

STOMATOLOGIYA

ISSN 2091-5845

№ 2
(71) 2018

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

29

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА PERIO-FLOW®
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА

46

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ
Ризаев Ж.А., Нурмаматова К.Ч. Некоторые факты развития стоматологической службы в Республике Узбекистан
Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А., Дустмухаммедов Э.Х. Оптимизация инновационного образования в медицинских вузах
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Дубровская Е. Н. Эрозия зубов: современные подходы к лечению
Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х. Частота и нозологические формы кандидозного стоматита, встречающиеся на стоматологическом приеме
Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К. Опыт применения препарата биоплант для лечения пародонтита
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Сафаров М.Т., Дусмухамедов Н.Б. Клинико-функциональная оценка мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов
Мусаева К.А., Асом Б.В., Салиев С.У. Улучшение фиксации полных съемных пластиночных протезов в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Мукимов О.А., Олимов А.Б. Применение метода Perio-Flow® для лечения периимплантита
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А., Джалилова Ф.Р., Дусмухамедова А.Ф. Инновационный подход к лечению осложнений кариеса у детей на основе алгоритмизации диагностики
Шомуродов К.Э., Кодиров Р.Х., Шамсиев Р.А., Мирхусанова Р.С. Математические модели прогнозирования эффективности различных методов лечения у детей с врожденной расщелиной неба на основе оцифрованных сигналов звукопроизношения
ОРТОДОНТИЯ
Ризаев Ж.А., Муслимова Д.М., Ризаева С.М., Рахманова О.А. Влияние базиса ортодонтических аппаратов на ткани твердого неба в различные этапы расширения верхней челюсти
Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ
Храмова Н.В., Атаков С.С. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области
Гафоров С.А., Абдиримов И.С., Сабиров Б.Ю. Анализ причин неблагоприятных исходов протезирования металлокерамическими конструкциями

Content

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY	
Rizaev J.A., Nurmamatova K.Ch. Some facts of the dental service development in the Republic of Uzbekistan	5
Abduazimova L.A., Rizaev E.A., Dustmukhammedov E.Kh. The optimization of innovative education in medical high schools	8
THERAPEUTIC DENTISTRY	
Dubrovskaya E. N. Erosion of teeth: modern approaches to treatment	12
Bekjanova O.E., Yusupalihodjaeva S.Kh. Frequency and nosological forms of candidiasis stomatitis, occurring at the dental appointment	18
Khasanova L.E., Yunushodjaeva M.K. Experience in the Biopant applying for the treatment of periodontitis	22
PROSTHODONTICS	
Safarov M.T., Dosmukhamedov N.B. Clinical and functional evaluation of bridge prosthetics with intraosseous implants	24
Musaeva K.A., Asom B.V., Saliev S.U. Improving the fixation of complete removable plate prostheses in conditions of pronounced atrophy in the region of the maxillary tubercles	27
SURGICAL DENTISTRY	
Mukimov O.A., Olimov A.B. The Perio-Flow® method application in the peri-implantitis treatment	29
PEDIATRIC DENTISTRY	
Abduazimova L.A., Rizaev E.A., Dzhaliлова F.R., Dusmukhamedova A.F. Innovative based on algorithmic diagnosis approach to the treatment of caries complications in children	33
Shomurodov K.E., Kodirov R.Kh., Shamsiev R.A., Mirkhusanova R.S. Mathematical models of predicting the effectiveness of various treatment methods in congenital cleft palate children based on digitized sound signal signals	38
ORTHODONTICS	
Rizaev J.A., Muslimova D.M., Rizaeva S.M., Rakhmanova O.A. Influence of the basis of orthodontic devices on the tissues of the solid palate in various stages of expansion of the upper jaw	41
Nigmatova I.M., Nigmatov R.N., Inogamova F.K. Differentiated orthodontic and logopedic treatment for the elimination of pronunciation disorders in children with dentofacial anomalies	43
AID FOR PRACTICING DOCTORS	
Khramova N.V., Atakov S.S. Manifestation of HIV infection in the maxillofacial area	46
Gafforov S.A., Abdirimov I.S., Sabirov B.Y. Analysis of the unfavourable consequences of prosthetics with metal-ceramic dentures	50

УДК: 616.31-002.828-614.8.02

ЧАСТОТА И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ



Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

За последние десятилетия во всем мире прогрессивно возрастает количество заболеваний, обусловленных условно-патогенными грибами рода *Candida* [2,3]. Микромицеты рода *Candida* из состава нормальной микрофлоры тела человека могут быть возбудителями заболеваний полости рта (кандидозного стоматита и кандидозно-ассоциированного пародонтита) [1,5]. Распространенность микозов в общей популяции составляет 20-25% (Navlickova B. et al., 2008). Одной из важнейших проблем стоматологии в последние годы становится кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР), доля которого в структуре патологии СОПР достигла 40,0-45,0%. Возрастающее значение дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии воспалительных процессов полости, видовое многообразие (*C. albicans*, *non-albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. famata*), вирулентность, обусловленная генотипической и фенотипической нестабильностью, формирование устойчивости к антимикотическим препаратам, недостаточный терапевтический эффект приводят к увеличению удельного веса длительно текущих, рецидивирующих форм кандидоза у пациентов разного возраста [2,4,5].

Кандидозные заболевания полости рта могут протекать тяжело и существенно снижать качество жизни.

Нозологические формы кандидозного стоматита на стоматологическом приеме анализировались лишь небольшим числом авторов, при этом установлены различия в структуре и частоте нозологических форм

кандидоза СОПР [1,4]. Распространенность и этиология кандидозно-ассоциированных поражений полости рта пациентов в Узбекистане остается не изученной. Подобные исследования в Республике Узбекистан ранее не проводились.

Цель исследования

Определение распространенности и нозологических форм кандидозного стоматита у пациентов в Республике Узбекистан.

Материал и методы

В период с 2015 по 2017 гг. в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ обратились 452 пациента в возрасте от 18 до 65 лет и старше с заболеваниями СОПР и пародонтита, у 173 (38,27±2,29%) из которых по результатам проведенной клинко-лабораторной диагностики диагностирован кандидоз слизистой оболочки полости рта.

В зависимости от возможных этиологических факторов возникновения заболевания обследованные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 126 больных (71 женщина и 55 мужчин) с типичными клиническими проявлениями кандидоза СМОПР, у которых заболевание не было связано с протезированием. Во 2-ю группу были включены 47 пациентов (27 женщин и 20 мужчин), кандидоз у которых был диагностирован в течение 3-х лет после протезирования и первоначально квалифицировался как протезный стоматит.

У всех пациентов диагноз был сформулирован согласно Международной классификации МКБ-10 (ВОЗ, Женева, 1997): В 37.0 «Кандидозный стоматит».

Для подтверждения диагноза кандидоза СОПР использовали клинические и лабораторные методы: микроскопический, культуральный (микологический) и иммунологический.

Для количественного определения дрожжевых грибов выполняли посев на агаризованную среду Сабуро и дифференциально-диагностические среды Хай Хром Кандида-агар M1297A и M1297AR. Микологическое исследование проводили по традиционному алгоритму медицинской микологии (Сергеев А.И., 2000). Результаты количественной оценки выделения грибов регистрировали в Ig КОЕ на 1 мл. Для выявления лецитиназы использовали питательный молочно-желточный агар, на который осуществляли посевы культур *Candida* spp. с инкубацией в течение 18-24 часов при температуре 37°C. О наличии лецитиназы свидетельствовало образование радужного венчика (пигмента).

Клиническое стоматологическое обследование включало оценку состояния пародонтита (индекс гигиены ОНУ-5; выявление кровоточивости десневых сосочков по Muhlemann; пародонтальный индекс по Russell); определяли степень потери прикрепления десны и ре-

зорбцию альвеолярной кости рентгенологически на ортопантомографе

Для статистической обработки использовали методики параметрической (средняя величина, ошибка средней величины $M \pm m$, коэффициент Стьюдента, вероятность различий p) и непараметрической обработки результатов. Для относительных величин (частота случаев, отношение количества выделенных штаммов к общему количеству и т.п.) определяли частоту (%). При проведении статистической обработки результатов использовали компьютерную программу Excel для Microsoft.

Результаты и обсуждение

В возникновении инфекционного воспалительного процесса в СОПР основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, которые и определяют степень воспалительной реакции. В настоящее время в этиологической структуре инфекционной патологии СОПР все больше стали преобладать представители условно-патогенной микрофлоры (УПМ), которые выработали достаточную резистентность к действию антибактериальных и антимикотических препаратов. Выделение представителя УПМ на СОПР еще не является свидетельством его значимости в воспалительном процессе, так как в норме эти микроорганизмы колонизируют различные биотопы организма. Не являются исключением и грибы рода *Candida* [3,5], являющиеся представителями УПМ полости рта.

Фермент лецитиназа является одним из факторов патогенности возбудителя и показателем более высокой активности гриба. Лецитиназа была определена у всех культур *Candida*. У всех пациентов титр грибов рода *Candida*, выделенных на СОПР был равен или превышал 10^3 КОЕ/мл.

В ходе обследования у 15 (8,67%) диагностирован острый псевдомембранозный кандидоз полости рта (B37.00), у 20 (11,56 $\pm$ 2,43%) – острый эритематозный атрофический кандидоз (B37.01), у 47 (27,17 $\pm$ 3,38%) – хронический гиперпластический кандидоз (B37.02), у 91 (52,60 $\pm$ 3,80%) – хронический атрофический кандидоз (B37.03) (стоматит под съемным зубным протезом, вызванный кандидозной инфекцией), который чаще определялся у пожилых пациентов, пользующихся съемными протезами – у 31 (25%). Таким образом, в результате клинического обследования выявлено преобладание хронических форм кандидоза полости рта, суммарная частота которых составила 79,77%.

Показателем, характеризующим упорное течение заболевания, является давность возникновения патологического процесса. По данным анамнеза и медицинских документов проведено уточнение длительности заболевания кандидозом полости рта (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, с увеличением возраста распространенность кандидоза СОПР возрастала. Основной удельный вес в общем объеме болеющих приходится на возрастной период от 34 до 64 лет и старше (более 135 пациентов, или 78,03 $\pm$ 3,15% от общего числа заболевших). Можно предположить, что столь высокая заболеваемость взрослого населения объясняется более высокой частотой фоновой соматической патологии, частым приемом антибиотиков и гормональных (стероидных препаратов).

Необходимо отметить, что подавляющее большинство обследованных, т.е. 95 (54,91 $\pm$ 3,78%) больных, имели длительность заболевания более 3-х лет; 51 (29,48 $\pm$ 3,46%) пациент страдал кандидозом от 1-го года до 3-х лет, лишь 27 (15,61 $\pm$ 2,76%) пациентов имели сравнительно короткий срок заболевания – до 1-го года (табл. 1).

Детальный анализ длительности кандидоза показал, что у пациентов в возрастных группах 18-22 года и 23-34 года максимальная длительность заболевания составляет до 1-го года – соответственно у 9 (15,20 $\pm$ 2,71%) и 12 (6,94 $\pm$ 1,94%) пациентов; длительность кандидоза от 1-го года до 3-х лет отмечалась соответственно у 6 (3,47 $\pm$ 1,39%) и 7 (4,05 $\pm$ 1,49%), лишь 3 (1,73 $\pm$ 0,99%) и 1 (0,57 $\pm$ 0,57%) обследованных имели длительность заболевания более 3-х лет.

Напротив, среди пациентов в возрастных группах 35-44 и 45-54 года преобладали лица с длительностью кандидоза более 3-х лет: соответственно 20 (11,56 $\pm$ 2,43%) и 32 (18,49 $\pm$ 2,95%); с длительностью заболевания 1-3 года было соответственно 18 (10,40 $\pm$ 2,32%) и 20 (11,56 $\pm$ 2,43%) больных, до 1-го года – 4 (2,31 $\pm$ 1,14%) и 2 (1,16 $\pm$ 0,81%). В возрастных группах 55-64 лет и старше 65 лет все пациенты имели длительность заболевания более 3-х лет.

Нами прослежена связь различных нозологических форм кандидоза полости рта с возрастом пациентов (табл. 2).

Анализ распределения различных нозологических форм кандидоза СОПР по возрасту выявил четкое преобладание острых форм заболевания у лиц молодого возраста. У пациентов в возрасте 35-44 года и старше чаще выявлялись хронические формы заболевания. Так, в возрастной группе 18-24 лет острый псевдомембранозный кандидоз СОПР встречался у 10 (5,78 $\pm$ 1,77%), а острый эритематозный – у 8 (4,62 $\pm$ 1,60%). В возрастной группе 23-34 лет хронический псевдомембранозный кандидоз обнаружен лишь у 3 (1,73 $\pm$ 0,99%) пациентов: при этом острый псевдомембранозный и эритематозный кандидоз диагностирован соответственно у 5 (2,89 $\pm$ 1,27%) и 12 (6,94 $\pm$ 1,94%) обследованных.

В возрасте старше 35 лет преобладали хронические формы заболевания, которые обнаружены у 135 (78,03 $\pm$ 3,15%) пациентов, в том числе хронический атрофический кандидоз диагностирован у 91



Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от длительности кандидоза полости рта

Возраст, лет	Длительность заболевания, лет			Всего
	до 1-го	1-3	более 3-х	
18-22	$\frac{9}{15,20} \pm 2,71$	$\frac{6}{3,47} \pm 1,39$	$\frac{3}{1,79} \pm 0,99$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$
23-34	$\frac{12}{6,94} \pm 1,91$	$\frac{7}{4,05} \pm 1,19$	$\frac{1}{0,57} \pm 0,57$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$
35-44	$\frac{4}{2,31} \pm 1,11$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,13$	$\frac{42}{24,78} \pm 3,26$
45-54	$\frac{2}{1,16} \pm 0,81$	$\frac{10}{11,56} \pm 2,13$	$\frac{32}{18,49} \pm 2,95$	$\frac{54}{31,21} \pm 3,50$
55-64	-	-	$\frac{2}{1,16} \pm 0,81$	$\frac{21}{12,14} \pm 2,18$
65 и старше	-	-	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$
Всего	$\frac{27}{15,61} \pm 2,76$	$\frac{51}{29,18} \pm 3,46$	$\frac{95}{54,91} \pm 3,78$	$\frac{173}{100}$

Примечание. В числителе – абсолютное число пациентов с кандидозом СОПР; в знаменателе – %.

(52,60±3,80%), и хронический псевдомембранозный – у 47 (27,17±3,38%).

Кандидоз полости рта представляет собой серьезную проблему в связи с широкой распространенностью и рецидивирующими персистирующим характером течения. Этот вид возбудителя обнаруживается в полости рта примерно у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин, причем концентрация грибов в полости рта при отсутствии зубов значительно выше (78,3%), чем при их наличии (36,8%) (Abu Gelteen K.H., Abu Galteen R.M., 1998).

В современной структуре кандидоза СОПР (по обращаемости к стоматологу) ведущее место занимают хронические формы (гипертрофический кандидоз – у 28,4%; атрофический кандидоз – у 30,9%).

Литература

1. Панченко А.Д. Изучение взаимосвязи возраста пациентов, характера зубных протезов и формы кандидоза полости рта // *Стоматология – наука и практика. Перспективы развития: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., посв. 50-летию стоматологического*

факультета Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2011. – С. 410-413.

2. Панченко А.Д. Комплексная терапия кандидоза полости рта у пациентов со съёмными пластиночными протезами. – Саратов, 2013.

3. Панченко А.Д., Булкина Н.В. Частота встречаемости кандидоза полости рта в разной возрастной категории с различными ортопедическими конструкциями // *Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 71-й межрегион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. – Саратов, 2010. – С. 381-384.*

4. Суркова С.А. Особенности клинико-лабораторной диагностики инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта // *Dental Forum. – 2012. – №3. – С. 94-95.*

5. Суркова С.А. Совершенствование методов лабораторной диагностики и обоснование терапии кандидоза слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

Таблица 2. Распределение пациентов с различными нозологическими формами кандидоза СОПР по возрасту

Возраст, лет	Форма кандидозного стоматита				Всего (В.37)
	острый псевдомембранозный (В37.00)	острый эритематозный (В37.01)	хронический гиперпластический (В37.02)	хронический атрофический (В37.03)	
18-22	$\frac{10}{5,78} \pm 1,77$	$\frac{8}{4,26} \pm 1,60$	-	-	$\frac{18}{10,40} \pm 2,32$
23-34	$\frac{5}{2,89} \pm 1,77$	$\frac{1}{6,94} \pm 1,94$	$\frac{3}{1,73} \pm 0,99$	-	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$
35-44	-	-	$\frac{11}{6,38} \pm 1,85$	$\frac{31}{17,92} \pm 2,92$	$\frac{42}{24,78} \pm 3,26$
45-54	-	-	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$	$\frac{34}{19,65} \pm 3,02$	$\frac{54}{31,21} \pm 3,50$
55-64	-	-	$\frac{5}{2,89} \pm 1,27$	$\frac{16}{9,25} \pm 2,20$	$\frac{21}{12,14} \pm 2,48$
65 и старше	-	-	$\frac{8}{4,62} \pm 1,60$	$\frac{10}{5,78} \pm 1,77$	$\frac{18}{10,40} \pm 2,32$
Всего	$\frac{15}{8,47} \pm 2,14$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$	$\frac{47}{27,17} \pm 3,38$	$\frac{91}{52,60} \pm 3,80$	$\frac{173}{100}$

Примечание. В числителе – абсолютное число пациентов с кандидозом СОПР; в знаменателе – %.

Цель: определение распространенности и нозологических форм кандидозного стоматита у пациентов в Республике Узбекистан. **Материал и методы:** в 2015-2017 гг. в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ обратились 452 пациента в возрасте от 18 до 65 лет и старше с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) и пародонта, у 173 (38,27±2,29%) из которых по результатам проведенной клинко-лабораторной диагностики диагностирован кандидоз слизистой оболочки полости рта. **Результаты:** в возникновении инфекционного воспалительного процесса в СОПР основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, которые и определяют степень воспалительной реакции. В этиологической структуре инфекционной патологии СОПР преобладают представители условно-патогенной микрофлоры, выработавшие достаточную резистентность к действию антибактери-

альных и антимикотических препаратов. **Выводы:** кандидоз обнаруживается в полости рта примерно у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин, причем концентрация грибов в полости рта при отсутствии зубов значительно выше (78,3%), чем при их наличии (36,8%).

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, условно-патогенные микроорганизмы, грибы рода Кандида, лабораторная диагностика.

Оғиз бўшлиғи шиллик каватида микоз инфекциянинг тарқалиши 40—88%ни ташкил этади. Ушбу касалликни эрта ва самарали ташхислаш, патогенези, даволаш ва касалликни олдини олиш чора тadbирлари тўлиқлигича ҳал этилмаган, мунозарали бўлиб, ушбу муомони ҳал этишга қўплаб клиник ва тажрибали ишлар бағишланган. Муаллифлар томонидан беморнинг ёшига боғлиқ

ҳолда кандидознинг турли шакллари ва учраш тезлиги ўрганиб чиқилган. Тадқиқот натижасида касалларнинг асосий миқдори 34 ёшдан 64 ёш ораллигидаги беморларга тўғри келиши аниқланди. Катта ёшдаги аҳолининг юқори касалланиш даражаси соматик патологиянинг ката миқдорда учраши, антибиотиклар ва гормонал (стероид воситалар) воситаларни тез тез қабул қилиш қилиш билан изоҳланади.

The prevalence of mycotic infections reaches 40 — 88%. Questions of early effective diagnostics, pathogenesis, therapy and prevention of this pathology in many respects remain unresolved, debatable though numerous both clinical, and experimental works are devoted to their studying. By authors it is studied the frequency and nosological forms of candidiasis connected with age of patients. At the same time the main specific weight in a total amount of diseases represents at the age period from 34 to 64 years and older sick people. The high incidence of adult population is explained by higher frequency of background somatic pathology, frequent reception of antibiotics and hormonal (steroid medicines).

УДК: 616.314.17-008.1:615.272

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БИОПЛАНТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА



Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из наиболее актуальных проблем стоматологии, а также серьезной медико-социальной проблемой, т.к. распространенность этой патологии сохраняется на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [2]. Кроме того, эти поражения представляют собой достаточно агрессивные стоматогенные очаги инфекции, инициирующие очагово-обусловленные соматические

заболевания [1,4-6]. Выбор метода лечения данной патологии представляет значительные трудности, так как пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта плохо поддается консервативной терапии.

Длительные клинические наблюдения за пациентами с хроническим генерализованным пародонтитом свидетельствуют о необходимости применения при проведении комплексной терапии остеорегенерирующих препаратов. В настоящее время в связи с появлением большого количества разнообразных остеогенных материалов и отсутствием независимой информации о них у врача-стоматолога возникает проблема выбора правильного материала, необходимого для каждого конкретного клинического случая, в том числе и в пародонтологии при закрытом кюретаже пародонтальных карманов. Базовыми требованиями к остеопластическим материалам являются биологическая совместимость, бактериальная и вирусная безопасность, отсутствие токсичности и аллергенности.

Межклеточный матрикс костной ткани на 90% состоит из коллагена I типа, коллаген других типов занимает не более 5% от общей массы. Белковополисахаридными комплексами, основной структурной единицей которых являются гликозаминогликаны, представленные 5% оставшегося вещества от общей массы. Коллаген, введенный в рану, активирует синтез кислых гликозаминогликанов и фибрилlogenез. Исследования показали, что коллаген I типа необходим для дифференцирования остеобластов и минерализации остеоида [3]. Важнейшим компонентом межклеточного матрикса являются гликозаминогликаны. С ними связываются такие процессы, как подавление активности провоспалительных медиаторов и антигенных детерминант, межклеточная сигнализация и регуляция активности факторов роста, в том числе и фактора роста фибробластов [7].

Отечественный остеопластический материал биоплант — стерильный биопластический материал, в котором сохранена исходная волокнистая структура коллагена, представленная в удобной для хранения и использования форме (сухая лекарственная форма и инъекции). В экспериментальном исследовании показана высокая эффективность данного материала при замещении искусственно созданных костных дефектов.

Цель исследования

Клиническая оценка применения биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени при закрытом кюретаже пародонтальных карманов.

Материал и методы

Под наблюдением находились 25 пациентов обоего пола в возрасте 22-35 лет с генерализованным пародонтитом легкой степени (ГПЛС) без соматической патологии. Основную группу составили 12 больных, в