УДК: 616.314.17-008.1-073.75-08

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА





Закирова Хилола Хатамитдиновна, Ризаева Севара Миргулямовна, Ибрагимов Абдулла Хатамитдинович
Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

СУРУНКАЛИ ЛОКАЛИЗАЦИЯЛАШГАН ПАРОДОНТИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ПАРОДОНТ ТЎҚИМАЛАРИ КЛИНИК-ПАРОДОНТОЛОГИК ВА РЕНТГЕНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Закирова Хилола Хатамитдиновна, Ризаева Севара Миргулямовна,
Ибрагимов Абдулла Хатамитдинович
Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

DYNAMICS OF CLINICAL, PERIODONTAL, AND RADIOLOGICAL PARAMETERS OF PERIODONTAL TISSUES IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHRONIC LOCALIZED PERIODONTITIS

Zakirova Khilola Khatamitdinovna, Rizaeva Sevara Mirgulyamovna, Ibragimov Abdulla Khatamitdinovich
Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: khilola-zakirova@mail.ru

Резюме. *Мақсад: сурункали локализациялашган пародонтит билан оғриган беморларда илдизларнинг милк ости юзасига ҳаво-абразив (қум оқимли) ишлов бериш ва кейинчалик сунъий коронкалар билан ортопедик реабилитацияни ўз ичига олган комплекс даволашда пародонт тўқималарининг клиник-пародонтологик ва рентгенологик кўрсаткичлари динамикасини баҳолаш. Материал ва усуллар: сурункали локализациялашган пародонтит билан оғриган 18–59 ёшли 160 нафар бемор ва 20 нафар амалда соғлом шахс (назорат гуруҳи) текширилди. I гуруҳни витал тишлар соҳасида зарарланиши бўлган 80 нафар бемор, II гуруҳни девитал тишлар соҳасида зарарланиши бўлган 80 нафар бемор ташкил этди; ҳар бир гуруҳ коронка турига кўра A–D кичик гуруҳларга (металлокерамик, қопламасиз цирконий диоксидидан, қопламали цирконий диоксидидан, пародонтга йўналтирилган коронка) ажратилди. Пародонтал чўнтаклар чуқурлиги, клиник бирикишнинг йўқотилиши, зондлашда қонаш, OHI-S ва SBI индекслари ҳамда рентгенологик ўзгаришлар 2 ҳафта, 3 ва 6 ойдан сўнг баҳоланди. Натижалар: 6 ойдан сўнг барча кичик гуруҳларда чўнтаклар чуқурлиги камайди, бу пародонтга йўналтирилган коронка қўлланилганда энг кўп ифодаланди (I-D кичик гуруҳида 1,87 мм ва II-D кичик гуруҳида 1,72 мм га). Зондлашда қонаш витал тишли беморларда деярли 5 марта, девитал тишли беморларда 3 мартадан кўпроқ, SBI индекси эса мос равишда 2,6 ва 2,1 марта камайди. Тўлиқ клиник жавобга I гуруҳ беморларининг 73,8 фоизида ва II гуруҳ беморларининг 55,0 фоизида эришилди, у энг кўп D кичик гуруҳларида қайд этилди (85,0 ва 70,0%). Суяк резорбциясининг зўрайиши мос равишда беморларнинг 95,0 ва 88,8 фоизида аниқланмади. Хулоса: илдиз юзасига ҳаво-абразив ишлов бериш ва ортопедик реабилитацияни ўз ичига олган комплекс даволаш пародонт тўқималарининг барқарорлашувини таъминлайди; энг яхши натижалар витал тишларда ва пародонтга йўналтирилган коронка қўлланилганда олинди.*

Калит сўзлар: *сурункали локализациялашган пародонтит, ҳаво-абразив ишлов бериш, протезлаш, пародонтга йўналтирилган коронка.*

Abstract. *Aim: to evaluate the dynamics of clinical periodontal and radiological parameters of periodontal tissues in patients with chronic localized periodontitis during comprehensive treatment including subgingival air-abrasive (sand-blasting) root surface treatment followed by prosthetic rehabilitation with artificial crowns. Materials and methods: 160 patients aged 18–59 years with chronic localized periodontitis and 20 practically healthy individuals (control group) were examined. Group I included 80 patients with lesions in the area of vital teeth, group II – 80 patients with lesions in the area of non-vital teeth; each group was divided into subgroups A–D according to the crown type (metal-ceramic, uncoated zirconia, coated zirconia, periodontally oriented crown). Probing pocket depth, clinical attachment loss, bleeding on probing, OHI-S and SBI indices and radiological changes were assessed at 2 weeks, 3 and 6 months. Results: after 6 months, pocket depth decreased in all subgroups, most markedly with periodontally oriented crowns (by 1.87 mm in subgroup I-D and by 1.72 mm in subgroup II-D). Bleeding on probing decreased almost 5-fold in patients with vital teeth and more than 3-fold in patients with non-vital teeth, SBI – 2.6- and 2.1-fold, respectively. A complete clinical response*

was achieved in 73.8% of patients in group I and 55.0% in group II, most often in subgroups D (85.0% and 70.0%). No progression of bone resorption was found in 95.0% and 88.8% of patients, respectively. Conclusion: comprehensive treatment with air-abrasive root surface treatment and prosthetic rehabilitation ensures stabilization of periodontal tissues; the best results were obtained in vital teeth and with periodontally oriented crowns.
Keywords: *chronic localized periodontitis, air-polishing, prosthetics, periodontally oriented crown.*

Даже при клинически успешной первичной обработке корней биоплёнка восстанавливается, и долгосрочная стабилизация в значительной степени определяется программой поддерживающей терапии, включающей персонализированные интервалы наблюдения, профессиональное удаление налёта и поддержку мотивации пациента [2, 9]. Систематические обзоры показывают, что доказательная база для «фиксированного» интервала поддерживающих визитов ограничена и более обоснованным выглядит риск-ориентированный подход, учитывающий исходную тяжесть заболевания, наличие остаточных карманов, выраженность воспаления по кровоточивости при зондировании и поведенческие факторы [1, 3, 10]. Метаанализы подчёркивают значимость комплаентности пациентов в поддерживающей терапии как фактора конечных исходов, включая риск потери зубов, что делает комфортность процедур и снижение болевых ощущений клинически существенными критериями выбора технологии [6, 11].

С этих позиций воздушно-абразивная обработка (air-polishing) получает дополнительное преимущество: систематические обзоры, посвящённые восприятию процедур пациентами, указывают на тенденцию к меньшему дискомфорту по сравнению с традиционной инструментальной обработкой, что согласуется с данными рандомизированных клинических исследований, в которых оценки болезненности по визуальной аналоговой шкале лучше в группах воздушно-порошковой обработки [3, 5]. При хроническом локализованном пародонтите, когда лечение часто проводится сегментарно и повторно, хорошая переносимость процедур и комплаентность становятся практической предпосылкой поддержания низкого уровня воспаления и предотвращения повторного углубления карманов [7, 8].

Мониторинг после обработки корней в клинических протоколах обычно предусматривает ранний контроль воспаления и болевой чувствительности (первые недели), а также среднесрочную оценку стабилизации глубины пародонтального кармана, клинической потери прикрепления и кровоточивости при зондировании (3–6 месяцев), что отражено в дизайне рандомизированных исследований воздушно-абразивной обработки в поддерживающей терапии [4, 5]. Сроки 3 и 6 месяцев используются как период, когда клинические параметры уже выходят за пределы «острой фазы» заживления и отражают устойчивость нового баланса между биоплёнкой и иммуновоспалительным ответом; при сохраняющихся карманах ряд протоколов предусматривает повторное вмешательство как часть стратегии контроля резидуальных очагов [1, 7].

Совокупность данных позволяет рассматривать малоинвазивные способы контроля поддесневой биоплёнки как клинически состоятельную альтернативу традиционному «агрессивному» сглаживанию поверхности корня (root planing), особенно в режиме поддерживающей терапии и при лечении резидуальных карманов. Низкоабразивные порошки (глицин, эритритол, трегалоза) обеспечивают, как правило, сопоставимые с ручным и ультразвуковым дебридментом изменения глубины пародонтального кармана, клинической потери прикрепления и кровоточивости при зондировании и обладают потенциальными преимуществами по переносимости и меньшей повреждающей способностью в отношении твёрдых и мягких тканей. Межгрупповые различия при этом нередко остаются минимальными, а гетерогенность протоколов и характеристик карманов ограничивает доказательность и указывает на ведущую роль качества базовой обработки и последующего гигиенического контроля.

Сочетание воздушно-абразивной обработки корней, обеспечивающей контролируемое удаление биоплёнки при минимальной ятрогенной травме, с последующим нанесением защитного покрытия на поверхность корня как потенциального барьерного и десенсибилизирующего фактора имеет клинико-биологические предпосылки для улучшения результатов комплексного лечения локализованных очагов [12]. Такой подход может одновременно решать три взаимосвязанные задачи: снижать бактериальную нагрузку и ускорять редукцию воспаления, уменьшать выраженность гиперестезии, что поддерживает гигиеническую дисциплину в ранние сроки, и влиять на ретенцию налёта за счёт управления микрорельефом обработанного корня [3, 10]. Включение воздушно-абразивной обработки с последующим покрытием поверхности корня в протокол комплексной терапии хронического локализованного пародонтита можно рассматривать как обоснованный элемент

современного малоинвазивного подхода, требующий клинической верификации на динамических контрольных точках [11, 12].

Цель исследования: оценить клинико-пародонтологические и рентгенологические показатели тканей пародонта у пациентов с хроническим локализованным пародонтитом в динамике до и после комплексного лечения с применением пескоструйной обработки поддесневой области зубов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 160 пациентов в возрасте 18–59 лет с хроническим локализованным пародонтитом лёгкой степени, нуждавшихся в комплексном лечении и последующей ортопедической реабилитации искусственными коронками; контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. В I клиническую группу включены 80 пациентов с поражением в области витальных зубов, во II – 80 пациентов с поражением в области девитальных зубов. Каждая группа разделена на четыре подгруппы по 20 человек в зависимости от вида коронки: A – металлокерамическая коронка, B – коронка из диоксида циркония без покрытия, C – коронка из диоксида циркония с покрытием, D – пародонтоориентированная коронка.

Пародонтологическое обследование проводили по стандартному протоколу с обязательной регистрацией глубины пародонтальных карманов, клинической потери прикрепления, кровоточивости при зондировании, индекса гигиены OHI-S (Green–Vermillion) и индекса воспаления дёсен SBI (Saxer–Mühlemann). Предварительное удаление грубых наддесневых отложений выполняли лишь в тех случаях, когда их выраженность препятствовала корректному зондированию, соблюдая единообразие подхода на всех контрольных точках.

Протокол комплексного лечения и ортопедической реабилитации включал несколько этапов. На подготовительном этапе до начала ортопедического лечения проводили профессиональную гигиену полости рта с удалением над- и поддесневых зубных отложений. На терапевтическом этапе устраняли факторы, поддерживающие воспалительный процесс: антисептическую обработку полости рта и зоны воспаления проводили водным раствором хлоргексидина биглюконата, пациентам с витальными зубами назначали аппликации противовоспалительного средства «Периогель» в области поражённых тканей.

На эндодонтическом этапе пациентам с девитальными зубами по показаниям проводили повторное эндодонтическое лечение. При разрушении в области бифуркации для её восстановления применяли материал на основе минерального триоксидного агрегата, обладающий высокой биосовместимостью, герметизирующей способностью и нерастворимостью во влажной среде.

Основным элементом пародонтологического лечения являлась обработка поверхности корней в области пародонтальных карманов с удалением биоплёнки и загрязнений корневой поверхности с использованием пескоструйного аппарата COXO и порошка оксида алюминия с размером частиц 27 мкм.

Ортопедический этап начинали со снятия оттиска для изготовления силиконового ключа. Затем препарировали зуб, изготавливали временную коронку и фиксировали её на временный цемент на период изготовления постоянной коронки; готовую постоянную коронку фиксировали на стеклоиономерный цемент.

У пациентов с пародонтоориентированной коронкой ортопедический этап имел ряд особенностей. После снятия оттиска для изготовления временной пластмассовой конструкции мягкие ткани изолировали путём растяжения лентой из политетрафторэтилена, что позволяло без разрезов достичь дна патологического кармана. Опорные ткани препарировали без уступа с погружением на всю глубину пародонтального кармана, временную пластмассовую конструкцию изготавливали по ранее полученному оттиску с дополнительной перебазировкой поддесневой области жидкотекучим композитным материалом и фиксировали на временный цемент. Через две недели, после окончательного формирования мягких тканей под временной коронкой и ремоделирования биологической ширины, снимали оттиски для изготовления постоянной конструкции – пародонтоориентированной коронки.

Пародонтоориентированная коронка максимально идентична временной пластмассовой конструкции, имеет специальную форму, точно повторяющую анатомию зуба, глубоко погружается под десну и изготавливается из диоксида циркония; её пришеечная область отполирована и остаётся без керамического покрытия, что улучшает прилегание десны к пришеечной части коронки и препятствует проникновению бактерий.

На поддерживающем этапе пациентам рекомендовали соблюдение индивидуальной гигиены полости рта и плановые контрольные визиты через 2 недели, 3 и 6 месяцев для оценки результатов лечения.

Результаты и обсуждение. До начала лечения восемь подгрупп были сопоставимы по основным клиническим и структурным

параметрам: различий по глубине пародонтального кармана, клинической потере прикрепления, OHI-S, рентгенологической потере костной опоры и большинству лабораторных показателей не выявлено (p>0,05). Это обеспечивает корректность дальнейшего сравнения конструкций, поскольку тип будущей коронки ещё не мог влиять на состояние пародонта.

Различие между витальными и девитальными зубами проявилось не в большей глубине карманов: глубина пародонтального кармана составляла 5,12 мм в I группе и 5,20 мм во II группе, клиническая потеря прикрепления – 4,13 и 4,23 мм соответственно. Более устойчивым оказался воспалительный сдвиг: кровоточивость при зондировании и индекс SBI были выше во II группе, что разграничивает структурную тяжесть поражения и текущую активность процесса.

Через 14 суток после завершения лечебного этапа отмечалось преимущественно уменьшение воспалительного компонента, тогда как структурные параметры менялись умереннее. К 3-му месяцу формировалась основная редукция глубины карманов, а к 6-му месяцу результат становился более устойчивым (табл. 1). У пациентов с девитальными зубами ранний ответ был более медленным, однако снижение глубины пародонтального кармана и клинической потери прикрепления отмечено во всех подгруппах.

Редукция глубины пародонтального кармана была достоверной во всех подгруппах; наибольшее уменьшение зарегистрировано в подгруппах I-D и II-D (витальные и девитальные зубы с пародонтоориентированной коронкой) – на 1,87 и 1,72 мм соответственно. В подгруппах с металлокерамическими коронками снижение было менее выраженным (на 1,61 мм в I-A и 1,48 мм в II-A). Уменьшение клинической потери прикрепления имело меньшую амплитуду (0,72–0,90 мм). Это соотношение существенно: уменьшение глубины пародонтального кармана не было связано лишь со спадением отёка десневого края, поскольку параллельно уменьшалась клиническая потеря прикрепления.

Кровоточивость снижалась быстрее, чем структурные показатели (табл. 2). Наиболее благоприятные значения кровоточивости при зондировании через 6 месяцев получены в подгруппах I-C и I-D – 9,6 и 9,4%. Во II группе лучший противовоспалительный профиль имели подгруппы II-C и II-D (16,3 и 15,2%), однако значения оставались выше, чем при витальных зубах.

Гигиенический индекс снизился во всех подгруппах (табл. 3). При витальных зубах достигнуты более низкие конечные значения OHI-S: в среднем 1,13 против 1,33 во II группе. Наиболее низкий OHI-S отмечен в подгруппах I-C и I-D (по 1,04). У пациентов с девитальными зубами индекс гигиены оставался выше, особенно в подгруппах II-A и II-B. Эта разница объясняла остаточную кровоточивость лишь частично: при одинаковых значениях OHI-S в подгруппах II-C и II-D кровоточивость при зондировании отличалась от II-A сильнее, чем можно было ожидать только по уровню налёта.

Полный клинический ответ определяли при глубине пародонтального кармана ≤3,5 мм, кровоточивости при зондировании <15%, отсутствии отрицательной динамики клинической потери прикрепления и OHI-S ≤1,2. Доля полного клинического ответа возрастала от варианта A к варианту D. При витальных зубах полный ответ достигнут у 65,0% пациентов подгруппы I-A (металлокерамические коронки), 70,0% – I-B, 75,0% – I-C и 85,0% – I-D (пародонтоориентированные коронки); при девитальных зубах значения были ниже: 40,0, 50,0, 60,0 и 70,0% соответственно. В целом частота полного ответа составила 73,8% при витальных и 55,0% при девитальных зубах. Недостаточный ответ был редким и концентрировался в подгруппах II-A и II-B.

Таблица 1. Динамика глубины пародонтальных карманов и клинической потери прикрепления через 6 месяцев, мм

Подгруппа	Глубина пародонтального кармана исходно	Глубина пародонтального кармана через 6 мес	Клиническая потеря прикрепления исходно	Клиническая потеря прикрепления через 6 мес
I-A	5,14±0,19	3,53±0,16	4,13±0,19	3,35±0,15
I-B	5,06±0,17	3,36±0,14	4,21±0,21	3,38±0,17
I-C	5,17±0,20	3,39±0,16	4,23±0,22	3,36±0,18
I-D	5,13±0,17	3,26±0,13	3,93±0,23	3,03±0,18
II-A	5,32±0,19	3,84±0,15	4,28±0,21	3,56±0,17
II-B	5,05±0,19	3,49±0,15	4,30±0,21	3,54±0,17
II-C	5,25±0,17	3,61±0,14	4,06±0,22	3,26±0,17
II-D	5,16±0,17	3,44±0,13	4,28±0,20	3,44±0,16

Таблица 2. Динамика кровоточивости при зондировании и индекса SBI

Подгруппа	Кровоточивость при зондировании исходно, %	Кровоточивость при зондировании через 6 мес, %	SBI исходно	SBI через 6 мес
I-A	55,7±3,0	15,2±2,4	1,67±0,05	0,70±0,04
I-B	53,6±2,7	10,9±2,2	1,71±0,06	0,69±0,05
I-C	54,4±2,5	9,6±2,0	1,71±0,07	0,63±0,06
I-D	56,5±2,7	9,4±2,2	1,69±0,09	0,57±0,07
II-A	62,9±3,0	25,7±2,4	1,79±0,08	0,90±0,06
II-B	59,3±2,8	20,1±2,3	1,80±0,07	0,86±0,06
II-C	57,6±3,0	16,3±2,4	1,87±0,07	0,88±0,06
II-D	58,5±2,9	15,2±2,3	1,84±0,07	0,81±0,05

Таблица 3. Динамика гигиенического индекса OHI-S

Подгруппа	OHI-S исходно (T0)	OHI-S через 6 мес (T3)	Редукция, %	p
I-A	2,34±0,12	1,22±0,10	47,9	<0,001
I-B	2,40±0,11	1,22±0,09	49,2	<0,001
I-C	2,29±0,11	1,04±0,09	54,6	<0,001
I-D	2,34±0,13	1,04±0,11	55,6	<0,001
II-A	2,42±0,15	1,38±0,12	43,0	<0,001
II-B	2,48±0,13	1,40±0,10	43,5	<0,001
II-C	2,41±0,13	1,27±0,11	47,3	<0,001
II-D	2,47±0,12	1,27±0,09	48,6	<0,001



Рис. 1. Рентгенограммы до и после комплексного лечения.

Вариант D с пародонтоориентированной коронкой обеспечивал наибольшую долю полной стабилизации в обеих клинических группах. Рентгенологические изменения за 6 месяцев были небольшими по абсолютной величине, но важными для оценки безопасности ортопедического этапа. Прогрессирование костной резорбции не зарегистрировано у 95,0% пациентов I группы и у 88,8% пациентов II группы. При девитальных зубах периапикальная стабильность чаще сохранялась в подгруппе II-D, где 19 из 20 пациентов не имели отрицательной динамики, тогда как в подгруппе II-A этот показатель составил 17 из 20. Это различие совпадало с более высокой остаточной кровоточивостью и большим числом частичных ответов в подгруппе II-A (рис. 1).

Остаточные признаки воспаления распределялись неслучайно: они концентрировались в подгруппах II-A и II-B, где одновременно сохранялись более высокие значения кровоточивости при зондировании, SBI и доля карманов глубиной ≥4 мм. В подгруппах I-C и I-D число пациентов с остаточной кровоточивостью при зондировании ≥15% было минимальным. Коронка из диоксида циркония с покрытием эффективнее снижала воспалительный компонент, а пародонтоориентированная коронка сочетала противовоспалительный эффект с меньшей потребностью в повторной окклюзионной коррекции.

Заключение. Комплексное лечение хронического локализованного пародонтита с последующей ортопедической реабилитацией искусственными коронками обеспечило выраженное улучшение клинического состояния тканей пародонта во всех исследуемых подгруппах.

Через 6 месяцев глубина пародонтальных карманов уменьшилась примерно на треть, кровоточивость при зондировании снизилась почти в 5 раз у пациентов с витальными зубами и более чем в 3 раза – с девитальными зубами, индекс SBI уменьшился в 2,6 и 2,1 раза соответственно.

Полный клинический ответ чаще формировался при витальных зубах (73,8% против 55,0%, разница 18,8 процентного пункта) и при использовании пародонтоориентированной коронки; прогрессирование костной резорбции к 6 месяцам не выявлено у 95,0% пациентов с витальными и у 88,8% пациентов с девитальными зубами.

Литература:

1. Дзюба Е.В. Показатели приверженности к лечению у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // Пародонтология. 2021;26(1):38–42.
2. Закирова Х.Х., Ризаева С.М., Ибрагимов А.Х. Современные аспекты этиологических факторов и патогенетических механизмов возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2025;4(2):59–69.
3. Закирова Х.Х., Ризаева С.М., Ибрагимов А.Х. Особенности клинического проявления хронического локализованного пародонтита // Медицина и инновации. 2026;1(21):250–261.
4. Закирова Х.Х., Ризаева С.М., Ибрагимов А.Х. Ортопедическая реабилитация искусственными коронками в системе комплексного лечения заболеваний пародонта // Stomatologiya. 2026;2(103):76–81.
5. Закирова Х.Х., Ризаева С.М., Ибрагимов А.Х. Особенности влияния ортопедических коронок на результат лечения хронического локализованного пародонтита // Медицина и инновации. 2026;2(22):71–78.
6. Камилов Х. и др. Обзор современных подходов в этиопатогенетическом лечении хронического пародонтита // Медицина и инновации. 2021;1(2):30–37.
7. Камилов Х.П. и др. Дисфункция эндотелиоцитов у больных хроническим генерализованным пародонтитом // Стоматология. 2020;1(3(80)):53–56.
8. Юсупова М.К., Акбаров А.Н. Оптимизация гигиенического статуса пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом при ортопедическом лечении методом адгезивного шинирования // Журнал современной медицины (Zamonaviy tibbiyot jurnali). 2025;9(2):727–736.
9. Armitage G.C., Xenoudi P. Post-treatment supportive care for the natural dentition and dental implants // Periodontology 2000. 2016;71(1):164–184.
10. Gartenmann S.J., Dörig I., Sahrmann P., Held U., Walter C., Schmidlin P.R. Influence of different post-interventional maintenance concepts on periodontal outcomes: an evaluation of three systematic reviews // BMC Oral Health. 2016;17:19.
11. Lee C.T., Huang H.Y., Sun T.C., Karimbux N. Impact of patient compliance on tooth loss during supportive periodontal therapy: a systematic review and meta-analysis // Journal of Dental Research. 2015;94(6):777–786.
12. Saleh M.H.A., Dias D.R., Ravida A., Wang H.-L. Root surface biomodification in periodontal therapy: biological rationale and clinical applications // Periodontology 2000. 2024. doi: 10.1111/prd.12576.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Закирова Х.Х., Ризаева С.М., Ибрагимов А.Х.

Резюме. *Цель: оценить динамику клинико-пародонтологических и рентгенологических показателей тканей пародонта у пациентов с хроническим локализованным пародонтитом при комплексном лечении с пескоструйной (воздушно-абразивной) обработкой поддесневой поверхности корней и последующей ортопедической реабилитацией искусственными коронками. Материал и методы: обследованы 160 пациентов в возрасте 18–59 лет с хроническим локализованным пародонтитом и 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). I группу составили 80 пациентов с поражением в области витальных зубов, II группу – 80 пациентов с поражением в области девитальных зубов; каждая группа разделена на подгруппы A–D по виду коронки (металлокерамическая, из диоксида циркония без покрытия, из диоксида циркония с покрытием, пародонтоориентированная). Глубину пародонтальных карманов, клиническую потерю прикрепления, кровоточивость при зондировании, индексы OHI-S и SBI, рентгенологическую динамику оценивали через 2 недели, 3 и 6 месяцев. Результаты: через 6 месяцев глубина карманов уменьшилась во всех подгруппах, наиболее выраженно – при пародонтоориентированной коронке (на 1,87 мм в подгруппе I-D и на 1,72 мм в подгруппе II-D). Кровоточивость при зондировании снизилась почти в 5 раз у пациентов с витальными зубами и более чем в 3 раза – с девитальными, индекс SBI – в 2,6 и 2,1 раза соответственно. Полный клинический ответ достигнут у 73,8% пациентов I группы и 55,0% пациентов II группы, наиболее часто – в подгруппах D (85,0 и 70,0%). Прогрессирование костной резорбции не выявлено у 95,0 и 88,8% пациентов соответственно. Заключение: комплексное лечение с воздушно-абразивной обработкой корней и ортопедической реабилитацией обеспечивает стабилизацию тканей пародонта; наилучшие результаты получены при витальных зубах и использовании пародонтоориентированной коронки.*

Ключевые слова: *хронический локализованный пародонтит, пескоструйная обработка, протезирование, пародонтоориентированная коронка.*