

Р.М. Мамедов

Кафедра терапевтической стоматологии
Азербайджанского медицинского универ-
ситета

Сравнительная оценка эффективности комплексного лечения разных форм течения воспалительных заболеваний пародонта

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП), преимущественно представленные пародонтитом, не только наиболее распространенные заболевания взрослого населения мира, но приводят к преждевременным макированным дефектам в зубных рядах, снижают его трудоспособность и качество жизни, но, обладая системным воздействием на организм, способствуют развитию различных патологических процессов [6, 13]. В связи с этим лечение ВЗП остается одной из актуальных проблем современной стоматологии [7]. Предложено огромное число способов консервативного лечения ВЗП, среди которых преобладают противовоспалительные и антибактериальные средства [1, 4, 10, 13, 15]. Однако одно только антимикробное лечение не приводит к желаемому лечебному эффекту [2]. В настоящее время апробируются препараты комбинированного антимикробного [5, 12, 19], гомеопатического [4], гомо- и иммунокорректирующего [13] и физиотерапевтического действия [7]. Показатели лечения повышаются при нормализации микрофлоры полости рта, биостимуляции тканей пародонта и использовании биологических активных добавок [3, 9, 17]. Предложены

новые технические способы введения препаратов для достижения их максимального проникновения в очаги воспаления [9, 12, 16, 18].

Однако на практике в основном используются традиционные, общепринятые способы лечения ВЗП. Поэтому возникла необходимость в сравнительном аспекте оценить их эффективность при лечении разных форм течения ВЗП, что и явилось целью настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплексное лечение провели среди 1238 пациентов с разными формами течения ВЗП, отобранных путем их активной обращаемости и при проведении стоматологического проспективного исследования среди взрослого населения г.Баку. При лечении использовали следующие способы и препараты. В качестве противовоспалительного средства использовали 0,15% раствор хлоргексидина, которым пациенты 2 раза в день по 2–3 мин в течение всего курса лечения полоскали полость рта. При помощи желатиновых пленок на очаг воспаления 2 раза в день воздействовали комбинированным пре-

паратом Метрогил Дента (гель); гелем наполняли и пародонтальные карманы. Для ускорения процесса лечения очаг вскрывали, дренировали отток гноя и промывали раствором хлоргексидина. По показаниям шинировали причинные зубы и в качестве крайней радикальной меры проводили их удаление. Лечение сопровождали нормализацией микрофлоры полости рта, путем впрыскивания препарата ИРС-19 (3 раза в день в течение 14–20 дней). Для местной иммунной коррекции использовали препарат Имудон, таблетки которого пациенты рассасывали в полости рта 5 раз в день в течение 7–10 дней. Улучшение капиллярного кровообращения достигалось мануальным массажем тканей пародонта, которые осуществляли пациенты 4 раза в день по 1,5–2 мин каждый раз. Курс комплексного лечения в зависимости от форм течения ВЗП продолжался 5–14 дней. Контрольные исследования проводили через месяц после завершения лечения.

Для эрадикации *Helicobacter pylori* из пародонтальных карманов, приводящего к хронизации ВЗП и более тяжелому их течению [8], пациентам назначали системный антибиотик азитромицин (0,5 г в первый день, по 0,25 г в после-

дующие 5 дней). Эрадикация протозоозов полости рта достигалась препаратом метронидазол, содержащимся в геле Метрогил Дента. Комбинация способов и препаратов лечения в зависимости от форм течения ВЗП приведена в таблице.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее высокая эффективность достигается при лечении очень мягких форм ВЗП, представленные в основном гингивитом — 98,3%. Лечебный эффект достигается в течение 1,31 визита к стоматологу, а продолжительность каждого визита составляет 7,82 мин.

Эффективность несколько снижается при лечении легких форм течения ВЗП, в основном начальные не хронизированные стадии пародонтита — 91,4 ($t=3,07$; $p<0,01$), достигается оно в течение 1,86 визита к стоматологу ($t=2,75$; $p<0,01$), продолжительностью 11,64 мин ($t=5,54$; $p<0,001$). Необходимо отметить, что при этих формах ВЗП обращаемость пациентов очень низкая, они обычно откладывают визит к стоматологу и предпринимают самостоятельные лечебные меры.

При лечении средних форм течения ВЗП (начальные, а в ряде случаев несколько запущенные стадии хронического пародонтита), при которых обращаемость пациентов достигает высокого

уровня, осуществляется более широкий круг стоматологических услуг. Хотя лечебный эффект по сравнению с отмеченными выше формами ВЗП несколько и снижается, но все же его следует признать весьма значительным — 86,2% ($t=2,10$; $p<0,05$). Достигается он за 2,78 визита ($t=4,60$; $p<0,001$), продолжительность каждого визита 16,37 мин ($t=8,30$; $p<0,001$).

Особенно сложно лечение тяжелых форм течения ВЗП. Хотя обращаемость пациентов и снижается, но эти формы представлены хроническими, длительно протекающими стадиями пародонтита. Поэтому пациентам оказывался более широкий круг стоматологических услуг, что позволило достигнуть довольно весомый эффект, составивший 77,6% ($t=2,82$; $p<0,01$). Достигнут он был при 5,75 визита к стоматологу ($t=13,50$; $p<0,001$) с продолжительностью каждого визита 21,52 мин ($t=9,72$; $p<0,001$).

Еще сложнее лечение очень тяжелых форм течения ВЗП (хронический генерализованный пародонтит, ранее подвергаемый неадекватному лечению). Их лечение требует использования наиболее широкого ассортимента стоматологических услуг, вплоть до применения наиболее радикальной лечебной меры — удаление причинного зуба. В результате удалось излечить 72,2% пациентов ($t=1,16$; $p>0,05$), но при этом обращаемость к стоматологу увеличи-

лась до 8,86 визита ($t=10,03$; $p<0,001$), а продолжительность каждого визита — до 28,70 мин ($t=10,56$; $p<0,001$).

Неизлеченные случаи ВЗП в основном были связаны с тем, что пациенты по мере улучшения клинической тяжести заболеваний самостоятельно прерывали визиты к стоматологу и не завершали предусмотренный курс лечения. Повторное лечение среди них проводилось по мере возникновения посттерапевтических рецидивов ВЗП, которые происходили спустя 1,5–7 мес после завершения лечения.

Дифференцированный адекватный набор стоматологических услуг для каждой формы течения ВЗП приводит во многих случаях к желаемому лечебному эффекту. Одной из причин этого является следующее. Полость рта является средой обитания двух видов простейших — *Entamoeba gingivalis* и *Trichomonas elegans (tenux)*, широко распространенных среди взрослого населения. Протозоозы способны хронизировать ВЗП и снижать эффективность их лечения. Поэтому в комплексную терапию ВЗП необходимо включить и препараты, приводящие к эрадикации простейших [14]. Метронидазол, содержащийся в геле Метрогил Дента, обладает наряду с антибактериальной и антипротозойной активностью, что и обусловило достижение лечебного эффекта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗНЫХ ФОРМ ТЕЧЕНИЯ ВЗП

Формы течения ВЗП	Лечебные меры	Число пациентов	Эффективность лечения		Среднее число визитов к стоматологу	Средняя продолжительность каждого визита
			абс.	%		
Очень легкая	Противовоспалительное полоскание полости рта и нормализация ее гигиены	117	115	98,3±1,2	1,31±0,12	7,82±0,51
Легкая	Дополнительно: местное применение антибактериальных средств (гели, мази или аэрозоли)	222	203	91,4±1,9	1,86±0,16	11,64±0,46
Средняя	Дополнительно: обработка, кюретаж пародонтальных карманов, их промывание противовоспалительными средствами	493	425	86,2±2,6	2,78±0,12	16,37±0,33
Тяжелая	Дополнительно: вскрытие и дренирование гноя из очагов воспаления, бактерицидные препараты для нормализации микрофлоры полости рта (по показаниям шинирование причинного зуба)	255	198	77,6±2,6	5,75±0,18	21,52±0,42
Очень тяжелая	Дополнительно: местная иммунокоррекция, гидро- или мануальный массаж для улучшения тканевого кровообращения, по показаниям — удаление причинного зуба	133	96	72,2±3,9	8,86±0,25	28,70±0,53
Хронические ВЗП, осложненные <i>Helicobacter pylori</i>	Дополнительно: системный антибиотик с широким антибактериальным спектром действия	38	35	92,1±4,4	—	—
Всего...		1258	1072	85,2±1,0	3,87±0,11	

Помимо этого, результаты лечения хронических ВЗП, осложненных *H. pylori*, при котором был достигнут наиболее высокий лечебный эффект, составивший $92,1 \pm 4,4\%$, дает нам основание для включения в лечебный процесс и системных антибиотиков. Используемый нами азитромицин не только обеспечил эрадикацию *H. pylori*, но, обладая широким антибактериальным

спектром, еще больше усилил воздействие на пародонтопатогенную микрофлору.

Таким образом, эффективность лечения ВЗП общепринятыми способами и препаратами напрямую связана с дифференцированным набором стоматологических услуг относительно для каждой стадии течения заболеваний. Достижению желаемого лечеб-

ного эффекта при хронических ВЗП способствует включение в комплексную терапию препаратов, приводящих к эрадикации простейших полости рта и *H. pylori*, которые не только осложняют клиническое течение заболеваний, но и снижают эффективность их консервативного лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. **Аболмасов А.Г., Аболмасов Н.Н., Шамигурина В.Р.** Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта. — *Стоматология*. — 2001. — № 1. — С. 83—87.
2. **Александров М.Т., Прикулс В.Ф., Богданов В.Ю., Васильев Е.Н.** Определение антимикробной активности препаратов, используемых в комплексном лечении больных пародонтизом. — *Стоматология*. — 2009. — № 2. — С. 13—15.
3. **Афанасьева В.А.** Клинико-патогенетическое обоснование эффективности применения комплекса биологически активных добавок в лечении хронического пародонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2006. — 19 с.
4. **Грудянов А.И., Безрукова И.В., Александровская И.Ю.** Сравнительное изучение клинической эффективности гомеопатических препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с отягощенным аллергическим статусом. — *Стоматология*. — 2006. — № 2. — С. 25—28.
5. **Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Э.С., Козичева Г.А.** Эффективность препарата Мундизал гель при заболеваниях тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта. — *Новое в стоматологии*. — 1996. — № 6. — С. 16—17.
6. **Курякина Н.В.** Заболевания пародонта. — М., 2005. — 430 с.
7. **Лепилин А.В., Райгородский Ю.М., Островская Л.Ю. и др.** Применение КАП-пародонтолог при лечении заболеваний пародонта (предварительные результаты). — *Стоматология*. — 2008. — № 5. — С. 31—34.
8. **Мамедов Р.М.** Значимость *Helicobacter pylori* в хронизации воспалительных заболеваний пародонта. — *Жинфекц. патол. (Иркутск)*. — 2008. — № 1. — С. 105—106.
9. **Молоков В.Д., Турская О.И., Молчанов А.Н.** Способ лечения пародонтита. — Иркут. гос. мед. ун-т Минздрава РФ. № 2001127475/14. — Бюл. № 5.
10. **Николаев А.И., Ценов Л.М.** Практическая терапевтическая стоматология. Учебное пособие. 5-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 548 с.
11. **Овчинникова В.В., Дмитриева И.А.** Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. — М., 2004. — 246 с.
12. **Прикулс В.Ф., Герасименко М.Ю., Московец О.Н., Сковородько С.Н.** Фотофорез геля Метрогил Дента при комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтизом. — *Стоматология*. — 2008. — № 4. — С. 18—23.
13. **Ценов Л.М.** Заболевания пародонта: взгляд на проблему. — М., 2006. — 192 с.
14. **Чобанов Р.Э., Мамедов Р.М.** Паразиты полости рта и их патогенетическая значимость. — *Азерб. мед. ж-н*. — 2002. — № 1. — С. 90—94.
15. **Haffajee A.D., Socransky S.S., Gunsolley J.C.** Systemic antiinfective periodontal therapy. A systematic review. — *Ann Periodontol*. — 2003. — № 8. — P. 115—122.
16. **Heasman P.A., Heasman L., Stacey F. et al.** Local delivery of chlorhexidine gluconate in periodontal maintenance patients. — *J. Clin. Periodontol*. — 2001. — vol. 28, № 1. — P. 90—95.
17. **Kiernicka M., Owczarek B., Galkowska E., Wysokiriska M.** Comparison of the effectiveness of the conservative treatment of the periodontal pockets with or without the use of laser biostimulation. — *Ann. UMCS D*. — 2006. — vol. 54, № 1. — P. 488—494.
18. **Lamster I.B.** Current concepts and future trends for periodontal diseases and periodontal therapy. — *Dent Today*. — 2004. — vol. 20. — P. 50—55.
19. **Piccolomini R., Di Bonaventura G., Catamo G. et al.** Microbiological and clinical effects of a 1% chlorhexidine-gel in untreated periodontal pockets from adult periodontitis patients. — *J. New Microbiol*. — 1999. — vol. 22, № 2. — P. 111—116.