

А.Ч. Пашаев,

к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии стоматологической клиники Азербайджанского медицинского университета

Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием нового нафталанового масла

Заболевания пародонта являются одними из широко распространенных стоматологических заболеваний во всем мире. Несмотря на огромное число исследований в этой области, вопросы изучения лечения и профилактики этих заболеваний остаются актуальным, так как еще велик уровень их распространения среди населения.

В настоящее время предложено большое количество лекарственных средств и методов лечения этих заболеваний. По данным литературы [5], основной задачей в их лечении является ликвидация воспалительного процесса, стабилизация состояния пародонта с последующей реабилитацией его функций. Исследователи отмечают, что лечение указанных заболеваний должно быть комплексным с обязательным учетом индивидуальных особенностей [6–8].

За последние годы в лечении заболеваний пародонта с успехом применяются средства природного происхождения. Использование этих лекарственных средств отдельно или в комбинации с другими препаратами дает положительные результаты при лечении различных форм заболеваний пародонта [4, 10, 11].

Природные средства оказывают антисептическое, противовоспалительное, эпителизирующее действие, создают условия для усиления регенерации костной и других тканей пародонта. Также благоприятно влияют на микроциркуляцию тканей десны, способствуют адсорбции аскорбиновой кислоты.

Богатые природные ресурсы Азербайджана, а также актуальность лечения заболеваний пародонта обуславливает необходимость исследований в данной области. В связи с этим привлекает внимание производящееся в нашей республике новое нафталановое масло (ООО «BIOIL»), которое обладает рядом положительных свойств. Оно получено из хорошо известной нафталановой нефти, издавна используемой в общей медицине. Препарат нафталанового масла был разработан в результате глубокого очищения нафталанской нефти и представляет собой фракцию полициклических нафтенных углеводородов. Это прозрачная, бесцветная, однородная жидкость, почти без запаха, свободная от смол и других токсических соединений, с содержанием не менее 98% нафтенных углеводородов. По данным многочисленных исследований, нафтенные углеводороды обладают болеу-

толяющим, противовоспалительным, антиоксидантным, гипокоагулятивным эффектом, улучшают периферическую гемодинамику и микроциркуляцию, усиливают защитно-приспособительные механизмы организма. Являясь наиболее активными компонентами нафталанской нефти, нафтенные углеводороды оказывают положительное влияние на ряд физиологических функций организма, не токсичны, не обладают канцерогенными и тератогенными свойствами. Некоторые компоненты, содержащиеся в составе нафтенных кислот, образуют производные, играющие исключительно важную роль в обменных процессах, — стероиды, гормоны, желчные кислоты, витамины, участвующие в реакциях, протекающих на клеточном уровне [1, 2].

Одновременно с этим также обращает на себя внимание известное с древнейших времен использование солодкового корня, который в большом количестве произрастает в Азербайджане. В современной медицине известны препараты из солодкового корня, обладающие противовоспалительной и противоязвенной активностью, иммуностропными, противовирусными свойствами, противоопухолевым действием [3].

Все вышеизложенное послужило основанием для возможности использования указанных природных средств при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

В связи с этим мы провели данное исследование с целью изучения эффективности применения пасты на основе нафталанового масла при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Лечение проведено у 83 больных с хроническим катаральным гингивитом и пародонтитом легкой и средней степени тяжести (43 женщины и 40 мужчин в возрасте 20–55 лет). Из них 40 пациентов были с гингивитом, 43 пациента с пародонтитом. Средний возраст пациентов с гингивитом составил $30,5 \pm 6,0$ лет, с пародонтитом — $38,4 \pm 7,4$ года. Все пациенты были распределены на 2 группы: I группа — для лечения применялась под парафиновую повязку изготовленная в клинике пародонтологическая паста в составе: нафталановое масло, теofilлин (200 мг), хлорохин фосфат (делагил) (250 мг) и окись цинка; II группа — использовалась под парафиновую повязку аналогичная паста, только вместо нафталанового масла использовался вазелин. Параллельно всем больным назначался прием внутрь сиропа солодкового корня (*Glycyrrhiza glabra L.*) 3 раза в день по столовой ложке на весь курс лечения.

Использование кроме нафталанового масла других вышеуказанных лечебных средств имело патогенетическое обоснование для применения, так как ранее нами при лечении воспалительных заболеваний пародонта использовалась лечебная повязка, где имелись теofilлин, хлорохин фосфат (делагил), эфедрин гидрохлорид, преднизолон, которые входили в состав препарата, официально выпускаемого в республике для лечения общего заболевания организма [9].

У всех больных комплекс местных лечебных мероприятий включал в себя: антисептическую обработку полости рта, удаления над- и поддесневых зубных отложений, обучение рациональной гигиене, при показаниях — кюретаж

пародонтальных карманов, наложение пасты.

Во всех группах больных лечение проводилось в течение 1–2 нед в зависимости от тяжести патологии в пародонте. Для оценки результатов лечения были использованы: гигиенический индекс ОНI-S по Грину—Вирмаллиону (1969), пародонтальные индексы РМА (Parma, 1960) и PI (Russel, 1956). В смешанной слюне определяли содержание лизоцима по методу В.Г. Дорофейчук, основанного на степени уменьшения мутности суспензии тест-микроба *M. zisodecticus* под действием фермента лизоцима в определенный интервал времени.

После проведенного лечения всем больным с профилактической целью рекомендовали пользоваться для чистки зубов противовоспалительными пастами.

Статистическую обработку полученных материалов исследования проводили по программе выявления достоверных различий с помощью критерия Вилкоксона—Манна—Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения показали, что при визуальном осмотре полости рта в I и II группах наблюдались положительные изменения в пародонте, однако в I группе они были более выражены и происходили интенсивнее, чем во II группе больных. У больных I группы с гингивитом кровоточивость, гиперемия десны уменьшалась уже на 1–2-й день от начала лечения и на 4–5-й день воспалительный процесс полностью купировался. У больных с пародонтитом в этой группе такие симптомы воспаления пародонта, как отечность, гиперемия, кровоточивость, дискомфорт, зуд, запах изо рта уменьшались на 4–6-й день лечения. К 10–14-му дню лечения у больных с пародонтитом клинически наблюдалось отсутствие гиперемии, отека, припухлости, изменение цвета десны на бледно-розовый, при легком зондировании пуговчатым зондом уменьшение глубины кармана, при надавливании на десневой край кровоточивость не выявлялась, отделяемое из кармана прозрачное, без примеси гноя и крови, десна плотнее прилегала к зубу, зубные отложения и мягкий налет отсутство-

вали. Наступала ремиссия патологического процесса в пародонте. Результаты лечения нами оценивались как значительное улучшение и улучшение на основании субъективного ощущения больного, состояния десны, глубины пародонтальных карманов и подвижности зубов. Значительное улучшение было достигнуто у 65,5%, улучшение — у 34,5% больных.

Индексная оценка результатов лечения заболеваний пародонта была следующая. У больных с гингивитом в двух группах показатели ОНI-S имели положительную динамику (табл. 1). Так, в I группе величина этого показателя по указанным срокам была $2,60 \pm 0,04$, $0,29 \pm 0,01$ и $0,30 \pm 0,01$ балла соответственно. Данные во II группе следующие: $2,70 \pm 0,04$, $0,46 \pm 0,02$ и $0,64 \pm 0,03$ балла соответственно.

У больных с пародонтитом также наблюдалась положительная динамика по гигиеническому индексу. В I группе этот индекс с $2,89 \pm 0,02$ балла до лечения снизился до $0,38 \pm 0,02$ балла после лечения и в последующем находился на уровне $0,40 \pm 0,02$ балла. Для II группы (контроль) пациентов значение индекса ОНI-S менялось в такой последовательности: до лечения — $2,92 \pm 0,02$, через 1 мес после лечения — $0,61 \pm 0,04$, через полгода — $0,84 \pm 0,03$ балла.

Аналогичная тенденция наблюдалась в отношении пародонтальных индексов РМА и PI (см. табл. 1, 2). Так, у больных с катаральным гингивитом индекс РМА в I группе наблюдения с $32,6 \pm 0,40\%$ снизился через 1 мес лечения до $3,41 \pm 0,22\%$, а через 6 мес несколько повысился до $4,26 \pm 0,26\%$ соответственно. У больных с пародонтитом эти показатели имели следующие величины: $57,2 \pm 0,51\%$ при первоначальном обследовании, через 1 мес после лечения — $5,22 \pm 0,28\%$, спустя 6 мес наблюдения — $6,15 \pm 0,31\%$.

В I группе больных показатели индекса PI составляли следующие величины: $3,88 \pm 0,03$ балла до лечения, $0,15 \pm 0,01$ балла после 1 мес лечения и по истечении 6 мес после лечения — $0,26 \pm 0,01$ балла. Снижение значений индекса PI после лечения, по нашему мнению, связано, с одной стороны, проведенным хирургическим лечением — кюретажем, а с другой — противовоспалительным лечением пародонта.

ТАБЛИЦА 1. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА И РМА У БОЛЬНЫХ С ГИНГИВИТОМ И ПАРОДОНТИТОМ

| Заболевание | Группа больных | Число больных | ОНИ-S, баллы | | | РМА, % | | |
|-------------|----------------|---------------|--------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| | | | в начале | через 1 мес | через 6 мес | до лечения | через 1 мес | через 6 мес |
| Гингивит | I | 20 | 2,60±0,04 | 0,29±0,01 | 0,30±0,01 | 32,6±0,40 | 3,41±0,22 | 4,26±0,26 |
| | II | 20 | 2,70±0,05 | 0,46±0,03 | 0,64±0,03 | 32,0±0,50 | 5,83±0,30 | 9,91±0,30 |
| Пародонтит | I | 22 | 2,89±0,02 | 0,38±0,02 | 0,40±0,02 | 57,2±0,51 | 5,22±0,28 | 6,15±0,31 |
| | II | 21 | 2,92±0,03 | 0,61±0,04 | 0,84±0,03 | 55,7±0,50 | 8,80±0,30 | 11,5±0,40 |

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА PI И СОДЕРЖАНИЯ ЛИЗОЦИМА В СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ

| Заболевание | Группа больных | Число больных | PI, баллы | | | Лизоцим, мкг/мл | | |
|-------------|----------------|---------------|------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| | | | до лечения | через 1 мес | через 6 мес | до лечения | через 1 мес | через 6 мес |
| Пародонтит | I | 22 | 3,88±0,03 | 0,15±0,01 | 0,26±0,01 | 44,3±1,29 | 55,1±1,40 | 50,2±1,37 |
| | II | 21 | 3,76±0,05 | 0,40±0,02 | 1,40±0,05 | 43,9±1,30 | 46,9±1,38 | 44,9±1,36 |

Сравнение динамики показателей индексов РМА и PI в двух группах проведенного лечения показало, что результаты во II группе уступают таковым в I группе.

Активность лизоцима в смешанной слюне в I группе была следующая: 44,3±1,29 мкг/мл в начале лечения, 55,1±1,40 мкг/мл через 1 мес лечения и 50,2±1,37 мкг/мл после 6-месячного срока наблюдения. В контрольной группе больных активность лизоцима в указанные сроки была меньше (см. табл. 2).

Анализ результатов лечения позволил нам отметить, что при использовании противовоспалительной пасты на основе нафталанового масла наблюдался положительный эффект при лечении

хронического катарального гингивита и пародонтита легкой и средней степени тяжести.

Механизм противовоспалительного действия использованных нами лечебных средств представляется следующим. Нафталановое масло обладает иммунокорректирующим, антиоксидантным действием, воздействует на отдельные звенья патогенеза воспалительных заболеваний пародонта, способствует уменьшению отечности, кровоточивости, улучшению кислородоснабжения, обмена веществ в тканях пародонта. Противовоспалительные и реабилитационные свойства препарата свидетельствуют о его положительных качествах как лечебного средства [1, 2].

Хлорохин фосфат, входящий в состав используемой пасты, обладает антимикробным и противовоспалительным действием. Другой компонент пасты — теofilлин, тормозит высвобождение из тучных клеток медиаторов воспаления и тем самым оказывает противовоспалительное влияние на пародонт [9].

Использованный сироп солодки обладает противовоспалительной активностью (ингибирует воспалительные реакции, уменьшает сосудистую проницаемость, имеет выраженное антипролиферативное действие и антикининовый эффект), ингибирует повышенную активность гиалуронидазы и образование свободных радикалов, токсичных продуктов цепного окисления липидов. Биологически активным соединениям, входящим в состав солодки, присущи иммуномодулирующие свойства [3]. Указанные свойства сиропа солодки оказывают положительное влияние на состояние организма в целом и пародонта в частности.

Таким образом, использование противовоспалительной пасты вышеуказанного состава и сиропа солодки является эффективным при лечении воспалительных заболеваний пародонта, и их сочетание можно рекомендовать для применения на практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абуллаева Э.М. Применение нафталанового масла (нафтеновые углеводороды) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Дис... к.м.н. — Баку, 2008. — с. 124—125.
2. Алиев Н.Д., Тагдиси Д.Г., Мамедов Я.Д. Механизмы терапевтического действия нафталана. — Баку, 1983. — 191 с.
3. Бондарев А.И., Зарудий Ф.С., Русаков И.А. Солодка (обзор). Хим.-фармацевтический журнал, 1995. — № 10. — с. 33—39.
4. Гаража Н.Н., Флейшмахер И.Н. О влиянии Кисловодского нарзана на ткани пародонта и целесообразности его использования в пародонтологии. Экология и здоровье человека. Материалы Межрегион. Науч.-практ. Конф. Повс. 60-летию Став. Гос. Мед. акад. — Ставрополь, 1998. — с. 24—25.
5. Грудянов А.И. Пародонтология: Избранные лекции. — М.: Стоматология, 1997. — 123 с.
6. Заболевания пародонта. Под ред. проф. Л.Ю. Ореховой — СПб: Поли Медиа Пресс, 2005. — 432 с.
7. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — М.: Медицина, 1998. — 272 с.
8. Лемецкая Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта: Автореф. дис... д.м.н. — М., 1998. — 38 с.
9. Пашаев Ч.А., Мамедова С.А., Юсифов С.Ю., Пашаев А.Ч. Новая пародонтологическая паста для лечения воспалительных заболеваний пародонта. — Новое в стоматологии, 2003. — 7. — с. 49—50.
10. Свирина О.А., Тачалов В.В. Оценка местного лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта препаратами Кембрийской голубой глины // Материалы III-й Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. — Санкт-Петербургский научный форум, 2003. — Т. 2. — с. 11—13.
11. Улитовский С.Б., Шаламай Л.И. Профилактика и лечение начальных форм заболеваний пародонта растительными лекарственными средствами. — Пародонтология, 2002. — № 3. — с. 33—37.