

Курбонов Шомирза Шорасулович
кандидат медицинских наук,
Курбанов Сардорбек Азимбоевич, Усманова Диёра Ровшанбековна,
Кузиев Шерзод Худойберганович, Адашов Фаёз Суръатович
резиденты 1 - курса
Ташкентский государственный стоматологический институт
(Ташкент, Узбекистан)

ВЫБОР КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Аннотация. *Хронический генерализованный пародонтит приводит к многочисленным негативным воздействиям, особенно нарушению функции связок удерживающих зуб. Одной из причин развития данного патологического процесса связано с изменением микроциркуляции, что в дальнейшем приводит к развитию патологических процессов в околозубных тканях. По мнению ряда авторов, в развитии и течение ряда патологических процессов важную роль играет активация процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ).*

Ключевые слова: *Хронический генерализованный пародонтит, остеопластических материалов, открытый коретаж.*

*Qurbonov Sh. Sh., Qurbanov S. A.,
Usmanova D. R., Qo'ziyev Sh. X., Adashov F. S.
(Tashkent, Uzbekistan)*

TOPIC: THE CHOICE OF COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTITIS (REVIEW OF THE LITERATURE)

Summary. *Chronic generalized periodontitis leads to numerous negative effects, especially disruption of the function of the ligaments that hold the tooth. One of the reasons for the development of this pathological process is associated with changes in microcirculation, which further leads to the development of pathological processes in the parotid tissues. According to a number of authors, the activation of the process of lipid peroxidation (POL) plays an important role in the development and course of a number of pathological processes.*

Key words: *Chronic generalized periodontitis, osteoplastic materials, open curettage.*

Введение. Хронический генерализованный пародонтит является широко распространенным заболеванием человека. Частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта, по данным разных авторов, достигает 98-100% в зависимости от возрастной группы. В последние годы отмечается неуклонное увеличение числа пациентов с деструктивными процессами в челюстных костях, которые нуждаются в квалифицированной стоматологической помощи. Большинству обратившихся пациентов необходимо комплексное лечение, в котором главная роль отводится

хирургическим вмешательствам, направленным на остановку воспалительного процесса и регенерацию костной ткани. Особого внимания заслуживают пациенты, страдающие заболеваниями пародонта, сопровождающиеся наличием различных костных дефектов, подвижностью зубов и/или их потерей. Одной из проблем, связанных с восстановлением костной ткани, является воспалительный процесс в ране, что не позволяет использовать уже имеющиеся остеопластические материалы. В связи с этим перед врачом встает выбор: идти на риск, связанный с послеоперационными воспалительными осложнениями, или замещать костный дефект отсрочено, вторым этапом. Эндо-пародонтальные поражения (ЭПП) являются многофакторными заболеваниями, местными из которых являются микробный налет на поверхности зубов продукты его метаболизма, состояние рта, ведущее к образованию биопленки и оказывающее влияющее на пародонтопатогенный потенциал внутриротовой микрофлоры, а общими факторы, обеспечивающие гомеостаз пародонт. Микробиоценоз рта влияет как на развитие патологических изменений в пародонте и периодонте, так и косвенно может отражать соматическое состояние пациента, недостаточность его иммунной и эндокринной систем. Бактериальная инфекция, являющаяся основной причиной развития пародонтита и осложнений кариеса, при изолированном течении этих патологий имеет различия по видовому составу в пародонтальном кармане и корневом канале. Установлено многочисленными исследованиями, что микрофлора корневого канала (КК) и пародонтального кармана (ПК) при изолированном течении периодонтитов и пародонтитов различна, хотя преобладает сходная смешанная анаэробная микрофлора. Однако, если течение приобретает сочетанный характер, то в эндо-пародонтальном очаге идентифицируются одинаковые анаэробные патогены как в КК, так и в ПК. В основе ЭПП лежит продуктивное воспаление, одной из ведущих причин которого являются микроорганизмы. Иммунный ответ на микроорганизмы приводит к выделению воспалительных медиаторов и цитокинов – низкомолекулярных гликопротеинов, действующих в пикомолярных концентрациях, осуществляющих регуляцию взаимодействий, активацию звеньев системы иммунитета. В настоящее время большинство исследователей признают участие иммунного звена в патогенезе ЭПП.

В настоящее время продолжают изучать механизмы гомеостаза, которые участвуют в развитии хронического генерализованного пародонтита. Метаболиты зубной биопленки вызывают лавинообразное высвобождение в краевом эпителии и в десневую жидкость провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, фактор некроза опухоли- α), которые вызывают деструкцию соединительной ткани пародонтального прикрепления и стимулируют активность остеокластов, напрямую или опосредованно иницируя костную резорбцию. Перечисленные факторы также способствуют развитию вазодилатации, избыточному поступлению жидкости во внеклеточное пространство и нарушению микроциркуляции в тканях пародонтального комплекса, тем самым углубляя повреждение тканей. В комплексном лечении пародонтита особое внимание уделяется хирургическим методам. Они позволяют добиться ликвидации хронического очага инфекции, устранения костных дефектов, приостановить прогрессирование деструкции

альвеолярной кости и, в конечном итоге, восстановить морфофункциональную активность зубов, а также обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта. В настоящее время ведется активный поиск новых хирургических приемов. При этом наиболее интенсивно ведутся разработки по двум основным направлениям. С одной стороны изучаются возможности более радикального удаления необратимо измененных инфицированных тканей пародонта, с другой - изыскиваются пути трансплантации различных материалов.

Приоритетная роль для восстановления утраченных костных структур отводится широкому арсеналу остеопластических материалов: аутогенных, аллогенных, ксеногенных и аллопластических. Одним из них является резорбируемый материал колапол (КП-2), состоящий из органической части — природного биополимера коллагена и кожи крушорогатого скота и неорганической - биологически совместимого и биологически активного гидроксиапатита. Его применение в хирургии пародонта обусловлено тем, что он способствует формированию функционально- и структурно-адекватного костного аппарата. Не теряет своей актуальности вопрос инициирования и коррекции восстановительных процессов в пародонте. Факторы роста, получаемые из крови, способны ускорять регенерацию поврежденных тканей, что достаточно подробно изложено в современной литературе. Одним из условий акцентированного проявления их остеогенетической активности является фиксация на коллаген. Сочетанное применение колапола (КП-2) и аутотромбоконцентрата, содержащего факторы роста, рассматривается в единичных исследованиях и касается только клинических аспектов без морфологического обоснования метода и оценки отдаленных результатов. Использование аутотромбоконцентрата при патологии тромбоцитов малоэффективно, так как невозможно получить необходимую концентрацию факторов роста при активации тромбоцитов менее $200 \cdot 10^9 / \text{л}$, что делает актуальной проблему коррекции тромбоцитарного звена перед хирургическим лечением.

Значительным успехом пародонтологии является развитие хирургического направления в комплексной терапии заболеваний пародонта. Но хирургическое лечение целесообразно проводить после нормализации обменных процессов и микроциркуляции в тканях пародонта, что делается не всегда. Несмотря на успехи пародонтологии, проблема регенерации костной ткани как критерия излечения пародонтита остается открытой. Анализ публикаций о современных способах и материалах для направленной костной регенерации показал, что наиболее часто используемым материалом для восстановления костной структуры, в настоящее время являются препараты на основе синтетического гидроксиапатита. На сегодняшний день разработаны и производятся несколько видов композиций на основе гидроксиапатита. «Колапол» и «Гидроксиапол», разработаны в ТОО «Полистом», мелкодисперсный порошок «Остам» и «Остим100» (ТОО «Остим»), «Колап» и «Синтос», (ЦНИИС), «КоллапАн» в двух модификациях: «КоллапАн-Л», содержащий линкомицина гидрохлорид и «КоллапАн-Г», содержащий гентомицина сульфат, разработан фирмой «Интермедапатит», Москва. Морфологические исследования препаратов на основе

гидроксилapatита показали, что процесс заживления костных дефектов подчиняется общим закономерностям регенерации костной ткани, отмечено активное образование в костных дефектах мягкотканого регенерата и формирование на его основе костной мозоли. Однако, несмотря на широкую популярность гидроксилapatита отдаленные результаты его применения недостаточно изучены. Недавно внимание ученых привлекло использование полипептидных факторов роста для пародонтальной регенерации и имплантологии. Ряд этих факторов роста содержится в тромбоцитах, включая тромбоцитарный фактор роста, трансформирующий фактор роста бета, инсулиноподобный фактор роста 1. На этом основании разработана методика получения аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). По данным одних авторов препараты, содержащие ОТП, влияют на раннее и локальное увеличение количества костной ткани, но другие этого не подтверждают. ОТП содержит факторы роста в высокой концентрации и способна стимулировать заживление раны. Тромбоциты выступают, как транспортное средство для этих факторов, которые могут быть использованы в комплексном лечении тканей пародонта. В дальнейшем оказалось, что для клинического применения ОТП важным является контролируемое высвобождение факторов роста в нужном участке в течение определенного периода. Лучшим материалом оказалась комбинация, состоящая из аутологичной кости, взятой из подвздошной кости, содержащая ОТП и большое количество мезенхимальных стволовых клеток. Преимущество этой комбинации заключается в том, что в костной ткани содержится костный морфогенетический протеин, влияющий на образование и функцию остеобластов из клеток - предшественников, в ОТП этот фактор почти отсутствует, но получение такой композиции осложняется дополнительной травмой. Поэтому актуальной проблемой стоматологии и патологической физиологии является поиск биосовместимого материала на основе костной ткани, который бы содержал морфогенетический костный белок, резорбировался со скоростью сравнимой с формированием новой кости и мог бы образовывать комплекс с факторами роста в составе ОТП. Одним из кандидатов в такой остеопластический материал является Bio-Gen Putty (сокращенно BGP-01 - костнозамещающая коллагеносодержащая паста конского происхождения, ВЮТЕК, Италия). Материал содержит минеральную костную основу и коллаген со скоростью резорбции 6-12 месяцев в зависимости от количества материала. Создание комплекса BioGen Putty и ОТП возможно в виде пасты, которую послойно помещают в костный дефект во время оперативного вмешательства на пародонте. При хирургическом лечении использование остеотропных препаратов значительно усиливает его эффективность. Несмотря на всю широту спектра материалов, используемых для костной пластики, ни один из них не отвечает всем требованиям современной пародонтологии, что диктует необходимость активного поиска новых и совершенствования уже существующих материалов. В этом направлении выполнено большое число исследований, в которых использованы аутокость, являющаяся «золотым стандартом» при трансплантации, аллогенная и ксеногенная кость, а также синтетические керамические материалы. Хронический генерализованный пародонтит

приводит к многочисленным негативным воздействиям, особенно нарушению функции связок удерживающих зуб. Одной из причин развития данного патологического процесса связано с изменением микроциркуляции, что в дальнейшем приводит к развитию патологических процессов в околозубных тканях. По мнению ряда авторов, в развитии и течение ряда патологических процессов важную роль играет активация процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Абдуллаев Ш.Ю. Шомуродов К.Э. Динамика белков острой фазы воспаления при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области// Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент, 2010. - №3-4. – С. 106-109.
2. Белоκριцкая Г.Ф., 2010; Булкина Н.В., 2010; Ведяева А.П., 2011; Сохов С.Т., 2011; Моргунова В.М., 2013. // Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал. - 2011. - № 6. - URL: www.scienceeducation.ru/101-5095 (дата обращения: 18.01.2012).
3. Лемецкая Т.Н., 2010; Барер Г.М., Овчинникова И.А. и соавт., 2011; Аболмасов Н.Н., 2012; Цепов Л.М. и соавт., 2010; // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 449-451
4. Орехова Л.Ю. с соавт., 2015; Ковальчук Л.В. с соавт., 2016; Мельничук Г.М., 2016; Вавилова Т.П., 2019. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2016. - № 2. - С. 388-392.
5. Безрукова А.П. с соавт., 2014; Грудянов А.И., 2010; Дунызина Т.М., 2011; Зуев В.П., 2014; Григорьян А.С., 2013; Федоровская Л.Н., Григорьян А.С. с соавт., 2013; Иорданишвили А.К., 2014; Орехова Л.Ю., 2014. // Журнал теоретической и практической медицины. - 2014. - Т. 8. - С. 120-122.
6. К.Э. Шомуродов Особенности баланса цитокинов в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области. // Врач-аспирант 2010. - 42 Том. - №5.1. - С.187-192.
7. Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения// Среднеазиатский научно-практический журнал "Stomatologiya" 2017. - №3-(68). - С. 9-12.