

На правах рукописи
УДК (615 478 73/ 74+
621 923 6) 616 314 17-008 1

Баишева Виктория Ильинична

**Повышение эффективности лечения пародонтита
путем применения современных технологий кюретажа
и эксплуатации инструментария.**

14 00 21 – «Стоматология»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Москва – 2007

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава»

Научный руководитель:

Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук,
профессор

Дмитриева Лидия Александровна

Официальные оппоненты:

Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук,
профессор
Доктор медицинских наук,
профессор

Пожарицкая Мария Михайловна

Гринин Василий Михайлович

Ведущая организация:

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования Росздрава»

Защита состоится 19 сентября 2007 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета К 208 041 02 при ГОУ ВПО «Московский государственный медико-медицинский университет Росздрава» (127473, г Москва, ул Делегатская 20/1)

Почтовый адрес 127473, г Москва, ул Делегатская 20/1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского государственного медико-стоматологического университета (127206, г Москва, ул Вучечича, д 10а)

Автореферат разслан 30 июня 2007 год

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

О П Дашкова

Общая характеристика работы.

Актуальность темы.

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении гингивита и пародонтита

Не всегда методики, разработанные и успешно применяемые для лечения развившихся стадий пародонтита, с одной стороны, и гингивита, с другой, адаптированы для лечения начальных стадий пародонтита

Кюретаж является одним из наиболее распространенных хирургических методов лечения заболеваний пародонта в амбулаторно-поликлинических условиях и служит обязательным этапом при проведении лоскутных операций (А П Безрукова, 1999)

Кюретаж эффективно сочетается с применением современных антимикробных препаратов, воздействующих на пародонтопатогенную флору, противовоспалительных средств. Остеопластические материалы при начальных стадиях не показаны к применению, так как поражение затрагивает, главным образом, маргинальные участки пародонта. Эта зона пародонта содержит важный элемент, обеспечивающий выполнение защитной и амортизирующей функции – круговую связку и зубодесневое прикрепление, которое надо сохранить или восстановить в процессе лечения. Попытки сохранения этих важных образований нередко заканчиваются неудачей. Частично, это связано с травмой, причиняемой инструментами при осуществлении хирургических доступов. Удаление грануляций как позитивный момент кюретажа сопряжен с негативными последствиями, связанными с тем, что в карман вводятся инструменты, толщина рабочей части которых намного превышает расстояние между зубом и внутренней поверхностью отодвигаемой десны.

В последние годы для лечения развившихся стадий пародонтита используются препараты, стимулирующие регенерацию не только костных структур, но и периодонта. PRP – Platelet Rich Plasma – обогащенная

тромбоцитами плазма (А И Грудянов, А И Ерохин, 1998, Slater, Michael, 1995, R E Marx, 1998), «Бекаплермин» (Becaplerin) - рекомбинантный человеческий тромбоцитарный фактор роста (М Н Меджидов, 2004, 2006), «Эмдогейн» (Emdogain) – эмалевый матричный протеин (Д А Немерюк, 2006) При проведении закрытого кюретажа эти препараты используются редко и опыт работы с ними требует обобщения

Нерешенные вопросы клинической пародонтологии продиктовали необходимость проведения нашего исследования и определили его цель и задачи

Цель исследования.

Повышение эффективности закрытого кюретажа в комплексном лечении пародонтита путем разработки алгоритма использования современных препаратов и инструментов

Задачи исследования.

1. По данным сканирующей электронной микроскопии изучить изменение режущей кромки инструмента под воздействием затачивания с использованием различных методик и технологий ручной и автоматизированной.
2. На основе разработанных критериев оценки выявить степень повреждающего воздействия инструмента на ткани десны, периодонт и твердые ткани зуба
3. Усовершенствовать метод закрытого кюретажа путем разработки алгоритма лечения, включающего использование эмалевого матричного протеина и современных технологий затачивания пародонтологического инструментария
4. Разработать критерии субъективной и объективной оценки и на их основании оценить эффективность использования пародонтологических инструментов, заточенных с использованием различных методик

- 5 Оценить результат закрытого кюретажа при применении традиционных и предлагаемых технологий
- 6 В сравнительном аспекте выявить влияние традиционных и предлагаемых технологий кюретажа на качество и сроки восстановления пародонта

Научная новизна

Впервые доказана и обоснована зависимость состояния пародонтологического инструментария и динамики восстановления тканей в области маргинального пародонта

Уточнены критерии оценки состояния пародонтологического инструментария, описаны изменения в тканях пародонта и зуба под воздействием пародонтологического инструментария и рельефа режущей кромки в ответ на затачивание различными методами.

Впервые предложено использование эмалевого матричного протеина «Эмдогейн» при проведении закрытого кюретажа

Практическая ценность работы

Разработан алгоритм закрытого кюретажа, обеспечивающий повышение эффективности регенерации маргинальных участков пародонта, что гарантирует благоприятный прогноз и пролонгирует ремиссию

Предложена методика проведения закрытого кюретажа с использованием эмалевого матричного протеина «Эмдогейн» и современных технологий инструментальной обработки пародонтального кармана

Обоснован рациональный выбор автоматизированного методика затачивания пародонтологического инструментария с помощью аппарата Hawe PerioStar 3000

Показано, что новые пародонтологические инструменты заводского затачивания требуют предварительной проверки остроты и, при необходимости, затачивания

Применение ретракционных нитей Z-TWIST перед проведением закрытого кюретажа в течение 5 минут способствует обеспечению доступа инструментария в пародонтальный карман и минимизирует травму

Личный вклад автора

Автором лично была проведена методика электронно-микроскопического изучения режущих кромок рабочих частей пародонтологических инструментов, изучение динамики морфологических изменений на гистологических срезах процессов восстановления маргинальной зоны пародонта с использованием инструментов разной степени остроты в эксперименте на крысах. В ходе сбора материала для диссертационной работы были освоены методики поведения различных операций на пародонте

Положения, выносимые на защиту

- 1 Применение ретракционных нитей перед проведением закрытого кюретажа
- 2 Эффективность применения эмалевого матричного протеина «Эмдогейн» при лечении хронического генерализованного пародонтита
- 3 Необходимость затачивания пародонтологических инструментов автоматизированным и ручным методами
- 4 Новые пародонтологические инструменты заводского затачивания требуют предварительной проверки состояния режущей кромки

Внедрение результатов исследования

Результаты работы внедрены в лечебную работу и учебный процесс кафедры терапевтической стоматологии ФПКС ГОУ ВПО МГМСУ, сети стоматологических клиник «ПрезиДент»

Апробация работы

Материалы диссертации доложены на третьей научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии» по объединенной тематике «Пародонтология» (Москва, 2006) Диссертационная работа апробирована на межкафедральном совещании сотрудников кафедры терапевтической стоматологии ФПКС, кафедры пародонтологии и гериатрической стоматологии и отделения профилактики стоматологических заболеваний Центрального научно-исследовательского института стоматологии 13 июня 2007 года

Публикации

По теме диссертации опубликовано 4 научных работ и методические рекомендации для врачей, в том числе 2 работы в изданиях, рекомендованных ВАК России

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 134 страницах машинописного текста Включает введение, главы «Обзор литературы», «Материалы и методы исследования», «Результаты собственных исследований», «Обсуждение полученных результатов», «Заключение и обсуждение», выводы, практические рекомендации, список использованной литературы, включающий работы 128 российских, 61 иностранных авторов Работа иллюстрирована 35 рисунками и 19 таблицами

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленных целей исследование проводили в три этапа:

- 1 – лабораторный,
- 2 – экспериментальный,
- 3 – клинический

Задачей лабораторного исследования являлось изучение изменения режущей кромки инструмента под воздействием затачивания с использованием различных методик

Изучение режущих кромок скейлеров и кюрет Грейси проводили в растровом сканирующем электронном микроскопе JSM-6480LV японской фирмы JEOL на базе ЯГУ им М К Аммосова (кафедра физики твердого тела)

Перед исследованием скейлеры и кюреты затачивали, используя две методики ручной способ (специальным набором Arkansas Stone Sharpening Kit фирмы Hu-Friedy Mfg Co Inc , USA) и автоматизированный (на аппарате Hawe Perio Star 3000, фирмы Hawe Neos Dental AG, Bioggio, Switzerland) Кроме этого использовали контроль в виде инструментов, срок службы которых по технологии заканчивался и новых инструментов, поступающих в клинику (заводское затачивание)

Изучение состояния режущих кромок инструментов проводили прямым методом без предварительной металлизации в режиме вторичных электронов Со скейлеров и кюрет Грейси срезали с помощью алмазного инструмента рабочие части, помещали последние на столик сканирующего электронного микроскопа, фиксировали специальным электропроводимым клеем Съемку участков режущих кромок проводили при стандартном положении инструмента в камере микроскопа при ускоряющем напряжении 15,0 кV, на разном увеличении (X98 – X1000) Всего изучено 30 образцов

В задачу экспериментального исследования входило изучение динамики репаративных процессов в маргинальной части пародонта при использовании инструментов с различной степенью остроты режущей кромки Кроме того, требовалось обоснование эффективности использования последних в клинической практике в сочетании с эмалевым матричным протеином

Экспериментальные исследования для изучения морфологии маргинального пародонта по данным светооптической микроскопии были проведены на 30 крысах массой тела около 200 г Животным под нембуталовым наркозом (40 мг/кг) были сформированы дефекты в зоне маргинального пародонта. В первой группе животных (экспериментальной)

дефекты смоделированы инструментами без признаков затупления в районе 4-5 зубов, во второй группе инструментами с признаками затупления

Предусматривалось 2 схемы операционного ведения крыс экспериментальную группу составили животные, не получавшие никого дополнительного лечения, контрольную группу составили животные, которым в образовавшиеся дефекты вводили препарат «Эмдогейн»

Крыс забивали декапитацией в сроки 7, 14, 21 и 30 дней после операции.

Проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 32 пациентов от 23 до 65 лет (мужчин-16 женщин-16), страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней степени

Пациенты разделены на две группы в зависимости от методики применяемого лечения I группа пациентов – пациенты, у которых при закрытом кюретаже использовались пародонтологические инструменты, заточенные обычным путем и проходившие лечение по общепринятой схеме и II группа – пациенты, у которых перед вмешательством в пародонтальные карманы вводили ретракционную нить, затем через 5 минут приступали к закрытому кюретажу при котором использовались пародонтологические инструменты, заточенные автоматизированным способом У данных пациентов использовался в процессе лечения «Эмдогейн» - эмалевый матричный протеин

Пародонтит средней степени является оптимальной моделью для сравнительного анализа эффективности различных методов инструментальной обработки поверхности корня У таких пациентов возникает достаточная мотивация к лечению (наиболее частыми их жалобами являются кровоточивость, боль, зуд в деснах, на наличие зубных отложений, неприятный запах изо рта) и последующему регулярному наблюдению

Сопутствующими заболеваниями у обследованных пациентов были хронический гастрит – 12, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 3, гипертоническая болезнь 1 и 2-й степени – 6 человек

Клиническое обследование пациентов с патологией пародонта проводили по общепринятой схеме, включающей основные и дополнительные методы опрос, осмотр, инструментальный осмотр, зондирование, пальпация, перкуссия, определение подвижности зубов, индексная оценка и рентгенологическое обследование для диагностики и динамического наблюдения

Основная группа. После подготовки больных приступали к удалению над- и поддесневых пазубных отложений. Под местной анестезией перед процедурой вводили ретракционную нить для минимизации травмы к тканям и лучшего обзора в зоне операционного вмешательства. Через 5 минут нить убирали, при этом формировался достаточный и удобный доступ к рабочей зоне, что совпадало с началом времени действия местной анестезии. При закрытом кюретаже использовали пародонтологические инструменты, заточенные автоматизированным методом. Вмешательство завершали введением в карман эмалевого матричного протеина - «Эмдогейна».

Контрольная группа. После аналогичной подготовки пациентов вмешательство проводили пародонтологическими инструментами, заточенными обычным методом без использования ретракционной нити и эмалевого матричного протеина.

Повторные осмотры пациентов в обеих группах проводили через 3, 7 дней до момента возникновения устойчивых гигиенических навыков и исчезновения клинических признаков воспаления в десне, далее – в сроки 1, 3, 6, 12 месяцев после проведения процедуры.

Анализ полученных данных производился с помощью стандартных методов математическо-статистической обработки с использованием программного обеспечения для ПК (MSOffice Excel и Statistica 6,0). Для всех критериев и тестов величина критического уровня значимости принимались равной 0,05, т.е. различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Собственные исследования

Нами проведено изучение в сканирующем электронном микроскопе пародонтологических инструментов, заточенных различными методами

Критериями оценки послужили

- 1 наличие рельефа режущей кромки,
- 2 протяженность рельефа и участков повреждения режущей кромки,
- 3 наличие, количество и протяженность участков, характеризующихся сглаженной кромкой,
- 4 наличие кратеров, ретенционных пунктов, вздутия, шероховатостей, сколов, углублений, насечек, царапин и других дефектов,
- 5 глубина, протяженность, доля площади дефектов на поверхности режущей кромки

Инструменты были разделены на 4 группы

- В первую группу входили инструменты, подвергшиеся автоматизированному методу затачивания в аппарате Hawe Perio Star 3000, а также после ручного затачивания с помощью специального набора Arkansas Stone Sharpening Kit
- Во вторую группу – инструменты, с признаками затупления
- В третью группу – инструменты группы контроля, подлежащие списанию
- В четвертую группу – новые инструменты заводского затачивания

В первой группе инструментов выявлен рельеф режущей кромки – ровный на всем протяжении, режущие грани сходятся под острым углом, не меняющимся на всем протяжении углом, отсутствуют участки, характеризующиеся сглаженной кромкой, наличием кратеров, ретенционных пунктов, сколов, углублений, царапин. На большем увеличении на всем протяжении зоны затачивания и зоны прилегающей к затачиваемой кромке поверхность плотная, не имеет существенных насечек, углублений

Во второй группе инструментов рельеф режущей кромки – не на всем протяжении четко обозначен в виде ровной прямой линии, иногда определяются изгибы в виде полусфер. На режущей кромке четко определяются кратеры. В зоне, прилегающих к кромке, характерно наличие целых участков дефектов поверхности размером до 100 мкм. При большем увеличении в этих участках определяются «мозаичные структуры», которые соединяются между собой перемычками, отграничивающие кратеры глубиной от 5 до 10 и более мкм, характерно наличие полукруглых кратерообразных участков, перемежающихся с деструкцией кромки с большим количеством царапин и изъянов. Выявленные кратеры достигают размера примерно 150X100X80 мкм. В углублениях заметны чужеродные частицы. Доля площади последних на поверхности режущей кромки составляет примерно ¼ общей площади.

В третьей группе – инструменты группы контроля, подлежащие списанию, характеризуются полным отсутствием режущей кромки, сглаженным контуром по всему ее периметру. При большем увеличении отмечаются наличие глубоких трещин размером до 200X30 мкм.

Инструменты четвертой группы – заводского затачивания, нередко характеризуется неоднородной степенью остроты режущей кромки. Высокая степень остроты, четкость непрерывной линии иногда чередуется с участками затупления, появляются «плато» значительной протяженности, кратеры и зоны дефекта, прилегающих к кромке.

На режущей кромке видно наложение металла в виде «раковин», нависающие над режущей кромкой образования, которые отламываются в процессе работы и попадают в операционную зону. Стоматологам хорошо известно, что инородное тело, тем более такой твердости и с неровными краями, вызывает воспаление, манифестирующее сильными болями.

Следовательно, инструмент, затаченный заводским путем, требует обязательной проверки остроты перед использованием и, при необходимости, затачивания.

Затачивание аппаратом Hawe Perio Star 3000 позволяет получить кромку хорошего качества по сравнению с режущей кромкой, сформированной при применении ручного затачивания, которое в свою очередь, требует от пародонтолога владения особыми мануальными навыками, часто требует помощи специально подготовленного персонала

Таким образом, дефекты кромки режущего инструмента создают дополнительную травму в тканях десны, формируют участки клеточного детрита, усиливают степень кровотечения в зоне проведения кюретажа, что приводит, в свою очередь, к потере ориентации глубины погружения инструмента в пародонтальный карман. Это усиливает травму и может пролонгировать сроки заживления. Во время работы такой инструмент не срезает изменившиеся ткани пародонта, а рвет их, что отрицательно сказывается на заживлении раны «Плато», появляющееся в зоне режущей кромки могут приводить к «раздавливанию» маргинальной части периодонтальной связки, деструкции коллагеновых волокон, что также может препятствовать полноценной регенерации маргинального пародонта.

С целью уточнения данных положений нами проведено морфологическое изучение структур пародонта по данным результата эксперимента на животных.

По результатам динамики морфологических изменений процессов восстановления маргинальной зоны пародонта с использованием инструментов разной степени остроты режущей кромки в эксперименте на крысах мы показали, что в ране на 7-ые сутки в зоне повреждения пародонта обнаруживается грануляционная ткань с обильной воспалительной инфильтрацией, где преобладают полиморфноядерные лимфоциты, без эпителиальной выстилки зубодесневого кармана. Лишь у одного животного (из 1-ой группы) отмечено нарастание многослойного плоского эпителия на созревшую грануляционную ткань стенок зубодесневого кармана на глубину до 1-2 мм.

К 14-ым суткам практически во всех наблюдениях двух групп созревает грануляционная ткань, сопровождающаяся элементами воспалительной инфильтрации с наполнением многослойного плоского эпителия на поверхность зубодесневого кармана в зоне повреждения раневой поверхности на глубину 0,4-0,5 мм, местами заполняя ее вплоть до цемента зубодесневого кармана. Четко прослеживается, что в 1-ой группе острое воспаление в пародонте выражено менее значительно, чем во 2-ой группе.

На 21-ые сутки зрелая грануляционная ткань с очагами воспаления в 1-ой группе животных выстлана пластом многослойного (зрелого) плоского эпителия, разрастающегося со стороны альвеолярного отростка сужает полость зубодесневого кармана.

30-ые сутки наглядно показывают, что эпителизация раневой поверхности у животных 1-ой группы проходит значительно лучше, чем во 2-ой группе, где сохраняются глубокие зубодесневые карманы. Их края со стороны альвеолярного отростка выстланы многослойным плоским эпителием.

Надо учесть, что исследуемый материал представлен поперечными срезами (по отношению к зубодесневому карману зуба) на глубине 4-5мм от зоны нормального эпителиального прикрепления.

В результате гистоморфологического исследования фрагментов альвеолярных отростков нижней челюсти у белых беспородных крыс-самцов разводки ВНЦ БАН (с исходной массой тела 180-200г, содержавшихся в виварии на стандартной диете в течение 30 суток) показано, что лучше регенерация тканей наблюдается при использовании острого инструментария, в сравнении со 2-ой группой, где использовались инструменты с признаками затупления.

Представленный материал наглядно доказывает, что использование острого инструмента при операционном вмешательстве на тканях пародонта приносит наилучший лечебный эффект.

При анализе результатов клинического исследования по данным упрощенного индекса гигиены полости рта Грина-Вермиллиона (УИГР, ОНІ-S), гингивального индекса Силнесса-Лоэ (1964), пародонтального индекса (ПИ) по Russel (1956), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), степени подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара (Fleszar T J, 1980), глубины пародонтальных карманов, ортопантомограммы сравнивали клиническую эффективность лечения в основной и контрольной группах

В обеих группах (как в основной, так и в контрольной) лечение приводило к достоверному снижению гингивального индекса

Группы не различались по исходному значению гингивального индекса (2,5 – в исследовательской группе и 2,7 – в контрольной группе соответственно, $p=0,8$), что делает возможным их сравнительный анализ. Сравнительный анализ динамики индекса гигиены в процессе лечения в двух группах показал статистически достоверные отличия в сторону большей эффективности исследовательского метода. Через 30 дней от начала лечения значения индекса в основной группе снизились на 2,4 (96%), а значения индекса в контрольной группе снизились на 2,0 (74%) ($p<0,01$). Через 1 год от начала лечения значения гингивального индекса в основной группе снизились на 1,6 (64%) по сравнению с исходным уровнем, а в контрольной группе – на 0,9 (33%) ($p<0,01$).

Таким образом, исследовательский метод более эффективно снижал значения индекса Силнесс-Лоэ (более эффективен при лечении воспаления) по сравнению с контрольным методом.

Лечение приводило к достоверному снижению УИГ

Группы не различались по исходному значению УИГ (2,7 – в основной группе и 2,4 – в контрольной группе соответственно, $p=0,6$), что делает возможным их сравнительный анализ. Сравнительный анализ динамики УИГ в процессе лечения в двух группах показал статистически достоверные

отличия в сторону большей эффективности исследовательского метода Значения УИГР после начала лечения интенсивно снижаются в обеих группах, достигая минимальных значений через 1 месяц от начала лечения Через 1 год от начала лечения значения УИГ в основной группе снизились на 2,0 (74%) по сравнению с исходным уровнем, а в контрольной группе – на 0,9 (38%) ($p < 0,01$)

Таким образом, исследовательский метод более эффективно снижал значения упрощенного индекса гигиены (более эффективен при лечении воспаления десен) по сравнению с контрольным методом

Значения ПИ до начала лечения в двух группах достоверно не различаются (4,0 – в основной группе и 3,9 – в контроле, $p = 0,95$), что делает возможным сравнительный анализ двух групп по данному индексу Значения ПИ после начала лечения интенсивно снижаются в обеих группах, достигая минимальных значений через 1 месяц от начала лечения (средние значения ПИ в основной и контрольной группах составили 0,1 и 0,4 соответственно) Различия между средними значениями ПИ до лечения и через 1 месяц после начала лечения в обеих группах статистически достоверны ($p < 0,001$) В дальнейшем значения ПИ несколько увеличиваются, не достигая при этом исходного уровня (средние значения ПИ в исследовательской и контрольной группах через 1 год составили 0,4 и 1,4 соответственно) При сравнении двух групп по динамике ПИ в процессе лечения выявлена наибольшая эффективность исследовательского метода ($p = 0,01$)

ПИ уменьшался сильнее в основной группе (лечение пародонтита более эффективно в основной группе)

Значения индекса РМА до начала лечения в двух группах достоверно не различаются (28% – в основной группе и 25% – в контроле, $p = 0,9$), что делает возможным сравнительный анализ двух групп по данному индексу Значения индекса РМА после начала лечения интенсивно снижаются в обеих группах, достигая минимальных значений через 30 дней от начала лечения (средние значения РМА в основной и контрольной группах составили 5% и

10% соответственно) Различия между средними значениями РМА до лечения и через 30 дней после начала лечения в обеих группах статистически достоверны ($p < 0,01$) В дальнейшем значения РМА несколько увеличиваются, не достигая при этом исходного уровня (средние значения РМА в основной и контрольной группах через 1 год составили 10% и 18% соответственно) При сравнении двух групп по динамике индекса РМА в процессе лечения выявлена наибольшая эффективность исследовательского метода ($p = 0,02$)

Таким образом, индекс РМА в основной группе уменьшался значительно

Лечение приводило к достоверному снижению подвижности зубов ($p < 0,001$ в обеих группах) Минимальная степень подвижности зубов в двух группах отмечалась спустя 6 месяцев после начала лечения (0,6 - в основной группе и 1,1 - в контроле) В дальнейшем подвижность зубов уменьшалась

Группы не различались по исходной степени подвижности зубов (2,4 - в основной группе и 2,5 - в контрольной группе соответственно, $p = 0,95$), что делает возможным их сравнительный анализ Сравнительный анализ динамики подвижности зубов в процессе лечения в двух группах показал статистически достоверные отличия в сторону большей эффективности исследовательского метода ($p = 0,04$) Таким образом, исследовательский метод оказался более эффективным с точки зрения степени подвижности зубов

Величины глубины карманов до начала лечения во всех группах сопоставимы ($p = 0,85$), что делает возможным сравнительный анализ эффективности исследуемых методов

Через 6 месяцев после лечения глубина карманов в обеих группах снижалась до минимальных значений, равных 2,0 для основной группы и 2,9 для контрольной, при этом различия между значениями изучаемого параметра до лечения и через 6 месяцев после лечения были статистически достоверными в каждой группе ($p < 0,001$)

Далее глубина карманов несколько уменьшалась, не достигая своего исходного значения. Сравнительный анализ двух методов по изменению глубины карманов выявил статистически достоверную наибольшую эффективность исследовательского метода по сравнению с контролем ($p=0,01$). Таким образом, исследовательский метод приводил к большему уменьшению глубины пародонтальных карманов по сравнению с методом, используемым в контрольной группе.

Выводы

- 1) По данным изучения в сканирующем электронном микроскопе установлено, что кюреты и скейлеры, заточенные с помощью автоматизированного метода, формируют режущую кромку без дефектов и ретенционных пунктов с углом наклона 70° и 90° соответственно
- 2) Новый инструмент требует проверки остроты и перед эксплуатацией и, при необходимости затачивания, так как на режущей кромке нередко выявляются затупленные участки, формирующие дополнительную травму маргинального участка периодонта
- 3) Экспериментальные исследования продемонстрировали, что метод и качество затачивания инструментов влияет на проведение закрытого кюретажа
- 4) Клиническая эффективность закрытого кюретажа в комплексном лечении пародонтита повышается при использовании ретракционных нитей для обеспечения свободного, нетравматичного доступа инструмента в пародонтальный карман
- 5) По данным экспериментальных и клинических наблюдений применение эмалевого матричного протеина «Эмдогейн» в комплексном лечении обеспечивает регенерацию периодонтальной связки
- 6) Предложенный алгоритм проведения закрытого кюретажа, включающий использование эмалевого матричного протеина, ретракционных нитей и современных технологий обработки пародонтологического инструментария, позволяет повысить клиническую эффективность и пролонгировать период ремиссии в лечении пародонтита

Практические рекомендации

- 1) Рекомендуются автоматизированная методика затачивания пародонтологического инструментария с помощью аппарата Hawe PerioStar 3000. Предметом выбора может быть ручной метод затачивания с помощью специального набора камней Arkansas Stone Sharpening Kit фирмы Hu-Friedy Mfg Co Inc, USA
- 2) Новые пародонтологические инструменты заводского затачивания требуют предварительной проверки остроты и при необходимости затачивания.
- 3) Рекомендуется использовать ретракционную нить Z-TWIST, производимую Gingi-Pak (№1) перед проведением закрыто кюретажа в течение 5 минут для расширения доступа инструментария в пародонтальный карман и менее травматичной работы
- 4) Для достижения оптимального результата перед проведением кюретажа рекомендуется обрабатывать поверхность корня зуба «Преф-гелем», который приводит к раскрытию коллагеновой матрицы, биологически активных белков и факторов роста на поверхности корня, а заканчивать операцию показано использованием эмалевого матричного протеина в виде геля «Эмдогейн»
- 5) Пациентам после удаления зубных отложений необходимо разъяснить важность щадящего режима и рекомендовать бережно относиться к оперируемой зоне при чистке зубов. Не рекомендуется применение флоссов в течение 1 недели после процедуры. Необходим контроль за гигиеной полости рта и посещение стоматолога через 1 месяц для коррекции гигиены полости рта и дополнительной терапии

Список работ, опубликованных по теме диссертации

- 1 Л А Дмитриева, В И Баишева Использование аппарата для заточки инструментов Hawe PerioStar 3000 в пародонтологической практике // Пародонтология – 2005 – №1(34) – С 71-73
- 2 З Э Ревазова, В И Баишева, Т В Зюзина Морфологическое изучение качества затачивания пародонтологического инструментария // Пародонтология – 2006 – №2(39) – С 22-24
- 3 Л А Дмитриева, В И Баишева Влияние качества затачивания пародонтологического инструментария на результат лечения заболеваний пародонта//Сборник трудов III Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии по объединенной тематике в пародонтологии» // МГМСУ – Москва, 2006 – С 59-60
- 4 Л А Дмитриева, В И Баишева, Д А Кострюков «Пародонтологический инструментарий» (под ред проф Л А Дмитриевой Пародонтит – М МЕДпресс-информ, 2007 – 896 с)

Заказ № 619. Объем 1 п л Тираж 100 экз.
Отпечатано в ООО «Петроруш»
г Москва, ул. Палиха-2а, тел. 250-92-06
www.postator.ru