование концентрации сахара крови, холестерина, β -липопротеидов, общего белка сыворотки крови, белковых фракций - общепринятые унифицированные методы исследования), определение активности альфа-амилазы сыворотки крови и мочи методом Каравея, активности трипсина сыворотки крови и ингибитора трипсина по Эрлангеру в модификации Шатерникова В.А.

Для определения состояния экзокринной функции поджелудочной железы осуществлялось определение количества дуоденального содержимого, содержание бикарбонатов и активность панкреатических ферментов (амилазы, липазы, трипсина) в базальном содержимом и в стимулированном секрете. Бикарбонатную щелочность секрета определяли по Лепорскому Н.И. (1974).

Исследование секреторной и кислотообразующей функции желудка у больных с ЯБ-12пк проводилось с применением субмаксимального гистаминового теста по Фишзон-Риссу Ю.И. Всем больным проводилась фиброгастро-дуоденоскопия, у значительной части обследуемых пациентов (у 19 человек - 76%) были взяты биоптаты из антральной и фундальной части желудка с гистологическим исследованием биоптатов и окраски их на выявление *Helicobacter Pylori*. Определенной группе больных проводилось рентгенологическое исследование. Необходимо отметить, что при данной патологии, особенно вызванной НР, нарушается главная функция двенадцатиперстной кишки – абсорбция кальция в кишечнике, поступающего с пищей.

Пациентам с патологией тканей пародонта и сопутствующими заболеваниями ХП и ЯБ-12пк были проведены исследования минеральной плотности кости на денситометре по пяточной кости (Lunar-Axiles) или позвоночнику (Lunar-Colod) и определение кальция в плазме крови (методом определения кальция по цветной реакции с глиоксаль-бис-2-оксианилом) и моче.

Всем больным проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а некоторым пациентам (по показаниям) - компьютерную томографию этих органов.

Обработка результатов исследования основывалась на методах вариационной статистики: вычисление средних значений изучаемых величин (M), средней ошибки среднего значения (m), среднего квадратического отклонения (G); сравнение средних значений показателей в исследуемых группах с этими же показателями в контрольной группе. Вычисления проводились с помощью набора программ, подготовленного сотрудниками кафедры физики УрГМА, и пакета программ для статистической обработки лабораторных и статистических данных STATISTICA. В некоторых таблицах при сравнении данных был использован метод альтернативного варьирования с учетом небольшого объема группы исследуемых пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

На основании клинического стоматологического обследования 35 пациентов с ХП у 27 был поставлен диагноз хронический генерализованный пародонтит средней степени и 8 – пародонтит тяжелой степени. Из 25 больных с ЯБ 12-пк - хронический генерализованный пародонтит средней степени имели 6 человек и тяжелую степень - 19.

Индекс эффективности гигиены полости рта РНР во всех группах имел значения от 0 до 0,1, что говорило об удовлетворительной гигиене. Показатели стоматологических индексов при средней степени тяжести хронического генерализованного пародонтита соответствовали показателям: КПИ = от 2,1 до 3,0; PDI = от 3 до 4; Re = 5, что определяет степень развившейся патологии как среднюю и соответствует оценочным критериям воспалительно-деструктивных поражений в тканях пародонта.

больных второй группы характерно: КПИ= от 3,6 до 5,0 (соответствует критериям хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени); PDI = 5-6 указывают на наличие глубины кармана от 3мм до 6мм и более, количественная оценка индекса рентгенограмм Re со значениями от 6 до 7 отражает наличие локального остеопороза, приводящего к уменьшению массы альвеолярной кости.

Оценку показателей интенсивности воспаления в пародонте провели, изучая показатели активности щелочной фосфатазы и содержания белка в смешанной слюне (табл. 3). Из приведенных в таблице данных следует, что у больных хроническим генерализованным пародонтизом при ХП и ЯБ 12-пк, средней ($15.52 \pm 0.75 \text{ U/L}$) и тяжелой ($21.74 \pm 0.82 \text{ U/L}$) степени, активность щелочной фосфатазы достоверно превысила этот показатель по сравнению с контрольной группой ($7.2 \pm 0.25 \text{ U/L}$) в 2 и более раза ($P < 0.05$). После стимуляции саливации сохранялась тенденция к увеличению показателя активности щелочной фосфатазы в смешанной слюне (соответственно: $16.09 \pm 0.89 \text{ U/L}$, $22.66 \pm 0.87 \text{ U/L}$, $6.2 \pm 0.57 \text{ U/L}$), что свидетельствовало об активации процессов цитолиза клеток секретопродуцирующих органов. При рассмотрении результатов содержания общего белка в слюне видно, что у больных, в основном при ХП, имеется тенденция к его увеличению в слюне.

При анализе щелочной фосфатазы (ЩФ)- катализатора процесса отложения солей Са в костях и показателя компенсаторных механизмов при деминерализации костной ткани, выявлены характерные изменения (табл.4). Показатели данного фермента повышены во всех группах. Увеличение уровня активности ЩФ нейтрофилов свидетельствует об интенсификации внутриклеточных маркерных ферментов этих основных клеточных популяций (ХП $41,37\% \pm 3,26\%$ и ЯБ $65,95\% \pm 2,89\%$). Маркерным ферментом остеобластов является ЩФ, а остеокластов и макрофагов - кислая фосфатаза (К.Ф.), причем остеокласты содержат только резистентную изоформу, а макрофаги - только чувствительную изоформу это-

го фермента. Активность щелочной фосфатазы может влиять на реакцию кислой фосфатазы.

Таблица 3

Активность щелочной фосфатазы и содержание общего белка слюны у больных с хроническими генерализованным пародонтитом при ХП и ЯБ 12-нк и контрольной группы (M±m)

Группы обследуемых больных	Концентрация общего белка (г/л)		Активность щелочной фосфатазы (U/L)	
	До стимул. Саливации	После стимул. саливации	До стимул. Саливации	После стимул. саливации
1.Контрольная группа (n=26)	1.5±0.10	1.6±0.10	7.2±0.25	6.2±0.57
2.Хронический генерализованный пародонтит средней степени (n=35)	1.65±0.27	1.62±0.82	15.52±0.75	16.09±0.89
3.Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени (n=25)	2.02±0.29	1.91±0.35	21.74±0.82	22.66±0.87
Р	Р ₂₋₁ >0.05 Р ₃₋₁ >0.05	Р ₂₋₁ >0.05 Р ₃₋₁ >0.05	Р ₂₋₁ <0.05 Р ₃₋₁ <0.05	Р ₂₋₁ <0.05 Р ₃₋₁ <0.05

Таблица 4.

Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести при хроническом панкреатите ($M \pm m$)

Группы обследуемых больных	Положительные реакции (%)
1. Контрольная группа (n=26)	24.11 $\pm$ 1.90
2. Хронический панкреатит (n=35, вся группа)	41.37 $\pm$ 3.26 P<0.05
3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (n=25)	65.95 $\pm$ 2.89 P<0.01

В связи с этим были проведены те же исследования для такого фермента как кислая фосфатаза (табл.5). Отмечено, что в контрольной группе процент клеток, дающих положительную цитохимическую реакцию, колеблется от 89% до 100% ($M=98.27 \pm 1.04$). Средний цитохимический коэффициент (СЦК) равнялся 114 ± 3.9 . В группах больных язвенной болезнью 12-перстной кишки отмечено отчетливое снижение процента клеток (86,12%) с положительной цитохимической реакцией, что встретилось у 22 больных из 25. И в то же время эти показатели также снижены у 15 пациентов с выраженным хроническим панкреатитом из 35 (71,53%). Уменьшение числа положительно реагирующих клеток было статистически достоверно во всех клинических группах, у лиц с хроническим панкреатитом и язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Таблица 5.

Активность кислой фосфатазы у больных хроническим панкреатитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с хроническим генерализованным пародонтитом

Показатели	Контрольная группа n=26		Хронический панкреатит n=35		Язвенная болезнь 12-перстной кишки n=25		Хронический генерализованный пародонтит средней тяжести		Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени	
	%	СДК	%	СДК	%	СДК	%	СДК	%	СДК
Среднее значение (М) активности	98.27	114	71.53	96.47	86.12	133.08	83.36	157.79	75.00	104.73
Среднее квадратическое отклонение (σ)	3.44	13	31.69	60.02	18.40	59.66	29.59	81.16	27.36	56.33
Средняя ошибка среднего значения (m)	1.04	3.9	7.69	14.56	3.68	11.93	7.90	21.69	7.06	14.54
P			P<0.02	P>0.3	P<0.05	P>0.3	P>0.1	P>0.05	P<0.02	P>0.3

Для характеристики влияния поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки на механизм остеобразования, имеет значение определение содержания Са в крови и моче.

Сравнительные показатели содержания общего Са в плазме крови в зависимости от вида сопутствующей патологии желудочно-кишечного

тракта приведены в таблице 6. Из данных таблицы видно, что значения среднего содержания Са в сыворотке крови у пациентов с патологией поджелудочной железы (2.28 ммоль/л) ближе к минимальному уровню. При анализе показателей у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки средние значения (2.11 ммоль/л) достоверно снижены по сравнению с контрольной группой (2.35 ммоль/л).

Таблица 6.

Содержание общего кальция в плазме крови (ммоль/л)

Группы обследуемых	Среднее значение общего со- держ. Са в крови	Среднее квад- ратическое отклонение	Средняя ошибка сред- него значения
1.Контрольная группа (n=26)	2.35	0.06	0.01
2.Патология поджелу- дочной желе-зы (хронический пан- креатит) (n=35)	2.28	0.06	0.009
3.Язвенная болезнь 12- перстной кишки (n=25)	2.11	0.07	0.01
T	$t_{2-1}=4.66$ $t_{3-1}=12.01$ $t_{3-2}=10.62$		

Сравнительные данные содержания Са в моче в зависимости от вида сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта приведены в таблице 7. В результате анализа можно заключить, что содержание Са в моче у пациентов с патологией поджелудочной железы имеет тенденцию

к увеличению по сравнению с контрольной группой, а у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки достоверно увеличено.

Таблица 7.

Содержание кальция в моче (по осадку)

Группы обследуемых	Среднее значение общего со- держ. Са в моче	Среднее квад- ратическое отклонение	Средняя ошибка среднего значения
1. Контрольная группа (n=26)	0.62	0.5706	0.11
2. Патология поджелудоч- ной железы (хрониче- ский панкреатит) (n=35)	0.94	0.90	0.15
3. Язвенная болезнь 12- перстной кишки (n=25)	1.70	1.08	0.22
t	t ₂₋₁ =1.73 t ₃₋₁ =4.47 t ₃₋₂ =3.26		

Параллельно данным исследованиям проводилось изучение показателей денситометра по пяточной кости и позвоночнику при воспалитель-
но-деструктивных изменениях в тканях пародонта средней и тяжелой
степеней у пациентов с хроническими панкреатитом и язвенной болезнью
двенадцатиперстной кишки.

На диаграммах 1 и 2 приведены результаты исследований у пациен-
тов со средней степенью тяжести изменений в пародонте, большинство из
которых имеет сопутствующее заболевание ХП. По результатам денсито-
метрии можно сделать заключение о наличии остеопении (1,48-1,20). На
диаграммах 3 и 4 приведены результаты тех же исследований, проведен-
ных у пациентов при тяжелой степени заболеваний тканей пародонта с
ЯБ 12-пк (1,24-0,76). Оказалось, что больные с данным заболеванием

практически не имеют нормальных показателей минеральной плотности костной ткани, по сравнению с контрольной группой(1,48).

Это позволяло уже на этапе обследования пациента с заболеванием тканей пародонта предполагать наличие остеопении или остеопороза. В случаях подтверждения диагноза осуществлялось, кроме комплексного лечения тканей пародонта и сопутствующих заболеваний, лечение не только специальной кальцийсодержащей диетой, но и лекарственными препаратами, нормализующих кальциевый обмен.

Все вышеизложенное свидетельствует о наличии взаимосвязи воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонт с. хроническим панкреатитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРО- ДОНТИТА:

Необходимым условием успешного лечения пародонтита является проведение предоперационного комплекса мероприятий: обучение больного правилам гигиены; санация полости рта; избирательное пришлифовывание; ортопедическое лечение, предусматривающее шинирование подвижных зубов; местную противовоспалительную терапию и общее лечение.

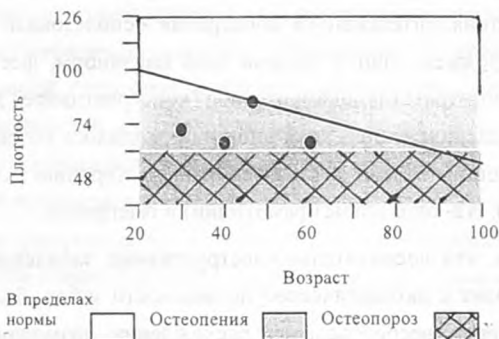
Комплексное лечение тканей пародонта с патологией желудочно-кишечного тракта включает в себя так же лечение гастроэнтерологом хронических панкреатитов и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Медикаментозное лечение хронического панкреатита консервативными методами основано на сочетании холино- и спазмолитических препаратов с антацидами и H₂-блокаторами, анальгетиками, ферментными и антиферментными препаратами. Холинолитические и спазмолитические препараты (атропин, платифиллин, но-шпа, гастропепин, папаверин) применяют при болевых формах. В качестве антацидов используют аль-

агель, фосфалюгель и другие жидкие щелочные смеси. При интенсивном болевом синдроме применяют Н₂-блокаторы (ранитидин, фамотидин). Антациды с препаратами кальция обычно уменьшают стеаторею. В условиях отсутствия интенсивного обострения использовали комплексные препараты поджелудочной железы типа панзинорм, фестал, мезим форте, креон, панцитрат). Медикаментозное (консервативное) лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки проводилось по стандартным схемам, включающим в себя антибактериальную терапию (кларитромицин и трихопол), Н₂-блокаторы (фамотидин) и омепразол.

В связи с тем, что воспалительно-деструктивные заболевания тканей пародонта приводят к патологической подвижности зубов, большому отклонению их вперед, веерообразному расхождению возможно применение для данной группы больных ортодонтического лечения. Это имело большое значение при начальных стадиях заболевания пародонта. Ортодонтическому лечению подлежали те зубы, которые должны воспринимать окклюзионную нагрузку после проведенной операции. Вместе с тем, наличие каких-либо ортодонтических аппаратов (съёмных или несъёмных) мешает полному и качественному хирургическому лечению. Некоторым пациентам (7 пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени), хирургическое лечение проводилось при наличии Бреккет-системы. Оперативное вмешательство совпадало с заменой ортодонтических аппаратов на дентальные шины.

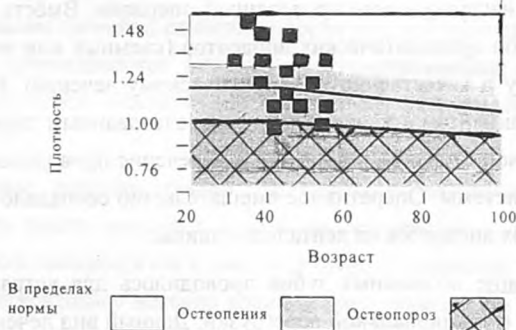
Шинирование подвижных зубов проводилось для устранения или уменьшения их функциональной перегрузки. Данный вид лечения осуществлялся совместно с ортодонтами до или после оперативного вмешательства.

Диаграмма 1



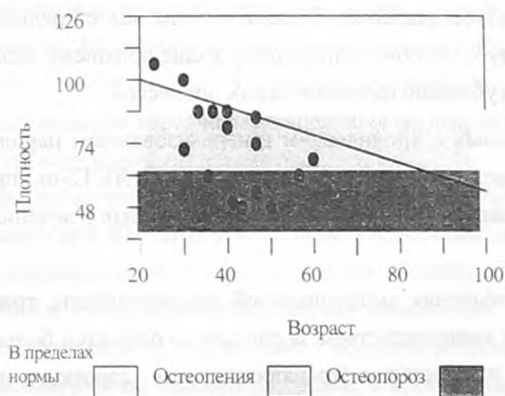
Результаты ультразвукового исследования больных с
хроническим генерализованным пародонтитом
(средняя степень тяжести, денситометр по пятке)

Диаграмма 2



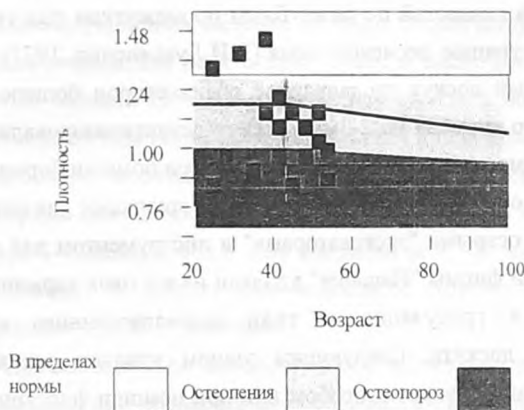
Результаты ультразвукового исследования больных с хроническим
генерализованным пародонтитом
(средняя степень тяжести, денситометр по позвоночнику)

Диаграмма 3



Результаты ультразвукового исследования больных с
хроническим генерализованным пародонтитом
(тяжелая степень, денситометр по пятке)

Диаграмма 4



Результаты ультразвукового исследования больных с хроническим
генерализованным пародонтитом
(тяжелая степень, денситометр по позвоночнику)

При наличии значительного дефекта зубного ряда, оставшиеся зубы рационально включали в единый блок, что позволяло равномерно перераспределить жевательное давление. В связи с этим мы старались максимально сохранять зубы, чтобы не приводить к еще большему ослаблению зубного ряда и усугублению патологических процессов.

У 6 больных с хроническим генерализованным пародонтитом при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ХП, ЯБ 12-пк) проведена успешная дентальная имплантация после хирургического лечения тканей пародонта.

Для уменьшения эмоциональной напряженности, тревоги перед хирургическим вмешательством за два дня до операции больному назначали реланиум или мезапам (транквилизаторы короткого действия, производные бензодиазепина) по 1 таблетке 2,5мг 1 раз в день перед сном.

Оперативное лечение хронического генерализованного пародонтита средней степени, в основном при ХП, заключалось в проведения поэтапной инфильтрационной анестезии Sol. Isocaini 2% или Sol. Septonesti 1/100000, разреза слизистой по межзубным промежуткам под углом 35°, сохраняя конфигурацию десневого края (В.И. Лукьяненко, 1977). Слизисто-надкостничный лоскут отслаивали с обеих сторон больше, чем на глубину костного кармана на 2-3мм. Лоскут дезэпителизовали ручным способом при помощи изогнутых ножниц или при помощи бормашины на малых оборотах острой фрезой. В дальнейшем крючками для снятия зубных отложений, острыми "экскаваторами" и инструментом для пародонтальной хирургии фирмы "Namaher" удаляли из костных карманов и альвеолярной кости грануляции и тяжи мобилизованного слизисто-надкостничного лоскута. Следующим этапом удаляли размягченную кость и сглаживали ручным способом или при помощи фиссурного бора на малых оборотах бормашины костный край альвеолярного отростка. В костные дефекты вводили смесь гидроксипатита с целлюлозой. В об

ласти, куда был введен гидроксипатит, накладывали мембрану на 1-2 межзубных промежутка с вестибулярной и внутриротовой сторон, предварительно смочив ее в хлоргексидине, и при помощи тампона осторожно фиксировали. Мембрану также накладывали и на обнаженные части корней зубов с обеих сторон. В качестве мембраны использовали композицию, содержащую картоксиметилцеллюлозу, гидроксипатит и дистиллированную воду (получен патент №2124321).

При хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени, в основном при ЯБ 12пк, слизисто-надкостничный лоскут отслаивали на 1/2 альвеолярного отростка (на 0,5-1см. больше глубины кармана). В дальнейшем отслаивали патологически измененную надкостницу на 1/3 лоскута и иссекали, что приводило к большей мобильности лоскута. Убирали патологически измененные ткани, в костные дефекты вводили гранулы гидроксипатита с целлюлозой и закрывали мембраной. Затем слизисто-надкостничный лоскут смещали и укладывали на место, фиксировали швами в каждом межзубном промежутке. Одномоментно с лоскутными операциями по показаниям проводили вестибулопластику, френулопластику.

Послеоперационное ведение больных с сопутствующей патологией было идентичным для всех оперируемых и заключалось в следующем: хлористый кальций 10% 100 мл по одной столовой ложке 3 раза в день после обильной еды (курс 5-7 дней), тавегил или супрастин по 1 таблетке два раза в день; бисептол-480 по схеме: 2 таблетки днем×2 таблетки вечером в первый день, в последующие дни по 1 таблетке 2 раза в день после еды (курс 5-7 дней); холод в день операции по 15-20 минут с перерывами на 15-20 минут на оперируемые челюсти со стороны кожи; анальгетики (нестероидного ряда-перорально).

Тщательный уход за полостью рта: полоскание раствором 0.1-0.2% хлоргексидина или препаратами, содержащими его (корсадилом, элюдрилом) не менее 5 раз в день, со второго дня после операции полоскание

травами (отвары шалфея, ромашки); ротовые ванночки минеральной водой «Обуховская»; чистка зубов в день операции на неоперированной челюсти зубной пастой «Эледент», содержащей элеутерококк; на 5 сутки в полном объеме на обеих челюстях той же пастой в течение месяца. На 10 день после снятия швов назначали в виде аппликаций пленки-каланхоэ, шалфея, ромашки в желатине.

Контрольное посещение назначалось через две недели после оперативного вмешательства и окончания всех ортопедических этапов в комплексном лечении. Параллельно проводился контроль гигиены полости рта. В последующем пациент находится на диспансерном учете постоянно, что предусматривало посещение стоматолога и гастроэнтеролога 1 раз в полгода. Было рекомендовано комбинировать зубные пасты: утром после еды использовать пасты такие как «Colgate», «Blend a med», «Aquafresh», а вечером после еды на ночь применять лечебные «Lacalut activ», «Эльгедиум», «Эледент», «Жемчуг», «Colgate-total», «Colgate-herbal», «Parodontol». Эти пасты обладают выраженным противовоспалительным эффектом и способствуют нормализации микробного баланса в полости рта, с использованием зубных щеток специального назначения (Zig-Zag, ершики, моно- или поли- пучковые).

Эффективность комплексного лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом при ХП и ЯБ 12-пк в условиях оказания специализированной помощи была оценена по клиническим результатам.

Изменения в симптоматике у 60 пациентов, получивших комплексное лечение заболеваний тканей пародонта, приведены в таблице 8.

Из приведенных в таблице данных видно, что незначительная часть пациентов отмечала сезонную кровоточивость десен при хроническом генерализованном пародонтите средней тяжести (17,1%; 11,4%) и тяжелой (12%; 28 %). Данные симптомы чаще проявлялись в весенне-осенний период или были связаны с неправильно выбранной пациентом зубной щеткой или зубной пастой, что приводило к нарушению гигиены полости рта.

Ни одна из обследуемых групп не отмечала дискомфорта в области оперативных вмешательств, и ни одному пациенту в течение этого периода (3-5 лет) не было удалено ни одного зуба.

Таблица 8

Симптоматика и данные объективного осмотра больных с патологией тканей пародонта через 3-5 лет после начала комплексного лечения

Симптомы	Частота выявления хронического генерализованного Пародонтита							
	Средняя степень тяжести				Тяжелая степень			
	Через 3 года		Через 5 лет		Через 3 года		Через 5 лет	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Подвижность зубов	0	0	2	5,7	3	12	5	20
2.Расхождение зубов	0	0	0	0	0	0	2	8
3.Кровоточивость десен	6	17,1	4	11,4	3	12	7	28
4.Дискомфорт в области альвеолярных отростков	0	0	0	0	0	0	0	0
5.Неприятный запах изо рта	1	2,9	3	8,6	5	20	9	36
6.Удаление зубов	0	0	0	0	0	0	0	0
7.Несоответствие ортодонтических и ортопедических конструкций	1	2,8	2	5,7	2	8	4	16

Сохранение подвижности зубов I степени у пациентов, прооперированных по поводу хронического генерализованного пародонтита средней тяжести и тяжелой (5.7%; 12%; 20%), свидетельствовало о значительной на них функциональной нагрузке. Это могло быть связано с несоответствием ортопедических конструкций или неучастием зуба в жевательном процессе. При обследовании было выявлено несоответствие (перелом, отлом или эстетичекий дефект) ортодонтических и ортопедических конструкций. В беседе с некоторыми пациентами выяснялось, что не все из них соблюдали требования, предъявляемые к данным системам.

Для определения стоматологического статуса через 3 и 5 лет вновь проводили исследования, включающие в себя определение ранее описанных диагностических индексов. Следует отметить, что у всех обследуемых индекс РНР соответствовал значениям 0-0,1, что говорит в пользу удовлетворительной гигиены полости рта.

Средние значения стоматологических индексов при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести приведены на диаграмме 5 (КПИ 1,47-1,17; PDI 4,87-4,2; Re 4,95-4,68), тяжелой степени на диаграмме 6 (КПИ 2,94-2,4; PDI 4,22-4,1; Re 6,36-5,8) из которых можно сделать вывод о стабилизации процессов, а в некоторых случаях – о начале репаративных изменений в тканях пародонта. Немаловажную роль в полученных результатах имело значение улучшение обмена кальция в результате нормализации функции поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. В течение всего периода пациенты находились под наблюдением гастроэнтеролога. Отрицательной динамики заболеваний со стороны поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки не наблюдалось.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с учетом патологии желудочно-кишечного тракта.

Диаграмма 5. Динамика средних значений стоматологических индексов в процессе наблюдения (средняя степень хронического генерализованного пародонтита)

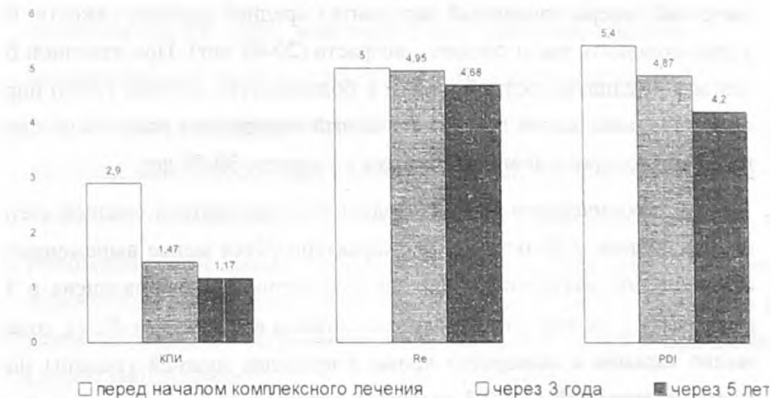
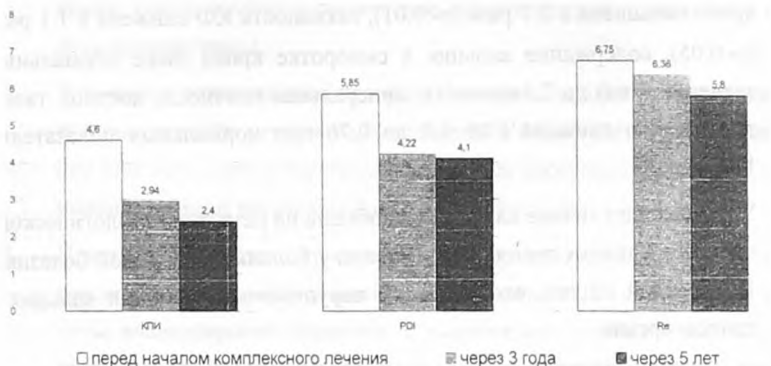


Диаграмма 6. Динамика средних значений стоматологических индексов в процессе лечения и наблюдения (тяжелая степень хронического генерализованного пародонтита)



ВЫВОДЫ.

1. У больных с хроническим панкреатитом чаще (77%) выявляется хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, как у лиц молодого, так и среднего возраста (20-49 лет). При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев (76%) определяется хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, признаки которого диагностируются в возрасте 30-59 лет.
2. Течение хронического генерализованного пародонтита средней степени в основном у больных с ХП характеризуется менее выраженными изменениями: активность ЩФ нейтрофилов крови повышена в 1.7 раза ($p < 0.05$), активность КФ крови снижена в 1.3 раза ($p < 0.02$), содержание кальция в сыворотке крови в пределах нижней границы нормальных значений (2.1-2.3 ммоль/л), минеральная плотность костной ткани умеренно снижена от 1.24 до 1.
3. При хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени в большинстве у больных с ЯБ 12пк показатели характеризуются статистически достоверными изменениями: активность ЩФ нейтрофилов крови повышена в 2.7 раза ($p < 0.01$), активность КФ снижена в 1.1 раза ($p < 0.05$), содержание кальция в сыворотке крови ниже нормальных значений (2.0 до 2.1 ммоль/л), минеральная плотность костной ткани значительно снижена (от 1.0 до 0.76 при нормальных показателях 1.48).
4. Установлено влияние кальциевого обмена на развитие патологического процесса в тканях пародонта, особенно у больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки, что связано с нарушением абсорбции кальция в данном органе.
5. Предложены новые методы хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести в основном у больных с ХП, основанные на щадящем оперативном вмешательстве и

использованием мембран, содержащих гидроксиапатит и целлюлозу.

При хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени, в основном при ЯБ 12пк, максимальное отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, с иссечением патологически измененной надкостницы и применением той же мембраны, что способствует увеличению подвижности перемещаемых тканей, улучшению регенерации и стабилизации патологических процессов в пародонте.

6. Необходимым условием эффективного лечения хронического генерализованного пародонтита при ХП и ЯБ 12-пк является совместное ведение больных с гастроэнтерологом перед операцией и при диспансерном наблюдении.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. При хроническом генерализованном пародонтите необходимо определение показателей обмена кальция, щелочной и кислой фосфатаз в крови, слюне и моче и проведение денситометрии поясничного отдела позвоночника.
2. У больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести рекомендуем проводить более щадящее отслаивание слизисто-надкостничного лоскута без иссечения надкостницы с использованием мембраны (гидроксиапатит с целлюлозой).
3. При тяжелой степени хронического генерализованного пародонтита рекомендуем отслаивать слизисто-надкостничный лоскут на 1/2 высоты альвеолярного отростка, с выделением патологически измененной надкостницы и последующим ее иссечением на 1/3 ширины лоскута. Так же применять гидроксиапатит с целлюлозой и мембраны на той же основе.

4. В плане диспансерного наблюдения больных с хроническим генерализованным пародонтитом и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта целесообразно наблюдение у хирурга-пародонтолога, терапевта- и ортопеда-стоматологов и гастроэнтеролога через каждые 3 месяца в течение года после операции и через 6 месяцев в дальнейшем.

СПИСОК РАБОТ,

ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Применение гранул гидроксиапатита при лечении генерализованного пародонтита у пациентов г. Екатеринбурга. //Пути развития стоматологии: итоги и перспективы: Матер. Конф. Стоматологов. Екатеринбург. 1995. С. 158-163.
(соавторы – Мальчикова Л.П.)
2. Параллели заболеваний тканей пародонта при хроническом панкреатите. //Вестник Уральской государственной медицинской академии. Екатеринбург. 1996. С 25-28.(соавторы - Мальчикова Л.П., Постникова Т.Н., Васильева Е.С., Вайнштейн Е.А.)
3. Ортопедическое лечение больных с использованием внутрикостных имплантатов при заболеваниях пародонта. //Перспективы развития современной стоматологии: проблемы уральского региона. Екатеринбург. 1997. С 173-175. (соавторы – Вайнштейн Е.А., Ребров В.В., Матвеев Л.В., Шимова М.Е.)
4. Протезирование полных дефектов зубных рядов нижней челюсти при помощи дентальных имплантатов. //Перспективы развития современной стоматологии: проблемы уральского региона. Екатеринбург. 1997. С 173-175. (соавторы – Мальчикова Л.П., Вайнштейн Е.А., Ребров В.В., Матвеев Л.В., Шимова М.Е., Галустян В.Г.)

5. Комплексное обследование больных с заболеваниями тканей пародонта при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. //Тезисы докладов юбилейной научно-практической конференции. Екатеринбург. 1998. С 175.
6. Способ хирургического лечения костной атрофии альвеолярного отростка. // Бюллетень Рос. Патента. ФИБС. «Изобретения» (46) Бюл. №1. 1999. № 2124321.(соавторы – Мальчикова Л.П., Белякова Е.Г.)
7. Использование зубной пасты «Эледент» в постоперационном периоде у больных с воспалительно-деструктивными изменениями в тканях пародонта. // Сб. науч. трудов V-го Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М. 1998 г. С.178. (соавторы – Мальчикова Л.П., Васильева Е.С.)