## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Національна Медична академія Післядипломної Освіти імені П.Л.Шупика**

**Бугоркова Ірина Анатоліївна**

**УДК 616.314.18-002.4 –031.81-089**

**Оптимізація хірургічних методів лікування**

**генералізованого пародонтиту**

**ІІ та ІІІ ступенЯ Тяжкості**

14.01.22 - стоматологія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 2008

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Інституті стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор

заслужений діяч науки і техніки України

**Павленко Олексій Володимирович**

Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика МОЗ України,

директор Інституту, завідувач кафедри стоматології.

**Офіційні опоненти:**

член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор

**Косенко Костянтин Миколайович**

Державна установа „Інститут стоматології АМН України”,

директор Інституту

кандидат медичних наук, доцент

**Вєсова Олена Петрівна,**

Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика МОЗ України, доцент кафедри щелепно-лицьової хірургії.

Захист відбудеться 21 березня 2008 року о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.613.09 при Національній медичній академії післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика МОЗ України: 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 10-А

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за адресою: (04112, м. Київ, вул.. дорогожицька, 9)

Автореферат розісланий 18 лютого 2008 року

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук, професор І.П. Мазур **ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Проблема захворювань пародонта є однією з найважливіших в сучасній стоматології, що пов'язане із значним розповсюдженням цих хвороб серед населення різних вікових груп. Функціональні розлади зубощелепної системи, зумовлені втратою зубів унаслідок захворювань пародонта, розвиваються в 5-6 разів частіше, ніж при ускладненнях карієсу. За даними республіканських показників приріст поширеності захворювань пародонта за період з 1998 по 2006 рр. складає 12,47*%* (В.А. Лабунець, 2006; О.В. Павленко, 2007). Генералізований пародонтит виявляється у вигляді неухильно прогресуючого запально-деструктивного процесу, що веде до ранньої втрати зубів, порушення жувальної ефективності, і як наслідок, до порушення травлення, обмінних процесів, інфікування і сенсибілізації організму, небезпеці утворення джерела хроніосепсису, косметичним дефектам, зміні фонетики і ін.

Згідно численних епідеміологічних досліджень, поширеність генералізованого пародонтиту залежно від регіону і віку обстежених, досягає 40-100*%*   
(А.И. Грудянов і ін., 1989; К.М. Косенко, 1994; Г.Ф. Білоклицька, 1995). Генералізований пародонтит превалює над іншими формами захворювань пародонта, простежується тенденція збільшення частоти захворюваності, що узгоджується з результатами проведених раніше досліджень динаміки патології пародонта (В.А. Лабунець, 2006; К.М. Косенко, 2007). Актуальність цієї проблеми не викликає сумніву і призводить до необхідності розробки нових ефективних методів лікування захворювання.

Патологічні процеси в тканинах пародонта зумовлені місцевими чинниками (мікроорганізми і продукти їх життєдіяльності, травматична оклюзія, нераціональні ортопедичні конструкції, короткі вуздечки губ, язика, недостатня ширина кератинизованої ділянки ясен, ротове дихання та інше) (Т.М. Дунязіна, 2001; В.В. Поворознюк, І.П. Мазур, 2004). Серед механізмів патогенезу пародонтиту переважають порушення мікроциркуляції, дисбаланс імунної системи організму і порушення стану антиоксидантної системи, яка призводить до порушення трофіки пародонта, активації вільнорадикальних процесів в тканинах і деструкції альвеолярного відростка (А.В. Борисенко, 2007).

У комплексному лікуванні і профілактиці захворювань генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості істотна роль належить хірургічним методам лікування, що призводять до зменшення глибини пародонтальних карманів, ліквідації запалення в тканинах пародонта, припинення деструктивних процесів в альвеолярному відростку, і, як наслідок, – до тривалої стабілізації патологичного процесу в тканинах пародонта.

Останнім часом найбільш ефективними методами лікування хронічного генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості вважаються клаптеві операції з використанням остеопластичних матеріалів. Остеопластичні матеріали вводяться в кісткові дефекти з метою стимуляції репаративного остеогенезу. Використання могутнього арсеналу різних стимуляторів репаративного остеогенезу дозволяє досягти певної регенерації альвеолярного відростка (С.І. Гажва, 2003). Кожен з них має свої переваги і недоліки. Це пов'язано з недостатніми остеогенними якостями, наявністю деяких токсичних властивостей (формалінізовані трансплантати), антигенністю (кістковий мозок), складністю заготівки і приготування матеріалу (брефоостеопласт), відсутністю антимікробних властивостей та ін. (Н.В. Курякіна, П.А. Алексєєва, 2004).

Перспективним напрямком у пародонтології є застосування збагаченої тромбоцитами плазми, яка дозволяє створити в області втручання високу концентрацію чинників зростання, керуючих процесом регенерації кісткової тканини (Х. П. Мюлер, 2004; Р. Маркс, 2005, А. Санчес, 2005).

Враховуючи складність патогенезу і лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості, виникає необхідність розробки та оптимізації хірургічних методів лікування з використанням остеопластичних матеріалів у комбінації з аутогенним тромбоцитарним концентратом, що містить високу концентрацію чинників зростання. Тому доцільно, було вивчити ефективність застосування при клаптевій операції поєднання остеопластичних матеріалів у комбінації із збагаченою тромбоцитами плазмою.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконувалася в рамках науково-дослідної роботи кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. "Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань" за планом МОЗ України (№ держреєстрації **0104U000711**). Автор був безпосереднім учасником вказаної теми.

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності хірургічних методів лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості шляхом застосування остеопластичних матеріалів доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом, біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання.

***Завдання досліджень:***

1. Оцінити стоматологічний статус осіб із хворобами пародонта Донецької області.
2. Розробити і апробувати метод хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості з використанням остеопластичних матеріалів у поєднанні з аутогенним тромбоцитарним концентратом.
3. Вивчити вплив остеопластичних препаратів і біологічно активних матеріалів на процеси регенерації кісткової тканини лабораторних тварин.
4. Оцінити клінічну ефективність методу хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості із застосуванням остеопластичних препаратів у комбінації з аутогенним тромбоцитарним концентратом.
5. Розробити практичні рекомендації по використанню запропонованого методу хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості.

**Об'єкт дослідження –** кісткова тканина альвеолярного відростка і тканини пародонта хворих на генералізований пародонтит ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості та лабораторних тварин.

**Предмет дослідження –** застосування остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом і біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання для регенерації кісткової тканини і тканин пародонта при лікуванні генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості.

**Методи дослідження:** для вивчення особливостей перебігу регенераційних процесів у лабораторних тварин проводилися остеометричні, гістологічні, морфометричні, біохімічні дослідження, а для аналізу в клініці ефективності регенерації кісткової тканини при генералізованому пародонтиті ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості використовувалися клінічні, параклінічні, рентгенологічні та статистичні методи досліджень.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше для підвищення ефективності хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і   
ІІІ-го ступеня тяжкості були проведені клаптеві операції із застосуванням остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом і біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання.

Вперше доведено, що використання остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом і біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання, при проведенні клаптевих операцій в хірургічній пародонтології, прискорює процеси регенерації тканин пародонта, сприяє кращому перебігу післяопераційного періоду, профілактиці післяопераційних ускладнень і зменшенню відсотка рецидивів генералізованого пародонтиту.

Вивчено вплив остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом і біологічно активними мембранами, на ефективність регенерації кісткової тканини і тканин пародонта.

Проведено порівняльний аналіз ефективності застосування методу хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості із застосуванням остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом і біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання безпосередньо і у віддалені терміни.

**Практичне значення роботи.** На основі виявлених механізмів перебігу процесів регенерації кісткової тканини, розроблений і апробований в клінічній практиці метод хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості із застосуванням остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом і біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання.

Розроблено метод хірургічного лікування генералізованого пародонтиту   
ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості з використанням модифікованої клаптевої операції (Деклараційний патент України № 13614, А61в 17/00 від 20.09.2005р)

Визначена висока ефективність способу, яка дозволяє рекомендувати його до широкого використання у клініці.

Результати досліджень впроваджені у практику роботи „Стоматологічної поліклініки” ЦМКЛ № 1 міста Донецька; „Університетської клініки” Донецького національного медичного університету імені М. Горького; „Платної стоматологічної поліклініки” міста Донецька і в навчальний процес на кафедрі стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто проаналізована наукова література з даної проблеми, проведено інформаційний та патентний пошук за темою дисертації, сформульовані мета і основні завдання дисертаційної роботи. Проведені експериментальні дослідження на лабораторних тваринах, формування груп пацієнтів, клінічні обстеження хворих. Розроблено і апробовано спосіб хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості з використанням запропонованої нами клаптевої операції із застосуванням остеопластичних матеріалів, доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом, проведена первинна обробка даних клінічних і лабораторних досліджень.

Вибір мети і обґрунтування завдань наукового дослідження, обґрунтування й формулювання висновків роботи, підготовку наукових статей, оформлення дисертації і автореферату проведено за консультативної допомоги наукового керівника. Експериментальні дослідження виконані спільно із співробітниками кафедри нормальної анатомії і Центральної науково-дослідної лабораторії Луганського державного університету під керівництвом доктора медичних наук, професора В. І. Лузіна[[1]](#footnote-1). Рентгеноструктурний аналіз мінерального компоненту кістки проведено на базі УкрНДІ Вуглезбагачення (м. Луганськ). Виконані клінічні дослідження і проведено лікування хворих на базі стоматологічної клініки ЦМКЛ № 1 м. Донецька. Дисертаційна робота є самостійним дослідженням автора, виконаним на базі кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Аналіз та узагальнення результатів дослідження проведено особисто автором дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи викладено та обговорено на науково-практичних конференціях „Сучасній стан і актуальні проблеми ортопедичної стоматології” (Івано-Франківськ, 2005); „Сучасні досягнення в стоматології” Медвін: Стоматологія, медицина, ліки” (Донецьк, 2006); „Сучасні досягнення в стоматології” Медвін: Стоматологія, медицина, ліки” (Донецьк, 2007); ІІ-му Міжнародному стоматологічному конгресі АСУ (Київ, 2007); міжкафедральному засіданні співробітників кафедр стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

**Публікації.** За результатами проведених досліджень надруковано 6 наукових праць, із яких 5 статей у виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 тези, отримано   
1 деклараційний патент України на корисну модель № 13614, А61в 17/00 від 20.09.2005 р.

**Обсяг і структура дисертації.** Основний текст дисертації викладено на   
154 сторінках машинописного тексту. Робота написана за класичною схемою і складається з вступу, огляду літератури, об'єктів і методів дослідження, двох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який містить   
175 першоджерел (128 – вітчизняних, 47 – іноземних авторів). Робота ілюстрована 13 таблицями та 38 рисунками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Об'єкти і методи дослідження.** Для епідеміологічного дослідження розповсюдженості захворювань пародонта нами розроблено статистичні карти-додатки до медичних карт стоматологічного хворого, враховуючих клініко-статистичні дані. Ці карти-додатки були розподілені по 42 лікувальним закладам Донецької області. Нами було виконано статистичний аналіз 1260 карт-додатків по розповсюдженості захворювань пародонта, зокрема, гінгівіта, пародонтиту, пародонтозу, а також захворювань по ступеням тяжкості.

Експериментальні дослідження виконано на 147 білих щурах масою 140-150 г, (самцях), яких утримували на звичайному раціоні у стандартних умовах. Інтактні тварини знаходилися в умовах віварія. Контроль за лабораторними тваринами здійснювався відповідно до Токійської декларації, Всесвітньої медичної асоціації і Міжнародних рекомендацій щодо проведення медико-біологічних досліджень. Вивчали вплив тромбоцитарного концентрату, остеопластичного препарату «Остеопласт®-К», препарату кальцію третього покоління «Кальцемін» і їх комбінації на процеси репаративної регенерації альвеолярного відростка нижньої щелепи та його формоутворення.

Експериментальні дослідження включали:

* моделювання генералізованого пародонтиту у лабораторних тварин;
* резекцію ділянки альвеолярного відростка з метою утворення дефекту для моделювання штучно створеної кісткової кармани;
* виконання пластики дефекту тромбоцитарним концентратом, приготованим за стандартною методикою;
* виконання пластики дефекту остеотропним препаратом – «Остеопласт®-К»;
* виконання пластики дефекту тромбоцитарним концентратом у комбінації з остеотропним препаратом – «Остеопласт®-К»;
* виконання пластики дефекту тромбоцитарним концентратом у комбінації з остеотропним препаратом – «Остеопласт®-К» у поєднанні з «Кальцеміном»;
* оцінку ефективності запропонованого методу оперативного втручання.

Тварини були розподілені на сім груп. Першу групу склали інтактні тварини. Решта всіх тварин отримувала в терапевтичному дозуванні преднізолон внутрішньошлунково за допомогою зонду з метою моделювання генералізованого пародонтиту (В.В. Поворознюк, 2001).

Тварини другої групи отримували тільки преднізолон. Щури третьої – сьомої груп через тридцять діб від початку застосування преднізолону піддавалися наступному оперативному втручанню: під ефірним наркозом з метою моделювання кісткового кармана проводили резекцію ділянки альвеолярного відростка в області різцевого зуба. Місце резекції вибиралося з урахуванням найбільшої доступності.

Через тиждень після нанесення дефекту тваринам четвертої – сьомої груп проводили пластику дефекту: у четвертій групі – тромбоцитарним концентратом, приготованим за стандартною методикою, у п'ятій групі – препаратом «Остеопласт®–К», у шостій – їх комбінацією, і у сьомій групі – комбінацією тромбоцитарного концентрату та препарату «Остеопласт®–К» у поєднанні з «Кальцеміном» у терапевтичному дозуванні.

Після закінчення контрольних термінів спостереження (десять, тридцять і дев’яносто діб) тварин виводили з експерименту та виконували остеометричне, гістологічне, гістоморфометричне, мікроморфометричне, біохімічне дослідження кісткового регенерату. Дослідження ультраструктури мінерального компоненту кістки здійснювалося методом рентгеноструктурного аналізу. Кристалографічні характеристики гідроксиапатиту – мінералу кісткової речовини оцінювали по отриманих дифрактограмах.

Клінічні, параклінічні, лабораторні та рентгенологічні методи дослідження були проведені 159 хворим віком від 25 до 45 років, що знаходилися на диспансерному обліку в стоматологічній поліклініці ЦМКЛ № 1 м. Донецька   
з діагнозом генералізований пародонтит ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості   
(М.Ф. Данилевський, 1998). Із загального числа хворих жінки склали 79 осіб (49,9*%*), чоловіки – 80 осіб (50,1*%*). Групи пацієнтів були стандартизовані за віком, статтю та тяжкістю генералізованого пародонтиту.

Хворі були розподілені на три групи (53 пацієнта у кожній). У першій групі хворим проводилися оперативні втручання за класичною методикою (L. Widman). У другій групі класична методика була доповнена остеопластичним препаратом «Остеопласт®–К», і у третій групі проводили модифіковані клаптеві операції (деклараційний патент Україні № 13614 від 20.09.2005 р.) із застосуванням остеопластичного препарату «Остеопласт®–К» у комбінації з аутогенним тромбоцитарним концентратом.

Оцінку стану тканин пародонта у всіх досліджуваних групах здійснювали за наступними показниками: глибина пародонтальних карманів; індекс ПМА; папілярний індекс кровотечі; ступінь рухливості зубів; пародонтальний індекс Рассел – ПІ; гігієнічний індекс Ю.А. Федорова – В.В. Володкіної, рівень рецесії ясен; висота альвеолярного відростка.

Лікування починали з санації ротової порожнини. Передопераційна підготовка полягала в усуненні місцевих чинників, які підсилюють розвиток генералізованого пародонтиту: видаляли над- і підясенні зубні відкладення, полірували поверхню зубів, заміщали дефекти твердих тканин зубів, відновлювали контактні пункти зубів і проводили як тимчасове, так і постійне шинування рухливих зубів. Перед проведенням оперативних втручань, усім хворим проводили протизапальну та антибактеріальну терапію.

Запропонована нами методика проведення клаптевої операції (деклараційний патент України на корисну модель № 13614) відрізняється від традиційної в наступному:

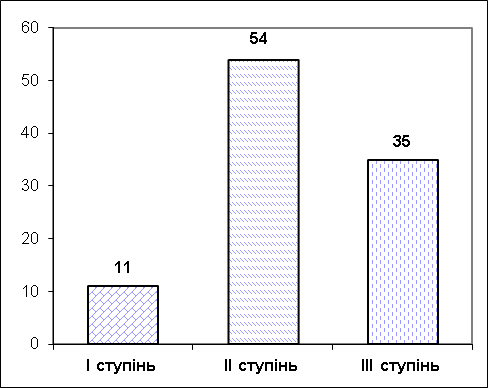
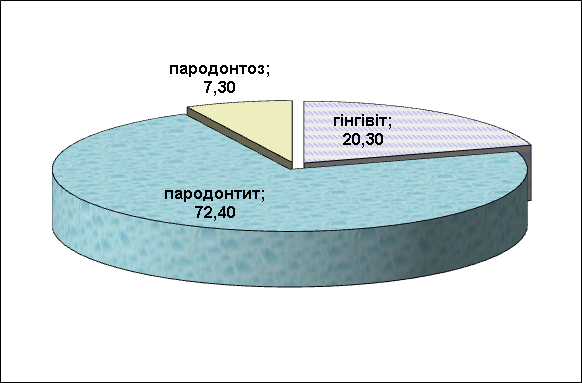
* після анестезії проводяться найменш можливі вертикальні розрізи від ясенного краю на глибину деструкції кісткового кармана, яка визначалась рентгенологічними методами дослідження з накладенням маркера та визначенням лінійних розмірів по зображенню у метричній системі до проведення операції;
* проводять регенеративну хірургію пародонта, використовуючи збагачену тромбоцитами плазму, отриману з власної крові пацієнта. Для отримання тромбоцитарного концентрату використовують стерильну пробірку, в яку проводять забір венозної крові об'ємом 20 мл безпосередньо у хворого, потім додають цитрат (антикоагулянт), поволі змішують, поміщають пробірку з кров'ю   
  в лабораторну центрифугу. На першому етапі при швидкості 3500 об/хв протягом 10 хвилин проводять сепарацію крові, отримують розділення крові на три фракції: еритроцити і плазми з тромбоцитами та лейкоцитами. Другий етап центрифугування проводять при 3000 об/хв протягом 15 хвилин з «білою кров'ю» для отримання бідної і збагаченої тромбоцитами плазми.
* отриманим аутогенним тромбоцитарним концентратом і остеопластичним матеріалом «Остеопласт®–К» (свідоцтво про реєстрацію № 5098-2006) заповнюють кісткові кармани та міжзубні проміжки.
* методом дегідратації отримують біологічно активну мембрану з тромбоцитарного концентрату, яку розміщують з вестибулярної та оральної поверхні альвеолярного відростка.

Клінічний розділ роботи присвячений виявленню ефективності запропонованої методики оперативного втручання шляхом порівняння різних репаративних методик.

Статистичний аналіз проводили з використанням параметричних і непараметричних критеріїв (критерії Стьюдента, Фішера, Ван-дер-Вардена),   
а також складних методів статистики – покрокового регресійного, дисперсійного і факторного аналізів. Для проведення аналізу користувалися програмним пакетом «Statisticа 6.0».

**Результати дослідження і їх обговорення.**

*Епідеміологічні дослідження.* Аналіз 1260 карт-додатків, хворих віком від 25   
до 45 років, за досліджуваний період з 2004 по 2006 роки, по Донецькій області, дозволив встановити питому вагу захворювань пародонтиту до всіх основних нозологічних форм захворювань пародонта. Так, кількість захворювань на гінгівіт встановлена у 256 осіб (що складає 20,3*%*), захворювань на пародонтит – у 912 осіб (72,4*%*), захворювань на пародонтоз – у 92 осіб (7,3*%*) (рис. 1). З усіх форм пародонтиту, генералізований пародонтит (ГП) встановлено у 839 осіб (92,0*%*). По ступеню тяжкості захворювання на генералізований пародонтит розподілилися наступним чином: перша ступінь – 92 осіб (11,0*%*), друга ступінь – 453 осіб (54,0*%*), третя ступінь – 294 осіб (35,0*%*) (рис. 2).



|  |  |
| --- | --- |
| ***Рис. 1.* Питома вага захворювань пародонта (*%*)** | ***Рис. 2.* Розподіл ГП за ступенем тяжкості (*%*)** |

Результати аналізу епідеміологічних досліджень, свідчать про високий рівень захворювань на пародонтит, генералізований пародонтит ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості становить 89*%* хворих, які звернулися в медичну установу за допомогою. Ураховуючи складність патогенезу та лікування генералізованого пародонтиту, виникає необхідність розробки нових ефективних методів лікування з використанням реконструктивних хірургичних втручань.

*Експериментальні дослідження.*У дослідженнях на щурах встановлено, що введення преднізолону в терапевтичному дозуванні внутрішньошлунково супроводжується уповільненням темпів зростання нижньої щелепи на 19,8*%* від значень у групі І – інтактних тварин (p<0,05). Хімічний склад кісткової речовини та склад регенерату, що формується, змінювався таким чином: зміст води перевершує контрольні показники у визначені терміни дослідження на 47,15*%* (p<0,05). Зміст органічних речовин достовірно не відрізнявся, а доля мінерального компоненту, була нижче контрольних показників на 10,19*%* (p<0,05). При застосуванні остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» і тромбоцитарного концентрату зміст води зменшувався на 24,18*%*, а доля мінерального компоненту збільшилась на 15,63*%* порівняно з показниками контрольної групи тварин, що свідчить про оптимізацію процесів репаративної регенерації, а також про згладжування явищ генералізованого пародонтиту в області альвеолярного відростка (p<0,05).

Порівняльні гістоморфометричні дослідження кісткової тканини дозволили встановити, що введення преднізолону супроводжується збільшенням розміру каналів остеонів на 42,50*%*, а при заповненні дефекту остеопластичним матеріалом «Остеопласт®-К» розмір каналів остеонів зменшився на 17,45*%*, при заповненні дефекту тромбоцитарным концентратом розмір каналів остеонів – на 12,76*%*. При застосуванні комбінації остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» у поєднанні з тромбоцитарным згустком, розмір каналів остеонів зменшився на 23,50*%*, що свідчить про оптимізацію процесів регенерації кісткової структури в області змодельованого дефекту (p<0,05).

Пластика кісткового дефекту вищезгаданими імплантатами супроводжується явищами активізації процесів репаративної регенерації кісткової тканини альвеолярного відростка. Загальна закономірність була наступною – зменшення частки ретикулофіброзної тканини в ранні терміни та збільшення об'ємного змісту грубоволокнистої і пластинчастої кісткової тканини в пізніші терміни. Але найбільш виражені явища оптимізації відмічені при поєднанні тромбоцитарного концентрату і остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» в області дефекта.   
В цьому випадку на 10 добу доля ретикулофіброзної тканини була меншою, ніж   
у ІІІ-ій групі на 14,42*%*, а на 30 добу – на 26,80*%* (p<0,05). Об'ємний вміст грубоволокнистої тканини переважав контрольні показники до 30 доби на 23,32*%*, на 90 добу зменшився на 7,94*%* від контрольних показників. Вміст пластинчатої кісткової тканини перевершував аналогічні показники в ІІІ-ій групі у всі встановлені терміни експерименту – на 45,85*%*, 11,64*%* та 16,89*%*, що свідчить про формування більш зрілої кісткової тканини в області змодельованого дефекту (p<0,05). Застосування тромбоцитарного концентрату у комбінації з остеопластичним матеріалом «Остеопласт®-К» та препаратом «Кальцемін» призводило до згладжування процесів дестабілізації в кристалічній решітці знов утвореного мінералу, що підтверджує зменшення коефіцієнта мікротекстуровання порівняно з контролем на 7,22*%*, що менше, ніж у 3 –5 групах.

Результати експериментальних досліджень свідчать, що повноцінна регенерація кісткової тканини виявляється при застосуванні комбінації остеопластичного матеріалу і тромбоцитарного концентрату. Застосування препарату «Кальцемін» в терапевтичній дозі не впливає на активність процесів регенерації кісткової тканини, а покращує якість мінерального компоненту кісткового регенерату.

*Клінічні дослідження*. Результати апробації запропонованої методики проведення клаптевих операцій з використанням аутогенного тромбоцитарного концентрату у поєднанні з остеопластичним препаратом «Остеопласт®–К» у клініці показали, що післяопераційні терміни загоєння рани зменшилися на одну – дві доби, виявляється активізація процесів регенерації кісткової тканини альвеолярного відростка і сполучено-тканинного прикріплення, найбільш стійка ремісія зареєстрована у пацієнтів третьої групі. Ці положення підтверджені клінічними і рентгенологічними методами досліджень. Запропонована методика сприяє оптимальному перебігу післяопераційного періоду, профілактиці післяопераційних ускладнень і зменшенню відсотка рецидивів генералізованого пародонтиту.

У першу добу після операції загальний стан пацієнтів у всіх досліджуваних групах відповідав тяжкості перенесеної операції. Набряк м'яких тканин наростав помірно протягом перших двох діб і зникав повністю на дев’яту добу (перша група), на сьому – восьму добу (друга група) і на шосту – сьому добу (третя група). Відразу після операції рухливість зубів дещо зростала і поверталась у початковий стан через сім – десять діб.

Результати обстеження прооперованих хворих з першої групи показали, що на дев’яту добу у 97,13*%* пацієнтів спостерігаються ознаки легкого запалення, легкої гіперемії і набряки. Пародонтальний індекс (ПІ) на сьому добу змінився з (4,5±0,15) до (3,7±0,5) бал., індекс ПМА зменшився з (41,6±1,1) до (39,5±1,15)*%* (p<0,05). Шви були зняті на дев'яту добу. В окремих випадках реєстрували болісність при пальпації слизової оболонки в області післяопераційної рани. Колір ясен на восьму добу змінився: динаміка зменшення червоної складової становила 21-24*%* (інтервал зміни частки червоної складової за результатами інтраорального дослідження та комп’ютерної обробки склав 236÷186 од у форматі RGB). Все це підтверджує наявність запалення в тканинах пародонта.

У другій групі на восьму добу у 98,14*%* хворих не виявлялося ознак запалення у післяопераційний період. Пародонтальний індекс (ПІ) на восьму добу змінився з (4,6±0,3) до (4,0±0,35) бал., індекс ПМА зменшився з (43,2±1,2) до (39,2±1,3)*%*, що свідчить про незначне покращення порівнянно з першою групою (p<0,05). Шви були зняті на восьму добу. Болісність при пальпації слизової оболонки в області післяопераційної рани незначна. Колір ясен на восьму добу змінився в області червоної складової на 30-34*%* (інтервал зміни частки червоної складової – 238÷159). Це зумовлено дією остеопластичного препарату «Остеопласт®–К», який має протизапальний ефект.

У третій групі практично вже на шосту добу у 99,1*%* хворих не відмічалося ознак запалення. Пародонтальний індекс (ПІ) на шосту добу змінився з (4,2±0,55) до (3,5±0,35) бал., індекс ПМА зменшився з (42,1±1,2) до (37,4±1,5)*%*, що свідчить про позитивну динаміку запально-деструктивного процесу тканин пародонта порівняно з першою та другою групами (p<0,05). Шви були зняті на шосту добу, що менш на 1-2 доби. В окремих випадках мала місце незначна болісність при пальпації слизової оболонки в області післяопераційної рани. Колір ясен на сьому добу змінився на 41-45*%* (інтервал зміни частки червоної складової склав 237÷136 од.). Отримані результати свідчать про переваги застосування комбінації остеопластичного матеріалу «Остеопласт®–К» та аутогенного тромбоцитарного концентрату, який містить чинники зростання, внаслідок чого можливо досягти максимального стимулюючого ефекту клітинної активності.

По всім групам досліджування зареєстровано ризик розвитку післяопераційних ускладнень: у першій групі – 2,87*%*, у другій – 1,86*%* та у третій – 0,99*%* (p<0,05). У третій групі спостерігається мінімальний відсоток післяоперацій­­них ускладнень, що свідчить про переваги запропонованої методики.

Через шість місяців після операції велика частина хворих всіх досліджуваних груп суб'єктивно відзначала полегшення в зоні операції. Зникло відчуття дискомфорту у пародонті, відмічається перехід до звичайного функціонального навантаження зубів. Об'єктивно слизова оболонка ясенного краю і прикріплених ясен блідо-рожевого кольору. Конфігурація ясенних сосочків нормалізувалася у пацієнтів другої групи на шостий місяць, а у пацієнтів третьої групи – на четвертий місяць. У першій групі конфігурація ясенних сосочків нормалізувалася на шостому місяці лише у 19,7*%* пацієнтів. Відмічені результати свідчать про ефективність запропонованої методики.

У першій групі відмічається збільшення рецесії ясен на 19,5*%*: до лікування – (2,90±0,16) мм, шість місяців після операції – (3,6±0,2) мм (p<0,05). У хворих другої групи спостерігається помірна рецесія ясен – 2,3*%*: до лікування – (3,10±0,16) мм, шість місяців після операції – (3,03±0,18) мм (p<0,05). У хворих третьої групи не спостерігається збільшення рецесії ясен: до лікування – (3,0±0,19) мм, шість місяців після операції – (2,5±0,12) мм, що свідчить про формування кісткового регенерату та нового прикріплення зуба на 16,7*%* (p<0,05).

Показник глибини пародонтальних карманів у пацієнтів контрольної (першої) групи змінився на 17,7*%*: до лікування – (6,20±0,09) мм, шість місяців після операції – (5,1±0,10) мм, що пов’язано з рецесією ясен (p<0,05). У хворих другої групи показник глибини пародонтальних карманів більш виражений: до лікування – (6,10±0,3) мм, шість місяців після операції – (4,30±0,15) мм, що свідчить про зменшення глибини пародонтальних карманів на 29,5*%* (p<0,05).   
У хворих третьої групи спостерігається найінтенсивніші зміни показника глибини пародонтальних карманів на 40,7*%*: до лікування – (5,90±0,50) мм, шість місяців після операції – (3,50±0,20) мм, що свідчить про регенерацію кісткової тканини та відновлення апарата прикріплення зуба (p<0,05). Отримані результати у хворих третьої групи свідчать, що запропонована методика є більш ефективною щодо регенерації кісткової тканини альвеолярного відростка.

Гігієнічний індекс Федорова – Володкіної в першій групі змінився таким чином: до лікування – (2,63±0,07) бал., шість місяців після операції – (2,31±0,10) бал., що свідчить про незначне покращення на 12,2*%* гігієнічного стану тканин пародонта (p<0,05). У хворих другої групи гігієнічний індекс більш виражений, ніж в першій групі: до лікування – (2,57±0,04) бал., шість місяців після операції – (2,01±0,06) бал., що свідчить про покращення на 21,8*%* гігієнічного стану тканин пародонта (p<0,05). У хворих третьої групи значення гігієнічного індексу ще більші – 28,2*%*: до лікування – (2,63±0,02) бал., шість місяців після операції – (1,89±0,08) бал., що свідчить про задовільний гігієнічний стан тканин пародонта після проведеного оперативного втручання (p<0,05).

Папілярний індекс кровоточивості в першій групі змінився таким чином: до лікування (3,9±0,15) бал., шість місяців після операції – (2,9±0,25) бал., що свідчить про зменшення запалення на 25,6*%* (p<0,05). У хворих другої групи папілярний індекс кровоточивості більш виражений, ніж в першій групі: до лікування (4,0±0,2) бал., шість місяців після операції – (2,8±0,2) бал., на 30,0*%* (p<0,05). Максимальний ефект було досягнуто у хворих третьої групи: до лікування (3,9±0,25) бал., шість місяців після операції – (2,0±0,15) бал. (p<0,05) та відповідно папілярний індекс змінився на 48,7*%*. Це зумовлено зменшенням запального процесу в тканинах пародонта.

Пародонтальний індекс (ПІ) в першій групі змінився на 17,8*%*: до лікування (4,5±0,15) бал., шість місяців після операції (3,7±0,30) бал., що свідчить про зменшення запалювально-деструктивних процесів. У хворих другої групи зміни пародонтального індексу на 28,6*%* кращі від початкових показників: до лікування (4,6±0,30) бал., шість місяців після операції – (3,3±0,25) бал., що зумовлено дією остеопластичного матеріалу. У хворих третьої групи значення пародонтального індексу найбільш значні – 35,0*%* від початкових показників: до лікування (4,0±0,55) балу, шість місяців після операції – (2,6±0,35) бал.(p<0,05), що свідчить про стабілізацію запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта. Відмічений ефект пов’язано з інтегрованою дією комбінації остеопластичного матеріалу та аутогенного тромбоцитарного концентрату.

Показник висоти альвеолярного відростка в області кісткових карманів у першій групі не змінився: до лікування – (16,0±0,20) мм, шість місяців після операції – (16,0±0,25) мм. У хворих другої групи показник висоти альвеолярного відростка змінився: до лікування – (15,70±0,40) мм, шість місяців після операції – (16,30±0,30) мм, що свідчить про наявність регенераційних процесів в області кісткових карманів під впливом остеопластичного матеріалу. У хворих третьої групи спостерігаються достовірні зміни показника висоти альвеолярного відростка: до лікування – (16,80±0,10) мм, шість місяців після операції – (17,15±0,25) мм,   
що свідчить про ефективність запропонованої методики хірургічного втручання.

Аналіз результатів клінічних, параклінічних та рентгенологічних методів дослідження дозволяє стверджувати, що ефективність запропонованої методики застосування аутогенного тромбоцитарного концентрату та остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» найвища порівнянно з іншими методиками на 13-15*%*.

Порівняно з показниками шести місяців у першій групі через дванадцять місяців після операції відмічається значне збільшення рецесії ясен – до 21,7*%*, що на 2,2*%* перевершує показники шести місяців, це пов’язано з тим, що за традиційною методикою неможливо досягти відновлення альвеолярного відростка. У хворих другої групи спостерігається помірна рецесія ясен, що становить 9,8*%*, що на 2,9*%* перевершує показники шести місяців. У хворих третьої групи спостерігається мінімальна рецесія ясен – 15,6*%*, що на 1,1*%* менше від показників шести місяців і свідчить про стабілізацію запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта. Ясенний край у досліджуваних другої та третьої груп щільно прилягає до зубів, що зумовлено утворенням нового прикріплення пародонта.

Показник глибини пародонтальних карманів у хворих першої групи за рік змінився на 20,3*%* за рахунок рецесії ясен. У хворих другої групи показник глибини пародонтальних карманів більш виражений, ніж у першій групі і становить 31,6*%*. У хворих третьої групи спостерігається найзначніші зміни показника глибини пародонтальних карманів – 42,4*%*, що обумовлено регенерацією кісткової тканини альвеолярного відростка під впливом комбінації аутогенного тромбоцитарного концентрату і остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» (рис. 3).

***Рис. 3.* Динаміка змін глибини пародонтальних карманів по групах, мм**

Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної у першій групі покращився на 10,4*%*. У хворих другої групи гігієнічний індекс покращився на 23,5*%*. У хворих третьої групи значення гігієнічного індексу покращилися на 30,1*%* і склали 1,1-1,3 бал., що свідчить про задовільний гігієнічний стан після проведеного лікування.

Папілярний індекс кровотечі у першій групі змінився на 27,8*%*. У хворих другої групи папілярний індекс кровотечі – 31,9*%*. У хворих третьої групи значення папілярного індексу кровотечі становлять 51,1*%*, що зумовлено уповільненням запального процесу в тканинах пародонта. Це свідчить про те, що запропонований метод лікування дозволяє досягти стійкого терапевтичного ефекту.

Індекс ПМА у першій групі змінився на 22,1*%* порівняно із значенням до лікування. У хворих другої групи індекс ПМА збільшився до 38,9*%*. У хворих третьої групи значення індексу ПМА зареєстровано максимальні показники – 49,4*%*, що краще на 27,3*%* порівняно з першою групою, і свідчить про зниження інтенсивності запальних процесів в тканинах пародонта, це сприяло утворенню нового прикріплення зуба.

По всім досліджуваним групам відмічається зменшення запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта про що свідчить пародонтальний індекс. У першій групі пародонтальний індекс змінився на 44,4*%*. У хворих другої групи пародонтальний індекс змінився на 54,3*%*. У хворих III групи значення пародонтального індексу досягли 60,0*%*. Це свідчить про більш значну регенерацію тканин пародонта під впливом комбінації аутогенного тромбоцитарного концентрату та остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К».

У першій групі відмічається збільшення рецесії ясен на 34,1*%*. У хворих другої групи спостерігається помірна рецесія ясен – 6,9*%*. У хворих третьої групи (де застосовувалась розроблена нами методика) спостерігається зменшення рецесії ясен на 40,0*%* порівняно із значенням до лікування, що свідчить про формування кісткового регенерату та нового прикріплення зуба (рис. 4).

***Рис. 4.* Динаміка змін рівня рецесії ясен по групах, мм**

Аналіз результатів рентгенологічного дослідження у динаміці лікування показав, що явища перебудови кістки альвеолярного відростка в області кісткових карманів реєструються починаючи з 3,5-4,0 місяця у хворих другої групи, і з   
2,5-3,0 місяця – у хворих третьої групи. На рентгенограмах відмічається відновлення кісткового рисунка. Завершення регенерації кістки альвеолярного відростка в області кісткових карманів відзначається починаючи з 6-го – 7-го місяця – у хворих другої групи, і з 5-го – 6-го місяця – у хворих третьої групи, що свідчить про оптимізацію процесів регенерації кісткової тканини при використанні запропонованої нами методики.

За результатами рентгеностеометрії показник висоти альвеолярного відростка в першій групі не змінився. У хворих другої групи при застосуванні остеопластичн­ого препарату «Остеопласт®-К» в області кісткових карманів простежується збільшення показника висоти альвеолярного відростка на 9,5*%* порівняно із значеннями до лікування. У хворих третьої групи відмічені максимальні значення показника – 17,8*%*, найбільші зі всіх досліджуваних груп (рис. 5).

Ці результати свідчать про те, що використання аутогенного тромбоцитарного концентрату, який містить чинники зростання, прискорює регенераторні процеси в тканинах пародонта і, зокрема, в кістковій тканині альвеолярного відростка.

Кожен з трьох згаданих методів хірургічного втручання використовувався нами виходячи з принципів оптимального формування медико-хірургічного алгоритму виконання операції і післяопераційного ведення хворого.

Найбільш виражений клінічний ефект спостерігався у пацієнтів третьої групи, де методика оперативного втручання включала застосування комбінації аутогенного тромбоцитарного концентрату та остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К». Застосування запропонованої нами методики оперативного втручання дозволяє збільшити терміни ремісії на 10–15*%* протягом року.

***Рис. 5.* Динаміка змін висоти альвеолярного відростка по групах, мм**

Впровадження запропонованого нами методу хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості дозволить досягти сприятливих результатів в лікуванні цього поширеного захворювання. Тому ми вважаємо перспективним широке використання запропонованого методу в системі практичної охорони здоров'я.

**ВИСНОВКИ**

У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування і практичне рішення актуальної наукової задачі – оптимізації хірургічних методів лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості шляхом застосування остеопластичних матеріалів доповнених аутогенним тромбоцитарним концентратом, біологічно активними мембранами, що містять високі концентрації тромбоцитів і чинників зростання.

1. Виконана оцінка стоматологічного статусу хворих із захворюванням пародонта по Донецькій області. На підставі результатів клініко-статичного аналізу запропонованих карт-додатків встановлено, що питома вага захворювань на пародонтит сягає 72,4*%*. З усіх форм пародонтиту, генералізований пародонтит превалює над іншими формами захворювань пародонтиту та складає 92*%*.   
   По ступеню тяжкості захворювання на генералізований пародонтит розподілилися наступним чином: перша ступінь складає 11,0*%*, друга ступінь – 54,0*%*, третя ступінь – 35,0*%*,.
2. Обґрунтовано, розроблено і експериментально апробовано метод хірургічного лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості з використанням остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» у поєднанні з аутогенним тромбоцитарним концентратом, що містить чинники зростання, який дозволив оптимізувати процеси регенерації тканин пародонта.
3. За результатами експериментальних досліджень, що включали: остеометричні, гістологічні, гістоморфометричні, мікроморфометричні, біохімічні дослідження кісткового регенерату, а також вивчення ультраструктури мінерального компоненту кістки, і виконаного рентгеноструктурного аналізу, встановлено, що найкращі показники ефективності регенерації кісткової тканини (понад 47-49*%*) реєструються при використанні тромбоцитарного концентрату у поєднанні з остеопластичним матеріалом «Остеопласт®-К».
4. Результати клінічної апробації продемонстрували переваги застосування запропонованого методу проведення клаптевої операції (пацієнти третьої групи). Відмічено достовірне зростання висоти альвеолярного відростка в області кісткових карманів. Тромбоцитарний чинник зростання і трансформуючі чинники зростання підвищували остеоіндуктивні властивості остеопластичного матеріалу, що підтверджене даними клінічних і рентгенологічних методів обстеження. Через 12 місяців після оперативного втручання глибина пародонтальних карманів зменшилася з (5,9±0,5) до (2,8±0,5) мм (p<0,05), ПІ Рассела – з (4,0±0,55) до (1,6±0,35) бал. (p<0,05), рівень рецесії ясен – з (3,0±0,19) до (1,8±0,25) мм (p<0,05), висота альвеолярного відростка в області кісткових карманів – з (16,8±0,03) до (19,8±0,15) мм (p<0,05).
5. Впровадження у клінічну практику запропонованого методу хірургічного лікування генералізованого пародонтиту сприяє скороченню терміну загоєння рани на одну – дві доби у післяопераційний період, зменшенню відсотка рецидивів генералізованого пародонтиту на 10-15*%* порівняно з традиційною методикою.

**Практичні рекомендації**

1. У хворих на генералізований пародонтит ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості доцільно застосовувати запропонований нами метод хірургічного лікування – проведення клаптевої операції з використанням остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» у поєднанні з аутогенним тромбоцитарним концентратом, який дозволяє зменшити глибину пародонтальних карманів, збільшити висоту альвеолярного відростка в області кісткових карманів, рівень клінічного прикріплення ясен, усунути запалення в тканинах пародонта, що забезпечує позитивний функціональний і косметичний результат.
2. Використання остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К», що повторює архітектоніку і структуру кістки, у вигляді суміші остеопластичного матеріалу і аутогеного тромбоцитарного концентрату дозволяє підвищити ефективність лікування за рахунок максимального заповнення всього об'єму кісткового дефекту.
3. Для отримання аутогеного тромбоцитарного концентрату необхідно не менше 20 мл власної крові пацієнта, яка методом сепарації на лабораторній центрифузі у два етапи розділяється на бідну і багату тромбоцитами плазму, яка містить основні чинники зростання.
4. Комбінація остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» і аутогеного тромбоцитарного концентрату в запропонованому методі за рахунок пористої структури матеріалу дозволяє максимально створити адгезію для тромбоцитів, що сприяє ранній регенерації кісткової тканини, а отже, кожен компонент складного трансплантата активно сприяє регенерації пародонта.
5. Впровадження запропонованого методу проведення клаптевої операції розширює діапазон засобів лікування генералізованого пародонтиту ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості.
6. Застосування даного методу хірургічного лікування стабілізує перебіг патологічного процесу, збільшує терміни ремісії, що скорочує число періодично повторюваних курсів лікування.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. *Бугоркова И.А.* Активизация процессов регенерации тканей при оперативном лечении генерализованного пародонтиту средней и тяжелой степени тяжести // Вісник стоматології. – 2005. – № 4. – С. 18-20.
2. *Павленко А.В., Бугоркова И.А.* Применение остеопластических материалов и обогащенной тромбоцитами плазмы в целях повышения эффективности лоскутных операций при лечении генерализованного пародонтиту // Современная стоматология. – 2006. – № 3. – С. 45-48.
3. *Бугоркова И.А., Лузин В.И., Астраханцев Д.А.. Белушенко Д.С., Федченко К.А.* Применение тромбоцитарного сгустка и других остеопластических материалов при лечении генерализованого пародонтиту в эксперименте (остеометрическое исследование) // Український морфологічний альманах. – 2006. – № 2. – С. 112-114. *(Дисертант приймав участь у підготовці та проведенні експерименту, зборі матеріалу, проведенні аналізу отриманих даних та їх обробці, написанні статті).*
4. *Бугоркова И.А.* Методологические аспекты применения остеопластических материалов и обогащенной тромбоцитами плазмы при при лечении генералізованого пародонтиту средней и тяжелой степени тяжести // Питання експериментальної та клінічної медицини. Збірник статей. – Вип. 10, Т. 1. – Донецьк, 2006 р. – С. 276-280.
5. *Бугоркова И.А.* Оптимизация структуры костного регенерата нижней челюсти белых крыс при использовании различных остеопластических материалов // Украинский морфологический альманах. – 2007. – Т. 5. – № 4. –   
   С. 133-134.
6. *Бугоркова И.А.* Необходимость комплексного подхода в лечении генерализованного пародонтиту // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – 2005. – С. 10-12.
7. Патент № 13614, Україна, А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування захворювань пародонта. Бугокова І.А.; Заявл. 20.09.2005 р.; Опубл. 17.04.2006 р.; Бюл. № 4.

**АНОТАЦІЯ**

**Бугоркова І.А. Оптимізація хірургічних методів лікування генералізованого пародонтиту II-го і III-го ступеня тяжкості. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2008.

Дисертація присвячена питанням підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості.

Результати роботи ґрунтуються на експериментальному дослідженні на   
147 лабораторних тваринах, і клінічному дослідженні 159 хворих на генералізований пародонтит ІІ-го і ІІІ-го ступеня тяжкості, у віці від 25 до 45 років, без супутньої патології, яким проводилися клаптеві оперативні втручання по методу, запропонованому автором. Контрольну групу склали 53 людини, соматично здорових, яким виконували клаптеві операції по методиці L. Widman.

Використані клініко – лабораторні методи обстеження. Доведено, що проведення клаптевої операції по запропонованому методу із застосуванням остеопластичного матеріалу «Остеопласт®-К» у поєднанні з аутогенним тромбоцитарним концентратом дозволяє оптимізувати регенеративні процеси, усуває запалення в тканинах пародонта, пародонтальні кісткові кармани та забезпечує позитивний функціональний і косметичний результат.

Застосування даного методу хірургічного лікування стабілізує перебіг патологічного процесу, збільшує терміни ремісії, що скорочує число періодично повторюваних курсів лікування.

**Ключові слова:** генералізованний пародонтит, остеопластичний матеріал, тромбоцитарний концентрат.

**АННОТАЦИЯ**

**Бугоркова И.А. Оптимизация хирургических методов лечения генералізованого пародонтиту II-ой и III-ей степени тяжести. –** Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика.МОЗ Украины, Киев, 2008.

Перспективным направлением в пародонтологии является применение обогощенной тромбоцитами плазмы, которая позволяет создать в области вмешательства высокую концентрацию факторов роста, управляющих процессом регенерации костной.

Диссертация посвящена вопросам повышения эффективности хирургического лечения больных с генерализованным пародонтитом II-ой и III-ей степени тяжести путем применения остеопластических материалов, дополненных аутогенным тромбоцитарным концентратом, биологически активными мембранами, которые содержат высокие концентрации тромбоцитов и факторов роста.

Обоснован, разработан и экспериментально апробирован метод хирургического лечения генерализованного пародонтита ІІ-й и ІІІ-й степени тяжести с использованием остеопластического материала «Остеопласт®-К» в сочетании с аутогенным тромбоцитарним концентратом, содержащим факторы роста, который позволил оптимизировать процессы регенерации тканей пародонта.

Результаты работы основываются на экспериментальном исследовании   
147 лабораторных животных, и клиническом исследовании 159 больных с генерализованным пародонтитом II-ой и III-ей степени тяжести, в возрасте от   
25 до 45 лет без сопутствующей патологии, которым проводились лоскутные оперативные вмешательства по методу, предложенному автором. Контрольную группу составили 53 человека, соматически здоровых с санированной полостью рта, соответствующего возраста, которым выполняли лоскутные операции по методике L. Widman.

Использованы клинико-лабораторные методы обследования. Доказано, что проведение лоскутной операции по предложенному методу с применением остеопластического материала «Остеопласт®-К» в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом позволяет оптимизировать регенеративные процессы, устраняет воспаление в тканях пародонта, пародонтальные и костные карманы и обеспечивает положительный функциональный и косметический результат.Позволяет достичь длительной стабилизации в тканях пародонта и альвеолярного отростка .

Результаты клинической апробации продемонстрировали преимущества применения предложенного метода проведения лоскутной операции (пациенты третьей группы). Отмечен достоверный рост высоты альвеолярного отростка в области костных карманов. Тромбоцитарний фактор роста и трансформирующие факторы роста повышали остеоиндуктивные свойства остеопластического материала, что подтверждено данными клинических и рентгенологически методов обследования. Через 12 месяцев после оперативного вмешательства глубина пародонтальних карманов уменьшилась с 5,9±0,5 до 2,8±0,5 мм, индекс ПМА изменился с 42,1±1,2 до 21,3±1,5*%*, папиллярный индекс кровоточивости – с 3,9±0,25 к 1,8±0,35 балл., ПИ Рассела – с 4,0±0,55 к 1,6±0,35 балл., ГИ – с 2,63±0,02 к 1,69±0,05 балл., уровень рецессии десен – с 3,0±0,19 до 1,8±0,25 мм, высота альвеолярного отростка в области костных карманов – с 16,8±0,03 до 19,8±0,15 мм (с<0,05).

Внедрение в клиническую практику предложенного метода хирургического лечения генерализованного пародонтита способствует сокращению срока заживления раны на 1-2 суток в послеоперационный период, уменьшению процента рецидивов генерализованного пародонтита на 10-15*%* сравнительно с| традиционной методикой.

Применение данного метода хирургического лечения стабилизирует течение патологического процесса, увеличивает сроки ремиссии, что сокращает число периодически повторяемых курсов лечения.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, остеопластический материал, аутогенный тромбоцитарный концентрат.

**ANNOTATION**

**Bugorkova I.А. Optimization of surgical methods of treatment of generalized parodontites II and III degrees of weight.** – Manuscript.

Dissertation for the Candidate of Medical Degree in speciality 14.01.22. – Stomatology. – Nanional Medical Academy of Post-Graduate named after H. L. Shupik, Kyiv, 2008.

Dissertation is devoted the questions of increase of efficiency of surgical treatment of patients with generalized parodontites II and III degrees of weight.

Job performances are based on clinical research 159 patients with generalized parodontites II and III degrees of weight, in age from 25 to 45 years without concomitant pathology, which patchwork operative interferences were conducted on a method, to offered an author. A control group was made by 53 men, somatically healthy with the sanacy cavity of mouth, proper age which was execute patchwork operations on the method of L. Widman.

The clinic and laboratory methods of inspection are utillized. It is well-proven that the leadthrough of patchwork operation carried out with the use of osteoplastic material of the «Osteoplast®-k» in combination with a the autogenos trombocyte-enriched concentrate allows to optimize regenerative processes, removes inflammation in fabrics of parodontites, parodontitesl bone pockets and provides a positive functional and cosmetic result.

Application of this method of surgical treatment is stabilized by the flow of pathological process, increases the terms of remission, that abbreviates the number of the periodically repeated courses of treatment.

**Keywords:** generalized parodontites, osteoplastic, autogenos trombocyte-enriched concentrate.

## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

1. Автор висловлює щиру подяку В.І. Лузіну за допомогу в проведенні експериментальних досліджень. [↑](#footnote-ref-1)