

З.Э. Ревазова,  
к.м.н., доцент кафедры пародонтологии

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

## Оценка эффективности SRP как нехирургического метода лечения пародонтита

**Резюме.** С помощью консервативного ведения и применения определенных технологий и методов, а также при соблюдении пациентом рекомендаций по гигиене рта, можно добиться положительных клинических результатов без хирургических вмешательств.

**Ключевые слова:** пародонтит, профилактические мероприятия, профессиональная гигиена

**Summary.** The conservative management in combination with certain technology and methods, upon condition of patient's compliance of oral care recommendations, allows obtaining good clinical results without any surgical treatment.

**Key words:** periodontitis, preventive measures, professional oral care

Терапевтическое (консервативное) нехирургическое лечение заболеваний пародонта является базовым и начинается с контроля за состоянием микрофлоры рта, а именно с удаления этиологического фактора — микробной биопленки путем удаления зубных отложений [1, 2].

Суть процедуры — инструментальная обработка поверхности коронковой и корневой части зуба с целью удаления камня, микробной биопленки, инфицированного цемента и создания гладкой биосовместимой поверхности. Через 6 недель заживление происходит успешно, но восстановление и созревание коллагена могут продолжаться в течение 9 месяцев [3, 5]. Hinrichs и соавт. [4] доказали, что эффект от консервативного лечения, в частности, поддесневого ручного скейлинга, при заболеваниях пародонта четко связан с объемом удаления патогенной флоры.

Целью настоящей работы явилась оценка клинической эффективности scaling, root planing (SRP) как нехирургического метода лечения пародонтита.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 72 пациента женского и мужского пола в возрасте от 18 до 76 лет с диагнозом: хронический генерализованный пародонтит различной степени тяжести с сопутствующей соматической патологией (сердечно-сосудистой, заболеваниями щитовидной железы и желудочно-кишечного тракта, ревматоидный артрит, сахарный диабет).

Всем пациентам проводили полное стоматологическое обследование по традиционной схеме. Глубину пародонтальных карманов измеряли пародонтологическим зондом в 6 точках каждого зуба. Результаты регистрировали в пародонтограмме. Из дополнительных методов использовали внутриротовую рентгенограмму вприкус и ортопантограмму.

После постановки диагноза приступали к лечению, которое включало обучение индивидуальной гигиене рта мягкой щеткой методом Басс и контролируемой чистки зубов, удаление над- и поддесневых зубных отложений ультразвуковым пьезоэлектрическим аппаратом (EMS, Швейцария) и ручными инструментами: скелерами, универсальными и зоноспецифическими кюретами (Derpeleer, Швейцария). Количество посещений для удаления зубных отложений варьировало от 1 до 5 и зависело от тяжести патологического процесса, обилия зубных отложений, гигиенического состояния рта пациента, мотивации пациента. При каждом посещении определяли гигиеническое состояние рта и проводили коррекцию индивидуальной гигиены, если в этом нуждался пациент. На этом базовый этап лечения заканчивался и следующее пародонтологическое обследование проводили через 6 недель. Пациенты с сохранившимися глубокими пародонтальными карманами более 6 мм и сохранившимся экссудатом из них были направлены на хирургическое лечение пародонтита.

Для оценки эффективности проведенного лечения использовали данные средней глубины пародонтальных карманов, потери прикрепления и величины рецессии

десны, индекса Силнесс—Лоэ, индекса Мюллемана до лечения, через 6 недель и через 6 месяцев после лечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Значения показателей, характеризующих глубину пародонтальных карманов, гигиену рта и кровоточивость десен, статистически значимо различались до и после лечения (табл. 1).

Отсутствие значимых статистических различий ( $p=0,787$ ) между группами пациентов, обследованных через 6 недель и через 6 месяцев после лечения, свидетельствует о стабильно хорошем состоянии пародонта и подтверждает эффективность оказанного лечения. Общее снижение средней величины потери прикрепления за полгода составило 1,4 мм (или 28%) ( $p<0,001$ ). Значение индекса Силнесс—Лоэ в результате проведенного лечения снизилось с 2,9 до 0,5 (на 82,8%;  $p<0,001$ ). Значение индекса Мюллемана сократилось с 2,0 до 0,2 ( $p<0,001$ ).

Оценка влияния возраста пациентов на эффективность проведенного лечения позволила сделать вывод, что статистически значимые различия в показателях для разных возрастных групп отсутствовали (табл. 2).

Статистически значимого влияния наличия сопутствующей патологии на эффективность лечения выявлено не было (табл. 3).

Подводя итог рассмотренным методам нехирургического лечения заболеваний пародонта, следует сказать, что в век современных достижений медицины больше нет необходимости планировать хирургическое вмешательство и рассчитывать на него, как на единственный метод излечения пародонтита. С помощью консервативного ведения и применения описанных технологий и методов, а также соблюдения рекомендаций по гигиене, можно добиться положительных клинических результатов при лечении пародонтита у пациентов любого возраста, в том числе с сопутствующей соматической патологией. Так, среди 72 пациентов после нехирургического этапа лечения всего лишь 8 пациентам понадобилось хирургическое лечение (лоскутные операции) ввиду

Таблица 1. Различия в показателях эффективности лечения пациентов

Показатель	Этап лечения			Уровень значимости критерия Фридмана
	до лечения	через 6 недель	через 6 месяцев	
Средняя глубина пародонтальных карманов, мм	5,1	3,0	3,0	<0,001
Средняя величина рецессии десны, мм	0,0	0,6	0,2	<0,001
Средняя величина потери прикрепления, мм	5,0	3,8	3,6	<0,001
Индекс Силнесс—Лоэ, ед.	2,9	0,5	0,5	<0,001
Индекс Мюллемана, ед.	2,0	0,2	0,2	<0,001

Таблица 2. Влияние возраста пациента на эффективность лечения

Показатель	Этап лечения	Возраст, лет			Уровень значимости теста Краскела—Уоллиса
		до 34	от 35 до 54	55 и старше	
Средняя глубина пародонтального кармана, мм	до лечения	4,5	5,1	5,2	0,209
	через 6 недель	2,6	3,0	3,1	0,379
	через 6 месяцев	2,1	3,0	3,0	0,599
Средняя величина рецессии десны, мм	до лечения	0,0	0,0	0,0	0,721
	через 6 недель	0,2	0,4	1,0	0,234
	через 6 месяцев	0,2	0,0	0,5	0,155
Средняя величина потери прикрепления, мм	до лечения	4,5	5,0	5,2	0,201
	через 6 недель	2,9	3,8	4,0	0,569
	через 6 месяцев	2,7	3,7	3,7	0,569
Индекс Силнесс—Лоэ	до лечения	2,7	2,7	3,0	0,484
	через 6 недель	0,5	0,5	0,5	0,934
	через 6 месяцев	0,5	0,5	0,5	0,590
Индекс Мюллемана	до лечения	2,0	2,0	2,0	0,143
	через 6 недель	0,0	0,1	0,2	0,282
	через 6 месяцев	0,2	0,2	0,2	0,683
Число пациентов		11	32	29	

Таблица 3. Влияние сопутствующей соматической патологии на эффективность лечения

Показатель	Уровень значимости критерия Манна—Уитни
Изменение средней глубины пародонтального кармана, мм	0,407
Изменение средней величины рецессии десны, мм	0,884
Изменение средней величины потери прикрепления, мм	0,670
Изменение индекса Силнесс—Лоэ, ед.	0,591
Изменение индекса Мюллемана, ед.	0,982

сохранности глубоких (более 10 мм) пародонтальных карманов.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Пациент В., 1938 г.р., диагноз — хронический генерализованный пародонтит (К 05.3) тяжелой степени, сопутствующая соматическая патология — сахарный



Рис. 1. Фото до лечения



Рис. 3. Фото до лечения



Рис. 5. Фото до лечения



Рис. 2. Фото через 2 месяца после лечения



Рис. 4. Фото через 2 месяца после лечения



Рис. 6. Фото после лечения

диабет, гипертоническая болезнь (рис. 1, 3). Проведен SRP (рис. 2, 4). Поддерживающее пародонтологическое лечение проводится каждые 3–4 месяца.

Пациент А., 1957 г.р., диагноз — хронический генерализованный пародонтит (К 05.3) средней степени, сопутствующая соматическая патология отсутствует (рис. 5). Проведен SRP (рис. 6).

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология (пер. с нем. под ред. проф. Г.М. Барера). — М.: Медпресс-информ, 2008.  
 2. Дмитриева Л.А. (ред.) Пародонтология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 712 с.  
 3. Kardahl W.B., Daluard K.L., Patel K.D. et al. Long-term evaluation of periodontal therapy: response to 4 therapeutic modalities. — *J Periodontol.* — 1986; 57: 93—102.

4. Hinrichs J., Wofff L., Philstrom B. et al. Effects of scaling and root planning on subgingival microbial proportions standardized in terms of their naturally occurring distribution. — *J Periodontol.* — 1985; 56: 187—94.  
 5. Greenstein G. Nonsurgical periodontal therapy in 2000: a literature review. — *J Am Dent Assoc.* — 2000; 131: 1580—92.