

Винахід відноситься до медицини, її розділу стоматології, а саме до способу лікування генералізованого пародонтиту.

За прототип обрано лікування генералізованого пародонтиту шляхом застосування методу клаптевої операції зі імплантацією остеопластичного матеріалу (Заболотний Т.Д., Дерелейко Л.В., Жизномирська О.О., Бабич Т.В. Застосування колапану в комплексному лікуванні пародонтиту // Новини стоматології. - 2000. - №1. - С.57-58; Соломонюк М.М. Сучасні хірургічні методи лікування захворювань пародонту // Принципи спрямованої регенерації тканин. Наукова, практична і педагогічна стоматологія. К.: Рута, 2002. - С.89-93.).

Даний метод забезпечує можливість під візуальним контролем провести якісну обробку поверхні кореня та кісткової тканини, усунути пародонтальні кишени та створити умови для репаративних процесів в пародонті (Бусло І.М., Силенко Ю.І. Підходи до патогенетичного лікування генералізованого пародонтиту // Український стоматологічний альманах. - 2001. - №5. - С.75-77.).

Однак даний метод лікування має такі недоліки: а) відсутність остеоіндуктивних властивостей у синтетичних остеопластичних матеріалів та складність їх ефективного застосування; б) важкість отримання, високий ризик передачі ззовні хвороб та імунітетних реакцій у алло- та ксенотрансплантатів; г) висока собівартість лікування; д) швидке вrostання епітелію ротової порожнини, що негативно впливає на остеогенез та репаративні процеси в пародонті.

З метою усунення недоліків існуючих операцій ми зупинили свій вибір на способі лікування генералізованого пародонтиту методом клаптевої операції шляхом застосування імплантації синтетичного гідроксиапатиту, у поєднанні з трансплантацією аутологічного матеріалу.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу лікування генералізованого пародонтиту шляхом використання імплантації синтетичного гідроксиапатиту Кергап у поєднанні з трансплантацією (подрібненого та у формі мембрани) аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином. Бажаний технічний результат заявленого способу полягає у забезпеченні остеоіндуктивних та остеокондуктивних властивостей трансплантата; попередженні передчасного вrostання епітелію порожнини рота та його негативного впливу на остеогенез та репаративні процеси в пародонті, зниженні ризику передачі ззовні хвороб та імунітетних реакцій, підвищенні ефективності лікування та подовженні термінів ремісії у хворих на генералізований пародонтит.

Вирішення поставленої задачі досягають шляхом застосування методу клаптевої операції, що включає імплантацію остеопластичного матеріалу, де згідно з винаходом, в якості остеопластичного матеріалу використовували імплантацію синтетичного гідроксиапатиту Кергап в поєднанні з трансплантацією (подрібненого та у формі мембрани) аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином, який отримується з власної крові пацієнта шляхом центрифугування.

В якості остеопластичного матеріалу для заповнення кісткових дефектів альвеолярного паростка використовувався синтетичний гідроксиапатит Кергап. На Україні налагоджено виробництво синтетичного гідроксиапатиту Кергап, проведені токсикологічні, морфологічні та гістологічні дослідження. Наказом МОЗ України від 28.08.96. №269 Кергап введений в Державний реєстр медичних виробів і дозволений до застосування в медичній практиці в Україні ліцензією №310/96. Цей матеріал володіє високою біологічною сумісністю, не викликає токсичних змін та патологічних реакцій в оточуючих тканинах. Процеси остеогенезу проходять безпосередньо на поверхні синтетичного гідроксиапатиту і оцінюються, як остеотропна властивість синтетичного гідроксиапатиту Кергап (Потапчик А.М. Кальцій-фосфатні кераміки - різновид стоматологічних матеріалів // Вісник стоматології. - 1998. - №3. - С.62-66.). В якості матеріалу з остеоіндуктивними властивостями використовували аутологічний гель тромбоцитів збагачений фібрином. Відомо, що даний аутологічний матеріал містить велику кількість тромбоцитів, факторів росту (трансформуючий фактор росту, епідермальний фактор росту, тромбоцитарний фактор росту, фактор росту фібробластів та ін.) та створює комбінований стимулюючий ефект на клітини твердих та м'яких тканин пародонту, прискорює процеси заживлення. Експериментальні дані показали високий процент сформованої кісткової тканини альвеолярного паростка та утворення цементу при застосуванні даного матеріалу, оцінюваного по висоті пародонтального дефекту в порівнянні з контролем (Перова М.Д. Биологические механизмы репаративной регенерации тканей пародонта // Пародонтология. - 2001. - №8. - С.62-70.). Даний матеріал на сьогоднішній день успішно використовується в загальній хірургії, дентальній імплантології, пластичній хірургії та косметології. (Чертов С.А. Стимуляция репаративной регенерации костной ткани в клинической практике // Стоматолог. - 2002. - №10. - С.52-53.).

Спосіб здійснювали наступним чином. В ході проведення клаптевої операції кісткові дефекти заповнювали сумішшю синтетичного гідроксиапатиту Кергап та аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином та покривали мембраною із аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином. Мембрану готували безпосередньо перед операцією, шляхом центрифугування власної крові пацієнта. Операцію завершували вкладанням на місце слизово-окісного клаптя та фіксацією його швами в міжзубних проміжках.

Приклад: Хворий Т. 38 років звернувся зі скаргами на неприємні відчуття в яснах, кровоточивість під час чищення зубів та вживання їжі. З анамнезу захворювання подібні симптоми відмічає протягом трьох років. При об'єктивному обстеженні спостерігається наявність над і під ясенних зубних відкладень, гіперемія, набряк ясенних сосочків, шийки зубів оголені на 1-2 мм, пародонтальні кишени 5-6 мм, рентгенологічно-резорбція кісткової тканини міжзубних перетинок на 1/2 довжини кореня.

Діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступінь розвитку.

Лікування: проведено санацію порожнини рота: видалення зубного налету і зубного каменю, лікування карієсу та його ускладнень, корекція пломб, відновлення контактних пунктів, видалення зубів, що не підлягають лікуванню, прищипування оклюзійних поверхонь зубів, навчання правилам догляду за ротовою порожниною. Перед хірургічним втручанням проводилася антибактеріальна та протизапальна терапія. Місцево призначали антисептичні полоскання розчином хлоргексидину біглюконату 0,05%

терміном 7-14 днів. Потім хворому проводили хірургічне втручання на пародонті методом клаптевої операції. Після проведених попередніх підготовчих етапів кісткові дефекти виповнювали сумішшю аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином та синтетичного гідроксиапатиту Кергап з наступним укриванням мембраною із аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином. Операцію завершували вкладанням на місце та фіксацією швами в міжзубних проміжках слизово-окісного клаптя. З метою профілактики вторинної інфекції хворому призначали антибактеріальну та протизапальну терапію. Післяопераційний період протікав без ускладнень, на 1-2 добу відмічався незначний набряк операційної рани, помірна болючість, які зникали через 1-2 доби; шви були зняті на 5-7 день.

Стан після лікування: скарги відсутні. Об'єктивно: слизова оболонка альвеолярного паростка блідо-рожевого кольору; гіперемії, набряку та відторгнення матеріалу немає.

Таблиця 1

Ефективність заявленого способу лікування генералізованого пародонтиту за клінічними та лабораторними показниками

Методи дослідження	До лікування	Після лікування
РМА(%)	66,6%	6,9%
Глибина пародонтальної кишені	5,65 ±0,3	2,8±0,1
Кровоточивість	1,12 ±0,04	0,14±0,02
Еміграція лейкоцитів по Ясиновському	340	135

Через 3 місяці після лікування скарги відсутні. При об'єктивному обстеженні явищ запалення не виявлено, значно зменшилась рухомість зубів, рентгенологічно відмічалась стабілізація патологічного процесу, контури раніше резорбованих ділянок набували чіткості, спостерігалось ущільнення кісткового малюнку та зникнення ділянок остеопорузу.

Для вивчення ефективності заявленого способу даний метод застосовано у 8 хворих на хронічний генералізований пародонтит II ступеня розвитку. Контролем слугували 7 хворих на хронічний генералізований пародонтит II ступеня розвитку, котрим застосовували спосіб лікування генералізованого пародонтиту методом клаптевої операції з імплантацією остеопластичного матеріалу синтетичного гідроксиапатиту Кергап. (табл. 2).

Таблиця 2

Порівняльна оцінка ефективності заявленого способу лікування хронічного генералізованого пародонтиту та способу прототипу

Способи лікування	Заявлений n=8	Спосіб прототипу n=7
Глибина пародонтальної кишені	2,38±0,1	2,8±0,1
Кровоточивість	0,14±0,02	0,32±0,02
Еміграція лейкоцитів по Ясиновському	135±2,12	155±2,15

На основі проведених клінічних досліджень та вивчених результатів встановлено ефективність використання імплантації подрібненого та у формі мембрани аутологічного гелю тромбоцитів збагаченого фібрином та синтетичного гідроксиапатиту Кергап у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Таким чином, застосування запропонованого способу забезпечить покращення остеогенних репаративних процесів в пародонті, що суттєво підвищить ефективність комплексного лікування генералізованого пародонтиту.