

У,



4855398

**МАЛЕЕВА Евгения Викторовна**

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
ПЕРИОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПУТЕМ  
СОЧЕТАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩИХ  
ПРЕПАРАТОВ И СУЛЬФАТИРОВАННЫХ  
ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ**

14.01.14 - «Стоматология» (мед. науки)

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

- 6 ОКТ 2011

Москва - 2011

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России

**Научный руководитель:**

Заслуженный врач РФ,

доктор медицинский наук, профессор ДМИТРИЕВА Лидия Александровна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор ГРУДЯНОВ Александр Иванович

доктор медицинских наук, профессор ТАРАСЕНКО Светлана Викторовна

**Ведущее учреждение:**

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования»  
Минздравсоцразвития России

Защита состоится «18» октября 2011 года в 13<sup>00</sup> часов  
на заседании диссертационного совета Д 208.041.03 при ГБОУ ВПО  
«Московский государственный медико-стоматологический университет»  
Минздравсоцразвития России по адресу: 127006 Москва ул. Долгоруковская  
д. 4.

Почтовый адрес: 127473, Москва, ул. Десятская д.20 стр.1

С диссертационной работой можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ  
ВПО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет» Минздравсоцразвития России по адресу: 125206, г. Москва, ул.  
Вучетича, д.10а

Автореферат разослан «16» сентября 2011 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор

.Гиоева Ю.А

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

В последние годы благодаря внедрению современных методов эндодонтического лечения достигнуты определенные успехи в лечении апикального периодонтита (Завадский Р.В. 2008г.; Звонникова Л.В., Георгиева О.А., Иванов Д.С. 2008г.; Максимовский Ю.М., Ульянова Т.В., Чиркова Т.Д. 2008г.). В то же время эффективное эндодонтическое лечение не всегда обеспечивает репарацию тканей в области фуркаций при периодонто-пародонтальных поражениях (Богомолова Е.А.2002г.; Сумлинский И.В. 2004г.; Капирулина О.В. 2007г.). Во многом это объясняется недостаточным изучением причин возникновения фуркационных поражений и их роли в прогнозе эндодонтического лечения.

С внедрением в стоматологическую практику микроскопической техники появились сообщения, что в области фуркаций обнаруживаются дефекты в дентине дна полости зуба (Schroeder Н.Е. 1991г.; Seb В., Sankaya Н. 2002), появление которых связано с травмой различного происхождения. Данные (Новиков С.В. 1997г.; Маев Р.Г., Максимовский Ю.М., Денисова Л.А. 2000г.) указывают на наличие размягчения твердых тканей в этой зоне. Сведения характеризуют картину частично, поэтому требуются дальнейшие исследования в этом направлении. В частности, клиницистами намечены перспективы лечения пародонтальных поражений с использованием сульфатированных гликозаминогликанов (с-ГАГ) (Ревазова З.Э. 2005-2008г.; Труханова Ю.Р. 2006г. и др.) и обоснована возможность получения кислотоустойчивых соединений на основе местного последовательного использования растворимых соединений кальция и фосфата для повышения степени минерализации эмали и дентина (Волков Е.А., Лебеденко И.Ю., Холодов С.В. 1994г.) различной локализации.

Для лечения периодонто-пародонтальных поражений с вовлечением в патологический процесс фуркационного участка тканей зуба и пародонта вышеуказанные препараты не применяли.

## **Цель и задачи исследования**

Целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения пациентов с периодонто-пародонтальными поражениями путем сочетанного использования эндодонтического лечения, реминерализующих препаратов и сульфатированных гликозаминогликанов.

## **Задачи исследования**

1. Изучить причины, приводящие к неудовлетворительным результатам лечения больных с периодонто-пародонтальными поражениями с фуркационным дефектом.

2. Изучить морфологию дентина дна полости зуба в эндодонтическом и сканирующем электронном микроскопах.

3. По данным исследования нанотвердости оценить степень минерализации дентина дна полости зуба при фуркационных поражениях.

4. Разработать методику и оценить эффективность лечения периодонто-пародонтальных поражений с фуркационным дефектом путем введения в комплекс эндодонтических манипуляций использование реминерализующих препаратов и хирургического лечения с применением остеопластических материалов на основе сульфатированных гликозаминогликанов.

## **Научная новизна**

Впервые представлена морфологическая картина состояния дентина дна полости зуба при фуркационных поражениях по данным изучения в эндодонтическом и сканирующем электронном микроскопах.

Впервые описаны изменения ультраструктуры дентина в области фуркации под действием реминерализующего препарата «БВ».

Впервые определена нанотвердость дентина дна полости зуба при фуркационных дефектах, в том числе, при использовании реминерализующего препарата «БВ».

Впервые в комплекс эндодонтического вмешательства при лечении фуркационных поражений включена реминерализующая терапия дна полости зуба и хирургическое лечение с использованием сульфатированного гликозаминогликан-содержащего остеопластического материала Остеоматрикс.

### **Практическая значимость**

Практическую значимость исследования представляет повышение качества лечения периодонто-пародонтальных поражений с фуркационным дефектом. Разработан алгоритм лечения периодонто-пародонтальных поражений, сопровождающихся фуркационными дефектами с использованием эндодонтического, хирургического методов и реминерализации дентина дна зуба. В работе доказана необходимость проведения исследования дна полости зуба в эндодонтическом микроскопе в случаях фуркационных дефектов, особенно при их сочетании с заболеваниями пародонта. Показана высокая эффективность препарата «БВ» для аппликации твердых тканей зуба в области проекции фуркационного поражения.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Использование эндодонтического микроскопа при лечении пациентов с периодонто-пародонтальными поражениями, сопровождающихся фуркационным дефектом, позволяет обнаружить в области дна полости зуба очаги размягчения дентина, микротрещины и перфорационные сообщения, не выявляемые при традиционном рентгенологическом исследовании.

2. При фуркационных дефектах по данным изучения морфологического строения в электронном сканирующем микроскопе и определения нанотвердости обнаружены структурные изменения дентина дна полости зуба.

3. Применение препарата «БВ» путем аппликации в область дна полости зуба приводит к obturации дентинных трубочек и повышению нанотвердости в области фуркации.

4. Оптимальный прогноз лечения пациентов с пародонто-пародонтальными поражениями, сопровождающихся фуркационным дефектом, обеспечивает применение:

- эндодонтического лечения, с использованием эндодонтического микроскопа
- реминерализующей терапии дентина дна полости зуба
- хирургического вмешательства на пародонте

#### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно изготовлены образцы для лабораторных исследований, описаны полученные результаты морфологического исследования и нанотвердости. Автор принимала участие в проведении пародонтологических операций, самостоятельно проводила обследование, эндодонтическое лечение всем пациентам, в том числе, с использованием эндодонтического микроскопа и реминерализации дентина полости зуба, анализировала полученные клинические результаты и проводила их статистическую обработку.

#### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования внедрены в лечебный процесс отделения терапевтической стоматологии и пародонтологии клиники ФПДО и кафедры терапевтической стоматологии ФПДО и клинике кафедры госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии МГМСУ.

#### **Апробация материалов диссертации**

Основные положения работы доложены на:

- 8 всероссийском стоматологическом форуме «Дентал Ревю 2011» «Образование, наука и практика в стоматологии», февраль Москва 2011г.

- на научном семинаре ЧЛГ для ветеранов воин по теме: «Комплексный подход в лечении эндо-пародонтальных поражений», апрель Москва 2011г.

Апробация диссертации проведена на совместном заседании кафедр терапевтической стоматологии ФПДО и госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии, от 27 июня 2011г.

### **Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 3 печатных работы, в том числе 2 работы в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

### **Структура и объем диссертации**

Работа выполнена на 115 листах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной материалам и методике исследования и трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Диссертация иллюстрирована 31 рисунком, 4 диаграммами, 4 графиками и 14 таблицами. Указатель литературы включает 214 источников, из которых 118 отечественных и 96 зарубежных.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

В работе проведены лабораторные, морфологические и клинические методы исследования.

*Материалом лабораторного исследования являлось 90 зубов человека, удаленных по клиническим показаниям.*

При исследовании зубов в эндодонтическом микроскопе, в работе использовали микроскоп марки «Vasconcellos» с оптикой «Карл Цейс». Проводилось визуальное наблюдение и фотографии объектов. Всего в эндодонтическом микроскопе изучено 30 зубов.

#### *Морфологическое изучение.*

При исследовании зубов в сканирующем электронном микроскопе использовали микроскоп в марки LEO 1450 VP фирмы “Карл Цейс”, при ускоряющем напряжении 3000 kv с разрешающей способностью 2.5 нм. Проведено изучение 30 образцов. Материалы готовили путем раскалывания зуба щипцами для получения фрагмента дна полости размером не более 3мм, провели фиксацию образца в забуферном растворе глутаральдегида, прикрепляли электропроводным клеем на столик, напыляли под вакуумом золотом, после чего образец просматривали.

В первой серии образцов изучено 10 препаратов, которые являлись контролем:

Контроль 1 - внутренняя поверхность полости интактного зуба.

Контроль 2 – внутренняя поверхность полости зуба при периодонто-пародонтальных поражениях с фуркационным дефектом.

Опытная группа – внутренняя поверхность полости зуба, при периодонто-пародонтальных поражениях с фуркационными дефектами, обработанная препаратом «БВ».

Исследование нанотвердости проводилось с помощью сканирующего нанотвердометра «НаноСкан 3D». Проведено изучение 30 образцов. Исследовались образцы трех видов:

1)Интактные зубы



2)Зубы при периодонто-пародонтальных поражениях с наличием фуркационного дефекта

3)Зубы с периодонто-пародонтальными поражениями при наличии фуркационного дефекта после проведения реминерализации препаратом «БВ»

Перед проведением измерений образцы подвергались шлифованию при нормальной нагрузке 15Н и частоте вращения диска 150 об/мин в течение 5 минут.

Рельеф поверхности исследовался на приборе «НаноСкан-3D» в режиме полуконтактной сканирующей зондовой микроскопии. Твердость и модуль упругости Юнга образца определялись по методу измерительного динамического индентирования.

#### *Материалы клинического исследования*

Проведено обследование 281 пациента, обратившихся в клинику по поводу хронического апикального периодонтита с фуркационными поражениями, проводили клиническое и лабораторное обследование, из которых, в последующем были сформированы группы наблюдения.

**Таблица 1.**

#### **Распределение больных по полу и возрасту**

Возраст	18-35 лет	36-65 лет	Всего
Мужчины	25	20	45
Женщины	30	15	45
Всего	55	35	90

Диагноз устанавливали на основании данных клинического и рентгенологического обследования.

Критерии включения. Пациенты в возрасте от 25 до 55 лет с сочетанными периодонто-пародонтальными поражениями моляров нижней челюстей с фуркационными дефектами II и III класса, шириной резорбции по периметру апекса не более 2мм и фуркационным дефектом диаметром 4мм, зубы с проведенным ранее некачественным эндодонтическим лечением, запломбированные эндометазоновой пастой не менее 2/3 длины корневого канала.

Критерии невключения. Пациенты с хроническим пульпитом, периодото-пародонтальными поражениями при наличии свищевого хода, выделении экссудата, моляры верхней и нижней челюсти с фуркационными поражениями I класса, ВИЧ-инфицированные, беременные, при сахарном диабете и пациенты, у которых проводилось многократное эндодонтическое лечение.

Критерии исключения. Пациенты прошедшие отбор, но отказавшиеся в последующем принять участие в исследовании, пациенты с аллергическими реакциями, пациенты, не выполняющие график посещений, пациенты с нарушением психического статуса.

Для определения состояния пародонта использовали индексы: Silness & Loe, Green – Wermillion до лечения, через 3,6,12 месяцев после лечения, а так же определяли степень воспаления локально в области исследуемого зуба с помощью гингивального индекса.

Все больные прошедшие отбор были разделены на 3 группы:

1 группа – 30 пациентов, которым было проведено эндодонтическое лечение, включающее применение гидроокиськальция содержащих препаратов и хирургическое вмешательство с использованием с-ГАГ.

2 группа - 30 пациентов, которым было проведено эндодонтическое лечение и хирургическое вмешательство с использованием с-ГАГ.

3-я группа - 30 пациентов, которым было проведено лечение с использованием реминерализующего препарата БВ, эндодонтическое лечение и хирургическое вмешательство с использованием с-ГАГ

#### *Результаты лабораторного исследования*

В лабораторном исследовании зубов, удаленных по клиническим показаниям, из 30 зубов с фуркационными дефектами, изученных в эндодонтическом микроскопе, 12 зубов были с трещинами в области фуркации, 10 зубов с перфорациями в области фуркации и 6 зубов без патологии в области дна полости зуба, 2 зуба с явлениями размягчения дна полости зуба, определяемого кариес-детектором, в 24 случаях обнаруживалось сочетание вышеуказанных изменений в зоне дентина фуркации. В 17 случаях диагностировался хронический апикальный периодонтит, в 13 случаях диагностировался пульпит.

Следовательно, чаще всего выявляли хронический апикальный периодонтит- 56,67%, в то время как в 43,33%- пульпит. Этим было обусловлено, что в дальнейшем контингентом исследования явились пациенты с данным диагнозом.

#### *Результаты морфологического изучения*

Результатом морфологического изучения дна полости зуба в сканирующем электронном микроскопе в материале контроля 1 дентин дна полости зуба представлен кристаллитами гидроксиапатита в виде плотных, примыкающих друг к другу кристаллов гидроксиапатита. Межкристаллические участки визуально не определяются и переход одного кристалла в другой, равно как и переход одного кристаллита в другой, заметны лишь в случае несовпадения осей их направлений.

Дентинные каналы выглядят в виде зияющих трубочек, которые лишены отростков одонтобластов. Отдельные трубочки облитерированы полностью или частично. Отростки одонтобластов не наблюдаются.

В материале контроля 2 нам удалось наблюдать трещины в области дна полости зуба, ширина которых колеблется от 1 до 6  $\mu\text{m}$ . Иногда от магистральной трещины большей ширины отходят ответвления, ширина которых не превышает 1  $\mu\text{m}$ . Не исключено, что данные образования возникают в результате деминерализации и воздействия нагрузки на зуб.

В части наблюдений участки измененной структуры чередуются с участками, структура которых наблюдалась в контроле 1.

В разных образцах соотношение измененной и неизменной поверхности дентина дна полости зуба варьирует.

В опытной группе мы наблюдали изменения дентинных канальцев, межканальцевой зоны и участков неканализованной зоны.

В дентинных канальцах мы наблюдали преципитат пластинчатой формы в виде друз, при этом кристаллы одной друзы сходятся с другими и формируют многоступенчатые звезды. Рядом расположенные друзы ориентированы под углом 20-30°.

Такой преципитат полностью obturates просвет канальцев.

Важно отметить, что при проведении реминерализации можно наблюдать так же уплотнение дентина дна полости зуба, состоящего из аморфного субстрата повышенной плотности, что подтверждается результатами определения нанотвердости.

Так, по данным изучения нанотвердости трех групп образцов в сканирующем нанотвердометре, результатом измерения нанотвердости в первой группе образцов среднее значение равно  $1,6 \pm 0,1$  ГПа.

Результатом измерения нанотвердости во второй группе образцов среднее значение равно  $1,0 \pm 0,1$  ГПа.

Результатом измерения нанотвердости после применения реминерализующего препарата «БВ» среднее значение нанотвердости равно  $1,4 \pm 0,1$  ГПа

**Таблица 2.**

**Результаты исследования механических свойств образцов зубной ткани.**

Образец	Твердость, ГПа	Модуль Юнга, ГПа
Норма.	$1,6 \pm 0,1$	$28,6 \pm 2,2$
Периодонто-пародонтальные поражения с наличием фуркационного дефекта	$1,0 \pm 0,1$	$24,7 \pm 1,9$
Периодонто-пародонтальные поражения с наличием фуркационного дефекта + реминерализация препаратом «БВ»	$1,4 \pm 0,1$	$26,5 \pm 2,4$

*Результаты клинического исследования и лечения пациентов*

В 3 группах наблюдали следующие показатели:

В 1 группе в результате проведенного качественного эндодонтического лечения с применением гидроокиськальций содержащих препаратов и хирургического вмешательства с использованием с-ГАГ мы наблюдали полное восстановление костной ткани у пациентов с периодонто-пародонтальными поражениями с фуркационным дефектом в апикальной области в 63,27% случаев, частичное восстановление костной ткани после

проведенного лечения в 27,97%, отсутствие восстановления костной ткани 6,66% случаев. Полное восстановление костной ткани в области фуркации в 53% случаев, частичное восстановление после проведенного лечения в 28,5% случаев и отсутствие восстановления костной ткани в 18% случаев.

Во 2 группе после проведенного хирургического и эндодонтического лечения корневых каналов по традиционной методике, через 6 месяцев мы не наблюдали динамики восстановления костной ткани в области фуркации в 60% случаев и апикальной области в 43,29% случаев. В 22,1% выявляется частичное восстановление костной ткани в области фуркации, в апикальной области в 19,98% случаев. 24% составило полное восстановление костной ткани в области фуркации и в 36,63% в апикальной области.

В 3 группе у пациентов с периодонто-пародонтальными поражениями с фуркационным дефектом, после проведенного комплексного лечения прирост костной ткани в области фуркации составил 63,33% и в области апекса наблюдался в 53,28% случаев, частичное восстановление в 30,0% случаев в области фуркации и 33,3% случаев в области апекса, отсутствие восстановления костной ткани в области фуркации составило 6,67% и в области апекса 13,32%.

**Таблица 3.**

**Восстановление костной ткани в аникальной части пародонта по группам (в%)**

	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Полное восстановление	63,27%	36,63%	53,28%
Частичное восстановление	29,97%	19,98%	33,3%
Отсутствие восстановления	6,66%	43,29%	13,32%

Таблица 4.

## Восстановление костной ткани в области фуркации по группам (в%)

	Виды лечения			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Вся выборка
Полное восстановление костной ткани	53,33%	33,33%	63,33%	50,00%
Частичное восстановление костной ткани	30,00%	20,00%	30,00%	26,67%
Отсутствие прироста костной ткани	16,67%	46,67%	6,67%	23,33%

По данным определения индексов: Green –Wermillion, Silness & Loe, гингивального: до лечения показатели индекса во всех 3-х группах имели примерно одинаковое значение, через 12 месяцев после лечения мы наблюдали наиболее положительную динамику в 3 группе, в 1 группе показатели улучшились в 2 раза, самые незначительные улучшения наблюдались во 2 группе.

Таблица 5.

## Значения индекса гигиены по Green-Wermillion в различные сроки наблюдения

	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
1 группа	1,69± 0,30	0,42 ±0,40	0,65± 0,09	0,75 ±0,14
2 группа	1,82± 0,38	0,73± 0,16	0,84± 0,12	0,97±0,14
3 группа	1,56± 0,19	0,42± 0,07	0,58± 0,08	0,63± 0,13

Таблица 6.

Значения гингивального индекса до лечения, через 3, 6, 12 месяцев

	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Группа 1	1,25±0,06	0,4±0,05	0,2±0,04	0,2±0,04
Группа 2	1,37± 0,1	0,59±0,08	0,38±0,06	0,35±0,05
2-1	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Группа 3	1,3± 0,08	0,2±0,08	0,1±0,03	0,1±0,03
3-1	p>0,05	p<0,01	p<0,001	p<0,001
3-2	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

Таблица 7.

Значения индекса Silness &amp; Loe до лечения, через 3, 6, 12 месяцев

Виды лечения	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Группа 1	0,65 ± 0,04	0,5 ± 0,03	0,32 ± 0,05	0,31 ± 0,02
Группа 2	0,63 ± 0,05	0,61 ± 0,04	0,45 ± 0,04	0,41 ± 0,02
2-1	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,01
Группа 3	0,66 ± 0,05	0,45 ± 0,03	0,22 ± 0,03	0,21 ± 0,03
3-1	p>0,05	p<0,01	p<0,001	p<0,001
3-2	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,05



Таким образом, используя комбинированный метод лечения в третьей группе, мы получили оптимальный результат прироста костной ткани (в виде полного или частичного восстановления кости) в 93,33% случаев, в первой группе 83,33%, во второй 53,33%.

Результатом комплексного лечения фуркационных дефектов является восстановление тканей пародонта, в частности костной ткани в апикальной области и фуркационной зоне.

Следовательно, включение в комплекс лечебных мероприятий наряду с эндодонтическим и хирургическим лечением реминерализацию дна полости зуба в проекции фуркационного дефекта, обеспечивает оптимальный результат лечения. Начиная с 6-го месяца, улучшается клиническая картина, а к 12-ти месяцам, в отличие от традиционных подходов, наблюдается восстановление костной ткани в области фуркации и апекса.

При анализе эффективности применения комплексных методов лечения на основании таблицы 4 нами была построена так называемая таблица сопряженности 2x2.

**Таблица 8.**

**Сопряженности 2x2 (сравнение клинических групп по бинарному признаку)**

Показатели	Группа 1 и 3	Группа 2
Восстановление костной ткани	53	16
Отсутствие прироста костной ткани	7	14

То есть различия в сравниваемых группах с вероятностью 95% *статистически не случайны.*

Анализ проведенного лечения явился обоснованием целесообразности комплексного подхода в лечении периодонто-пародонтальных поражений, сопровождающихся фуркационными дефектами, который должен включать в себя в качестве необходимых компонентов эндодонтическое лечение, реминерализующую терапию и хирургическое лечение.

## **ВЫВОДЫ**

1. Причиной возникновения фуркационных дефектов являются процессы деминерализации дна полости зуба вследствие осложнения кариеса и заболевания пародонта.

2. При периодонто-пародонтальных поражениях, сопровождающихся фуркационным дефектом, в области дна полости зуба обнаруживаются микротрещины и перфорационные сообщения, не выявляемые при традиционном рентгенологическом исследовании.

3. При периодонто-пародонтальных поражениях в области фуркации зубов имеется деминерализация дентина дна полости зуба, характеризующаяся снижением нанотвердости.

4. Применение препарата «БВ» путем аппликации в области дна полости зуба приводит к obturации дентинных трубочек и повышению нанотвердости дентина в области фуркации.

5. Использование сульфатированных гликозаминогликанов при лечении фуркационных дефектов у пациентов с пародонтитом способствует раннему построению костной ткани и заживлению раны в зоне операции.

6. Комплексный подход, включающий в себя эндодонтическое лечение, реминерализующую терапию и пародонтальную хирургию с использованием

с-ГАГ, повышает эффективность лечения периодонто-пародонтальных поражений с фуркационным дефектом, что выявляется на рентгенограмме.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При лечении пациентов с периодонто-пародонтальными поражениями, сопровождающихся фуркационными дефектами, эндодонтическое вмешательство следует проводить с использованием эндодонтического микроскопа.

2. Реминерализацию дна полости зуба при фуркационных дефектах рекомендуется проводить с использованием препарата «БВ». Предлагается следовать методике последовательного втирания в твердые ткани дна полости зуба растворов материала «БВ». Перед нанесением растворов, поверхность зуба тщательно промывать водой, обрабатывать 0.05% р-ром хлоргексидина, просушивать, зуб тщательно изолировать от слюны. Рыхлый ватный тампон, обильно смоченный раствором №1, накладывать на область деминерализации дентина дна полости зуба на 10 минут, затем, удалять тампон с раствором №1, тушировать поверхность зуба сухим ватным тампоном и наносить ватный тампон с раствором №2 также на 10 минут. После окончания процедуры поверхность промыть водой. Раствор метиленового синего использовать для контроля степени минерализации дентина дна полости зуба. Процедуру проводить 3 раза через 7 дней.

3. В комплексе лечебных мероприятий при курации пациентов с периодонто-пародонтальными поражениями, сопровождающихся фуркационным дефектом, следует осуществлять пародонтальное хирургическое вмешательство с введением сульфатированных гликозаминогликанов в область фуркационного дефекта.

4. Отечественный остеопластический материал «Остеоматрикс» рекомендовано использовать при проведении пародонтологического хирургического вмешательства плотно заполняя дефект пастой.

Мембрана из пористого политетрафторэтилена должна закрывать область фуркации и поверхность альвеолярной кости на 2мм.

Слизисто-надкостничный лоскут следует укладывать таким образом, чтобы он покрывал наружную поверхность мембраны и был зафиксирован межзубными швами.

### **Список работ по теме диссертации:**

1. Малеева Е.В., Ревазова З.Э. Применение сульфатированных гликозаминогликанов при лечении фуркационных дефектов при пародонтите // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» сборник трудов конгресса посвященный 100 летию со дня рождения выдающегося отечественного фармаколога Академика РАН и РАМН М.Д.Машковского, - М.,2009. С. 169
2. Малеева Е.В. Эндодонтические перфорации // **Cathedra**. - М., 2010г., С. 72-74
3. Дмитриева Л.А., Зюзина Т.В., Малеева Е.В. Изучение структуры дентина дна полости зуба под действием реминерализующего препарата «БВ» с помощью электронной сканирующей микроскопии // **Эндодонтия today**. - М., 2010г., С. 6-10

Отпечатано в РИО МГМСУ  
127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.  
Заказ № 914. Тираж 100 экз.