

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31;617.52-089

© Е.Ю. АФАНАСЕНКО, 2015

Е.Ю. Афанасенко

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПЛЕНОК НА ОСНОВЕ ГЛЮКОЗАМИНОГЛИКАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Институт стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Цель. Оценка эффективности лечебного средства – препарата пролонгированного действия в виде пародонтальной пленки с глюкаминогликаном в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом II степени на этапе реабилитации.

Материалы и методы. Обследованы 52 больных хроническим генерализованным пародонтитом II степени, которые были распределены на две группы. Пациентам основной группы после базисного лечения проводили курс лечения с использованием пародонтальных пленок с глюкаминогликаном, а пациентам группы сравнения его не использовали.

Результаты. Анализируя данные клинических и лабораторных исследований было выявлено, что использование пародонтальных пленок с глюкаминогликаном способствует получению положительных клинических результатов в значительно короткие сроки лечения, позволяет получить длительную ремиссию и имеет выраженную тенденцию к заживлению.

Вывод. Включение пародонтальных пленок с глюкаминогликаном в схему лечения, обеспечивает больному длительную ремиссию.

Ключевые слова: пародонтальные пленки, глюкаминогликан, оценка, клиническая эффективность, реабилитация, генерализованный пародонтит.

Вступ. Воспалительные заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. Многочисленные исследования подтверждают высокую распространенность заболевания, в том числе у населения различных регионов нашей страны, которая существенно варьирует в зависимости от возраста, пола, наличия сопутствующих заболеваний. Пародонтит является полиэтиологичным заболеванием, в развитии которого имеют значение как общие (сопутствующие соматические заболевания), так и местные причины, среди которых ключевая роль принадлежит пародонтопатогенной микрофлоре, вегетирующей в зубном налете, пародонтальных карманах, над- и поддесневых зубных отложениях. Основа комплексного лечения заболеваний тканей пародонта – эффективная противовоспалительная и антимикробная терапия. Известно, что системное назначение данных групп препаратов достаточно часто вызывает аллергические реакции, оказывает токсическое действие на внутренние органы, угнетает клеточный и гуморальный иммунитет, а

СТОМАТОЛОГІЯ

также способствует появлению штаммов возбудителей, устойчивых к антибактериальным препаратам.

Среди основных факторов, определяющих эффективность местного противовоспалительного лечения, имеет значение не только выбор лекарственного средства, но и способ его доставки в очаг патологического процесса. Для лечения заболеваний тканей пародонта традиционно применяются следующие способы доставки: аэрозольные орошения, ингаляции, промывание пародонтальных карманов (ПК) под давлением из шприца, ротовые ванночки, аппликации и инстилляциии, электрофорез, магнитофорез, инъекции. Выбор метода медикаментозного лечения и способа применения лекарственных средств диктуется особенностями клинических проявлений заболевания, фармакодинамикой и фармакокинетикой лекарственных средств, общим состоянием больного. От пути введения и способа применения лекарственного средства во многом зависит возможность попадания его в очаг воспаления в тканях пародонта и, соответственно, эффективность лечения.

Большинство из применяемых лекарственных средств и способов их введения в ПК имеют существенные недостатки. Антибактериальные полоскания и ирригации малоэффективны ввиду быстрого вымывания лечебного раствора из пародонтального кармана, благодаря высокой скорости выделения зубодесневой жидкости. Аппликуемые гели действуют в ПК на протяжении 12,5 мин. и по истечении этого времени в ПК остается лишь половина дозы от введенных медикаментов. В подавляющем большинстве случаев такой концентрации недостаточно для полноценной и эффективной терапии. Кроме того, быстрому вымыванию лекарственных веществ из ПК способствуют артикуляционные движения губ и щек больного во время разговора, глотания и т.п.

Известен способ лечения пародонтита, включающий инстилляциии и аппликации геля "Холисал" 2-3 раза в день, в течение 20 дней, введение "Имудона" по 6 таблеток в день в течение 20 дней и "Полисорба МП" 1 чайная ложка, разведенная в 100 мл воды 1 раз в день в течение 20 дней. Известен способ лечения пародонтита, характеризующийся тем, что в пародонтальные карманы вводят лекарственную композицию, готовящуюся ex tempore, содержащую 2 части пористой гидроксипатитной керамики с размером гранул 0,3-0,5 мм, 1 часть порошка окиси цинка, с добавлением 30% раствора линкомицина гидрохлорида, а также осуществляют покрытие фторлаком на 12-24 часа с курсом лечения 6-8 процедур ежедневно. Известен способ лечения хронического пародонтита, характеризующийся тем, что после удаления над- и поддесневых зубных отложений, антисептической обработки полости рта и пародонтальных карманов в ПК вводят стерильную губку, содержащую 8%-ный аскорбат хитозана, 2%-ный бычий ацетат коллагена, метронидазол в дозе 0,016 мг/см² 2 один раз в день с интервалом в 2 дня, количество сеансов 3-5.

Прототипом изобретения является способ лечения пародонтита, заключающийся в том, что проводят подготовительный этап лечения, включающий снятие наддесневых зубных отложений, профессиональную чистку зубов, санацию полости рта, медикаментозное лечение. На первой неделе лечения проводят противомикробную терапию, включающую инстилляциии в пародонтальные карманы 1% р-ра перекиси водорода,

0,06% р-ра хлоргексидина біглюконата 0,02% р-ра фурациліна, призначення метронідазола для приєму *per os*, а також апплікації в ПК геля «Метрогіл дента». Крім того, починаючи з першого дня лікування вводять жидкий синбіотик Нормофлорин®-Д всередину по 20 мл вранці та ввечері за 20-30 хвилин до їди впродовж 30 днів. Починаючи з другої тижня лікування, в кожен пародонтальний карман цей синбіотик вводять в дозу 0,2 мл - щодня, однократно, 5 процедур, а також накладають надесневі апплікації синбіотику в області кожного зуба впродовж 10 хвилин по тій же схемі. К числу недоліків даного способу відносять його трудомісткість, недостатню ефективність дії синбіотику ввиду його локального введення. Лактобактерії, що входять до складу Нормофлорина®-Д, сприяють бляшкоутворенню та розвитку множинного карієсу зубів (лактобацилли тест), не є суворими анаэробами, які живуть в ПК, а біфідобактерії адаптуються до умов ротової порожнини впродовж 2 годин. Крім того, метронідазол діє на організм імунітотислювальною дією.

Воспалительні захворювання тканин пародонта незвичайно поширені в практиці лікаря-стоматолога, а складність та тривалість лікування цієї патології вимагають розробки нових підходів до комплексного лікування з використанням найновіших лікарських засобів для місцевого застосування, що володіють противовоспалительним та антибактеріальним дією. Обладу передставляє інтерес вивчити особливості клінічного ефекту ПП з глюкозаміногліканом у пацієнтів з тяжкою ХГП II ступеня.

Матеріали та методи. Проведено стоматологічне дослідження 52 хворих з ХГП II ступеня тяжкості. На основі рандомізованого розподілу пацієнти були розділені на дві групи: 1-а (27 осіб) – пацієнтам даної групи проводилося застосування ПП з глюкозаміногліканом після завершення базового лікування, 2-а (25 осіб) – не проводилося застосування препарату після базового лікування. Обидві групи порівнювали за віком та статтю. Діагностику захворювань тканин пародонта у хворих проводили згідно з класифікацією захворювань тканин пародонта Данилевського Н.Ф. (1994) з доповненнями Белоклицької Г.Ф. (2007).

Об'єктивне стоматологічне дослідження хворих включало огляд, визначення інтенсивності кровоточивості десен, глибини пародонтальних карманів (ПК), наявності та характеру ексудату в ПК, рухливості зубів. Рівень гігієни порожнини рота оцінювали за допомогою індексу Грін-Вермільона, інтенсивність карієсу зубів. При об'єктивному стоматологічному дослідженні у пацієнтів виявлені помірна набутість та гіперемія десни (РМА - $2,1 \pm 0,2$), інтенсивність кровоточивості – 3,0, глибина ПК в середньому $4,3 \pm 0,3$ мм, наявність серозно-гноєного отделяемого з ПК, рухливості зубів I - II ступеня, індекс Грін-Вермільона – $2,72 \pm 0,2$. Всім пацієнтам проводилося місцево базове лікування, що включає видалення подразнюючих факторів, закриття кюретажа, медикаментозного впливу, направлено на нейтралізацію патогенних мікроорганізмів, ліквідацію запального процесу, частичне відновлення структури та функцій пародонта.

На етапі реабілітації пацієнтам I групи - застосовували ПП з глюкозаміногліканом. ПП використовували шляхом інстиляції в ПК після проведення терапевтичних маніпуляцій. Завдяки осмотичному ефекту, ПП з глюкозаміногліканом через 10-20 хвилин надійно фіксувалася в ПК.

СТОМАТОЛОГИЯ

Для этого необходимо было изолировать ПК от РЖ и подсушить их. Пленка смачивалась стерильной дистиллированной водой и немедленно вводилась в ПК пинцетом. Этим обеспечивалась не только фиксация, но и направленный транспорт лекарственных субстанций в ткани пародонта. Пациентам II группы проводилось только базовое лечение, без дальнейшего применения ПП с глюкозаминогликаном. Все больные дали письменное согласие на проведение лечения по указанным схемам в соответствии с требованиями комиссии по биоэтике НМАПО имени П.Л. Шупика.

Оценку результатов лечения ГП проводили по динамике показателей клинических исследований, на основании объективных пародонтальных индексов и функциональных проб (РМА, индекс кровоточивости, гноетечения, проба Шиллера-Писарева). Гигиеническое состояние полости рта оценивали, используя модифицированные индексы Грина-Вермильона, Турести, О'Лири. Полученные результаты заносили в «Карту пародонтологического обследования» (Г.Ф. Белоключкая, 1996). Рентгенологические исследования проводили контактным внутриротовым методом и методом панорамной рентгенографии (Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев, 2002).

Таблица 1

Показатели клинических индексов у больных хроническим генерализованным пародонтитом до и после лечения

День обследования, Клинический инд.	Основная группа			Группа сравнения		
	0 день**, M±m (n=27)	21 день, M±m (n=27)	6 мес., M±m (n=27)	0 день**, M±m (n=25)	21 день, M±m (n=25)	6 мес., M±m (n=25)
индекс РМА	51,28±0,02	7,01±0,02	13,07±0,02	51,28±0,02	15,61±0,04	29,60±0,05
	p<0,001*			p<0,05*		
индекс Грин-Вермильона	2,72±0,02	0,46±0,04	0,8±0,04	2,72±0,02	0,82±0,04	1,25±0,02
	p<0,001*			p<0,05*		
кровоточивость (бали)	3	-	-	3	-	1
	p<0,001*			p<0,05*		
Глубина ПК	4,3±0,02	4,1±0,02	2,5±0,02	4,3±0,02	4,2±0,02	4,0±0,02
	p<0,001*			p<0,05*		
Подвижность зубов	I-II	I-II	I	I-II	I-II	I-II
	p<0,001*			p<0,05*		
Инд гноетечения	1,35±0,03	0,01±0,03	0,27±0,03	1,35±0,03	0,89±0,03	1,35±0,03
	p<0,001*			p<0,05*		
Инд Турести	3,27±0,13	0,79±0,09	1,75±0,13	3,27±0,13	0,83±0,09	2,15±0,13
	p<0,001*			p<0,05*		
Инд О'Лири	2,35±0,9	0,57±0,02	0,69±0,02	2,35±0,9	0,83±0,02	0,83±0,02
	p<0,001*			p<0,05*		

Примечание: * - ступень вероятности в сравнении – 6 мес.; ** - 0 день – первичное обследование больных.

Комплексное обследование больных проведено до лечения, на 21-й день после лечения, а также через 6 месяцев. Полученные данные статистически обработаны с использованием параметрического критерия Стьюдента. Для анализа пользовались пакетами программ Microsoft Excel 97 и Statistica 5,0. Эффективность комплексного лечения оценивали непосредственно после его проведения. Положительными считали клинические результаты, свидетельствующие о ремиссии воспалительно-дистрофического процесса в пародонте или его улучшении. В случае отсутствия существенных изменений после проведенного лечения или при прогрессировании заболевания результаты лечения считали неудовлетворительными.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате данных стоматологического анализа было выявлено, что практически все больные при первичном обращении предъявляли жалобы на кровоточивость десен, особенно при чистке зубов и употреблении твердой пищи, неприятный запах изо рта, подвижность зубов (I –II ст.). При первичном объективном стоматологическом обследовании у всех больных были выявлены гиперемия, иногда с цианотическим оттенком, отечность маргинальной и альвеолярной десны. Контуры межзубных сосочков и маргинального края десны были изменены. При объективном стоматологическом обследовании у пациентов выявлены умеренные отечность и гиперемия десны (PMA - $51,28 \pm 0,02$), интенсивность кровоточивости – 3,0, глубина ПК в среднем- $4,3 \pm 0,02$ мм, наличие серозно-гнойного отделяемого из ПК - $1,35 \pm 0,03$, подвижность зубов I - II степени, индекс Грин-Вермильона – $2,72 \pm 0,02$, индекс Турести - $3,27 \pm 0,13$, индекс О'Лири - $2,35 \pm 0,9$.

После проведенного лечения на 21-й день больные всех групп отмечали уменьшение кровоточивости, исчезновение неприятного запаха изо рта, уменьшение отделяемого из ПК гнояного характера, исчезновение болей. При объективном обследовании были выявлены существенное снижение кровоточивости десен, устранение их отечности, и нормализация цвета десен у больных всех групп.

Однако у больных I группы в результате применения ПП с глюкозаминогликаном была отмечена более выраженная динамика улучшения клинических показателей, характеризующая состояние тканей пародонта, о чем свидетельствуют показатели объективных пародонтологических индексов. Так, индекс PMA снизился до $7,01 \pm 0,02$, тогда как у больных II группы всего до $15,61 \pm 0,04$, кровоточивость десен у больных двух групп не отмечалась, глубина ПК у больных I группы снизилась в среднем до $4,1 \pm 0,02$ мм, у больных II группы до $4,2 \pm 0,02$ мм, наличие серозно-гнойного отделяемого из ПК у больных I группы снизилось до $0,01 \pm 0,03$, у больных II группы до $0,89 \pm 0,03$, подвижность зубов без изменений - I - II степени, индекс Грин-Вермильона у больных I группы снизился до $0,46 \pm 0,04$, в то время как у пациентов II группы всего до $0,82 \pm 0,04$, индекс Турести у больных I группы снизился до $0,79 \pm 0,09$, у больных II группы - $0,83 \pm 0,09$, индекс О'Лири у больных I группы снизился до $0,57 \pm 0,02$, у больных II группы - $0,83 \pm 0,02$.

Сравнение результатов объективного пародонтологического обследования больных I группы показало улучшение пародонтологического статуса наряду со II группой. Кроме того, было отмечено, что у пациентов I группы первые признаки воспаления: нормализация цвета, консистенция,

конфигурация края десны, снижение кровоточивости наблюдалась уже при 3-4-м визите. К 21-у дню после лечения кровоточивость и гноетечение было ликвидировано всех пациентов 1 группы. Во 2 группе признаки воспаления исчезали в 2-2,5 раза медленнее и при этом величины объективных показателей воспаления достоверны ($p < 0,05$).

Лечение, проведенное с использованием пародонтальных пленок на основе глюкозаминогликана, не сопровождалось побочными эффектами и в целом способствовало нормализации приема пищи и улучшению качества гигиенического ухода за полостью рта. Анализ отдаленных результатов (через 6 мес.) после лечения показал, что после поддерживающей терапии наблюдалась стойкая ремиссия в течении ГП только у пациентов 1 группы. Полученные результаты подтверждаются положительной динамикой редукции глубины ПК (мм). Что касается гигиенического состояния полости рта, то после профессиональной гигиены отмечается достоверное снижение ($p < 0,05$) всех гигиенических индексов у больных всех двух групп как на 21-й день, так и через 6 месяцев.

Выводы. Таким образом, в результате клинических исследований установлено, что при использовании пародонтальных пленок на основе глюкозаминогликана у больных ГП на этапе реабилитации получен выраженный терапевтический эффект как непосредственно после завершения лечения, так и в отдаленные сроки – через 6 месяцев. Уменьшение воспаления в тканях пародонта, особенно выражено у больных 1 группы, очевидно связано с тем, что за счет входящих в состав пародонтальных пленок компонентов оказывают улучшенное насыщение кислородом, снижают повышенную степень проницаемости микрососудов, снижают уровень тканевой гипоксии, усиливает защитные функции. Полученные данные показывают, что препарат действительно обладает выраженным противовоспалительным действием. В целом использование пародонтальных пленок для лечения больных ГП II степени на этапе реабилитации дает более выраженный и стойкий эффект, что позволяет их рекомендовать для широкого использования в клинической пародонтологии.

Литература

1. Г. Ф. Белоклицкая, Н. А. Колесова, Т. Д. Центило. Оценка эффективности применения препарата «Генгигель» в комплексном лечении больных генерализованными заболеваниями тканей пародонта. // Современная стоматология. - 2011. - №5(59). - 101-107.

2. Михалин А. Н. «Гиалудент» - новое в пародонтологии. // Пародонтология. - 2005. - №3 (36). - С. 64-66.

3. Орехова Л. Ю., Прохорова О. В., Кудрявцева Т. В. Новый оптимизатор репаративной регенерации при заболеваниях пародонта. // Стоматология. - 2001. - №1. С. 71 – 73.

4. Михаэль Клар, Николай Алешин. Гиалуриновая кислота – биологическая сила в стоматологии. // Стоматолог Инфо. – 2012. – С. 20 – 24.

5. Митронин А., Вавилова Т. Применение препаратов Гиалудент в лечении воспалительных заболеваний пародонта. // Пародонтология. – 2011. - №2. – С. 34 – 36.

6. Федянович И. Н., Борисенко А. В., Магомедов А. М. Биохимические изменения в метаболизме органической основы соединительной ткани и

минеральном обмене у больных генерализованным пародонтитом. // На допомогу практикуючому лікарєві. - 2001. С. 59 – 62.

7. Орехова Л.Ю., Улітовського С.Б., Роль противовоспалительного ополаскивателя в лечении заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2007. - №4(45). - С. - 71-74.

8. Silverman S., Jr. Wilder R., Antimicrobial mouthrinse as part of a comprehensive oral care regimen. Safety and compliance factors. // J. Am. Dent. Assoc. – 2008. – Vol. 139(3).

9. Айбазова М.С., Гаража М.М. Лечение Хронического генерализованного пародонтита препаратами шиповника // Российский стоматологический журнал. - 2008.-N 5.-С.17-19.

10. Вахратян П.Е., Лисицкий Д.А. Применение раствора куриозина у пациентов после сафенэктомии // Гедеон Рихтер в СНГ.- 2002.- № 2 (10).-С. 20-20.

11. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Бо-лезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение.- М.: МИА, 2004. - 320 с.

12. Данилова ИТ., Медведева С.Ю., Абидов М.Т. и др. Особенности регенераторных процессов различных тканей в условиях моделирования макрофагальной активности // Институт стоматологии.- 2005.- № 2.-С. 67

13. Хирургическое лечение генерализованного пародонтита с применением биополимеров и биокерамики (клинико- экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 1998.- 16 с.

К.Ю. Афанасенко

Оцінка клінічної ефективності пародонтальних плівок на основі глюкозаміноглікану при лікування генералізованого пародонтиту на етапі реабілітації

Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Мета. Оцінка ефективності лікувального засобу - препарату пролонгованої дії у вигляді пародонтальної плівки з глюкаміногліканом в комплексному лікуванні хворих на хронічний генералізований пародонтит II ступеня на етапі реабілітації.

Матеріали та методи. Обстежено 52 хворих на хронічний генералізований пародонтит II ступеня, які були розподілені на дві групи. Пацієнтам основної групи після базисного лікування проводили курс лікування з використанням пародонтальних плівок з глюкаміногліканом, а пацієнтам групи порівняння його не використали.

Результати. Аналізуючи дані клінічних та лабораторних досліджень було виявлено, що використання пародонтальних плівок з глюкаміногліканом сприяє отриманню позитивних клінічних результатів у значно короткі терміни лікування, дозволяє отримати тривалу ремісію і має виражену тенденцію до загоєння.

Висновок. Включення пародонтальних плівок з глюкаміногліканом в схему лікування, забезпечує хворому тривалу ремісію.

Ключові слова: пародонтальні плівки, глюкаміноглікан, оцінка, клінічна ефективність, реабілітація, генералізований пародонтит.

K. Yu. Afanasenko

Evaluation of clinical efficacy of periodontal films based on glycosaminoglycan in treatment of generalized periodontitis at the stage of rehabilitation

**Institute of Dentistry of Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education**

Aim. To assess the effectiveness of therapeutic agent, a long-acting drug in the form of periodontal film with glycosaminoglycan in complex treatment of patients with chronic generalized periodontitis II degree at the stage of rehabilitation.

Materials and methods. The study included 52 patients with chronic generalized periodontitis II degree, who were divided into two groups. Patients of the main group after the baseline treatment were treated with periodontal films with glycosaminoglycan and patients of the comparison group did not use it.

Results. The data from clinical and laboratory studies have shown that the use of periodontal films with glycosaminoglycan contributes to obtaining positive clinical results in a much shorter treatment time, allows getting a long remission and has a marked tendency to healing.

Conclusion. The inclusion of periodontal films with glycosaminoglycan in the treatment regimen provides a long remission for patients.

Key words: periodontal films, glycosaminoglycan, evaluation, clinical effectiveness, rehabilitation, generalized periodontitis.

Ведомости об авторах:

Афанасенко Екатерина Юрьевна – аспирант кафедры терапевтической стоматологии Института стоматологии НМАПО имени П.Л. Шупика. Адрес: Киев, бул. Т. Шевченка 1.

УДК 616.311.2-007.23-092.9:599.323.4

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

*В.І. Біда, І.І. Паливода, А.В. Пальчиков, Г.В. Пальчикова,
Р.Г. Оснач, І.М. Чорненький*

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ШТУЧНИХ КОРОНОК НА СТАН МАРГІНАЛЬНОГО ПАРОДОНТУ ОПОРНИХ ЗУБІВ

**Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика**

Вступ. Актуальність нашого дослідження обумовлена високою потребою населення в лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів, а також значною кількістю та важкістю ускладнень, які розвиваються внаслідок використання таких конструкцій. Відомо, що навіть незначні травматичні ушкодження тканин маргінального пародонту на етапах виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів, сприяють виникненню рецесії ясенного краю, що стає причиною зниження естетичних показників зубних протезів

Мета. Підвищення ефективності ортопедичного лікування хворих з незнімними конструкціями зубних протезів шляхом дослідження найбільш характерних ускладнень з боку маргінального пародонту опорних зубів.

Матеріал і методи. Для дослідження відібрані опорні зуби з одиночними коронами. Для визначення змін з боку маргінального пародонту опорних зубів нами застосований індекс гігієни ротової порожнини, запропонований J.C. Green і J.R.