

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Гаража С.Н.¹, Зеленская А.В.¹, Гришилова Е.Н.¹, Батчаева Д.Д.¹, Хацаева Т.М.¹, Моргоева З.З.¹

¹ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: ELenKAstom@yandex.ru

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта путём включения в комплекс терапевтических мероприятий иммобилизованных препаратов. Клинические исследования проведены у 283 больных в возрасте от 16 до 49 лет, в том числе у 83 с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и 200 с хроническим генерализованным пародонтитом. При обследовании использовали общеклинические (опрос, осмотр) и специальные (индексная оценка гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта, реопародонтография) методы. Применение пролонгированной формы нимесулида способствует быстрой ликвидации воспалительного процесса в пародонте и его стабилизации, снижению частоты неудовлетворительных результатов и рецидивов заболевания, что дает определенный экономический эффект и позволяет рекомендовать иммобилизованный нимесулид для применения в пародонтологической практике.

Ключевые слова: иммобилизованные препараты, пародонтит, гингивит.

TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES PARODONTA WITH USE OF THE IMMOBILIZED PREPARATIONS

Garazha S.N.¹, Zelenskaya A.V.¹, Grishilova E.N.¹, Batchayeva D.D.¹, Hatsayeva T.M.¹, Morgoyeva Z.Z.¹

¹Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia (355017, Stavropol, Mira St., 310), e-mail: ELenKAstom@yandex.ru

The purpose of the real work was rising of efficiency of treatment of inflammatory diseases пародонта a way of including to a complex of therapeutic actions of the immobilized preparations. Clinical researches are conducted at 283 patients aged from 16 till 49 years, including at 83 with a chronic generalized catarral ulitis and 200 with a chronic generalized periodontal disease. At inspection used all-clinical (poll, survey) and special (an index assessment of a hygienic condition of an oral cavity and tissues parodont, a reoparodontografiya) methods. Application of the prolonged form nimesulid promotes fast elimination of inflammatory process in parodont, and to its stabilization, depression of frequency of unsatisfactory results and disease recurrence that gives a certain economic effect and allows to recommend immobilized nimesulid for application in parodontologi practice.

Keywords: immobilized preparations, periodontal disease, ulitis.

Введение. По данным ВОЗ, более 90% населения земного шара подвержены различным заболеваниям пародонта, которые могут приводить к потере зубов, развитию хронических заболеваний полости рта, снизить качество жизни. Заболеваниям пародонта в России и за рубежом уделяют большое внимание, на протяжении многих лет исследователи занимаются поисками новых методов их лечения [5; 6].

Выбор лекарственных средств для лечения гингивита и пародонтита достаточно широк, однако эти средства не всегда приводят к стойкой ремиссии заболевания. Особое место среди этих препаратов занимает эффективный метод местной аппликационной сорбции, который решает задачу детоксикации очага поражения. В этой связи большой интерес представляют исследования сорбентов медицинского назначения, обладающих уникальными

с клинической точки зрения свойствами. Особая их ценность заключается в том, что они являются наиболее удобными вспомогательными веществами (матрицами) для изготовления пролонгированных лекарственных препаратов [1; 2].

Научно обоснованный выбор компонентов, их рациональное сочетание позволяют повысить терапевтическую эффективность иммобилизованных лекарственных препаратов. Нами выбран препарат нимесулид, нестероидный противовоспалительный препарат из класса сульфонанилидов. Нимесулид является селективным конкурентным ингибитором циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) — фермента, участвующего в синтезе простагландинов, медиаторов отёка, воспаления и боли, обратимо ингибирует образование простагландина E_2 , снижает концентрацию короткоживущего простагландина H_2 , из которого под действием простагландинизомеразы образуется простагландин E_2 . Уменьшение концентрации простагландина E_2 ведёт к снижению степени активации простаноидных рецепторов EP типа, что выражается в анальгетическом и противовоспалительном эффектах. В незначительной степени действует на ЦОГ-1, практически не препятствуя образованию простагландина E_2 из арахидоновой кислоты в физиологических условиях, благодаря чему снижается количество побочных эффектов препарата [3; 4; 7].

Нимесулид также подавляет агрегацию тромбоцитов путем ингибирования синтеза эндопероксидов и тромбоксана A_2 , ингибирует синтез фактора агрегации тромбоцитов, тормозит активацию плазминогена путем увеличения концентрации ингибитора-1. Показано, что нимесулид способен подавлять синтез интерлейкина-6 и урокиназы, тем самым препятствуя разрушению хрящевой ткани. Ингибирует синтез металлопротеаз (эластазы, коллагеназы), предотвращая разрушение протеогликанов и коллагена хрящевой ткани. Обладает антиоксидантными свойствами, тормозит образование токсических продуктов распада кислорода за счет уменьшения активности миелопероксидазы. Взаимодействует с глюкокортикоидными рецепторами, активируя их путем фосфорилирования, что также усиливает противовоспалительное действие препарата.

Цель исследования: повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта путём включения в комплекс терапевтических мероприятий иммобилизованного нимесулида.

Материал и методы исследования. Клинические исследования проведены у 283 больных (150 мужчин и 133 женщины) в возрасте от 16 до 49 лет, в том числе у 83 с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и 200 с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП)

В зависимости от применяемого лекарственного средства было выделено 5 групп больных. В 1-й группе лечение проводили соком каланхоэ (39 человек), во 2-й — 0,05%-ным

хлоргексидином (40 человек), в 3-й — нимесулидом в 0,06%-ном хлоргексидине (40 человек), в 4-й — 3%-ной взвесью полисорба (69 человек), в 5-й — иммобилизованным нимесулидом (95 человек). 5-я группа была принята за основную, с показателями которой сопоставляли аналогичные данные 4 групп сравнения.

Иммобилизацию нимесулида на полисорбе выполняли диспергированием в водной среде по следующей методике. Сначала готовилась 3%-ная взвесь полисорба путем добавления к 12 г стерильного порошка полисорба 400 мл дистиллированной воды, затем к взвеси добавляли 2 г порошка нимесулида.

При гингивите иммобилизованный нимесулид использовали в виде аппликаций на десну на 20 мин. При пародонтите нимесулид, иммобилизованный на полисорбе, вводили на турундах в пародонтальные карманы (ПК), одновременно делали десневые аппликации на 20 мин.

В группах сравнения, где лечение проводилось другими лекарственными препаратами, методики применения препаратов были аналогичны тем, по которым использовался иммобилизованный нимесулид.

При обследовании использовали общеклинические (опрос, осмотр) и специальные (индексная оценка гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта, рентгенография, реопародонтография) методы. Клинические и функциональные исследования пародонта проводили до лечения, через 1 месяц после него и в отдаленные сроки (через 6 и 12 мес.).

Гигиеническое состояние полости рта и тканей пародонта изучали по динамике значений индексов гигиены (ИГ) по Федорову – Володкиной, Рамфьорда (ИР), пародонтального (ПИ), папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА) и нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРТТН).

Для определения функционального состояния и структурных изменений сосудов пародонта при его воспалении и оценки эффективности терапевтических мероприятий использовали метод реопародонтографии. Реопародонтограммы (РПГ) регистрировали на тетраполярном двухканальном реоплетизмографе РПГ2-02, шестиканальным электрокардиографом БНЕК4. Анализ РПГ осуществляли по методике ЦНИИС.

Все полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета программ Statistika 6,0 и Microsoft Excel. Данные, полученные в исследовании, имеют нормальное распределение. Проверка соответствия распределения данных нормальному была проведена графическим методом (построение гистограмм) и по асимметрии и эксцессу. Вычисляли среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической величины (m). Для выявления межгрупповых и внутригрупповых различий использовали t-критерий Стьюдента, угловое преобразование Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ данных, полученных через 1 мес. после лечения, показал преимущество предлагаемых методик лечения гингивита и пародонтита с использованием иммобилизованного нимесулида. После курса терапии хронического генерализованного катарального гингивита ремиссия была отмечена у 92% больных, при ХГП легкой степени — у 82%, средней – 81%, тяжелой – у 83%.

Благоприятные клинические результаты подтвердились нормализацией индексов состояния тканей пародонта и гигиены полости рта (табл. 1). Анализируя результаты лечения в основной группе и группах сравнения, можно отметить сокращение курса лечения в 5-й группе (иммобилизованный нимесулид) в 1,5–2 раза.

Таблица 1

Индексная оценка состояния тканей пародонта и гигиены полости рта в динамике лечения с использованием иммобилизованного нимесулида

Индекс	Сроки наблюдения (мес.)	Хронический генерализованный катаральный гингивит	ХГП (степень тяжести)		
			легкая	средняя	тяжелая
ИГ	0	1,71 ±0,24	1,99 ±0,37	2,46 ±0,26	2,50 ±0,40
	1	1,00	1,03 ±0,08	1,36 ± 0,07	0,25 ± 0,11
	6	1,02 ±0,02	1,11 ±0,05*	1,58 ± 0,09	1,61 ± 0,12
	12	1,02±0,08	1,11 ±0,05	1,57 ±0,12*	1,75 ± 0,17
ИР	0	0,88 ±0,19	1,62 ± 0,55	3,93 ±0,40	5,35 ±0,78
	1	0,05 ±0,04	0,11 ±0,05	0,59 ±0,23	2,23 ±0,61
	6	0	0,12 ± 0,06*	3,93 ±0,40	2,32 ±0,59*
	12	0	0,12 ± 0,06	2,46 ±0,81	3,12 ±0,64
ПИ	0	1,13 ±0,20	2,11 ± 0,63	3,91 ±0,33	5,72 ±0,37*
	1	0,08 ±,06	0,99 ±0,11*	1,65 ±0,20	3,23 ±0,55
	6	0	0,95 ±0,13	2,13 ±0,20	3,23 ±0,40
	12	0	0,98 ±0,13	3,16 ±0,20*	3,48± 0,16
РМА %	0	22,25 ±4,09	23,76 ±4,18*	45,82 ±4,12	64,25±1,72
	1	1,77 ±0,76	3,46 ±1,74	2,51 ±1,63	0,85±1,44
	6	0	4,62 ± 1,86	5,26 ±2,08*	6,77±1,01*
	12	0,18 ±0,16	4,60 ± 1,84	10,50 ±2,86	25,91±1,91
СРITN	0	1,31 ±0,17	1,69 ±0,38	2,67 ± 0,14	3,27 ±0,57*
	1	0,07 ±0,05	0,20 ±0,10	0,25 ±0,11*	0,33 ±1,23
	6	0	0,20 ±0,10	0,42 ±0,13	0,67 ±0,53*
	12	0,08 ±0,04	0,32 ±0,13*	0,64 ±0,16	1,58 ± 0,43

* - обозначены статистически значимые различия по сравнению с данными, полученными в контрольной группе (p<0,05)

Стабилизация процесса через 6 мес. после лечения хронического генерализованного катарального гингивита отмечалась у 92% больных основной группы, у 69% — 4-й, у 40% - 3-й, и у 67% - 2-й; у больных 1-й группы она не отмечена. Наилучшие результаты получены при лечении ХГП легкой степени иммобилизованным нимесулидом - стабилизация процесса — у 86% больных (при ХГП средней и тяжелой степени — соответственно у 78 и 75% пациентов).

Через 6 мес. после лечения иммобилизованным нимесулидом отмечена положительная динамика значений индексной оценки состояния тканей пародонта и гигиены полости рта по сравнению с таковыми до лечения.

Через 12 мес. при лечении хронического генерализованного катарального гингивита соком каланхоэ стабилизация процесса наблюдалась у 40% больных, хлоргексидином - у 33%, нимесулидом в хлоргексидине — у 40%, взвесью полисорба — у 46%, иммобилизованным нимесулидом - у 92%. После терапии ХГП легкого течения отмечена стабилизация процесса у 20% больных 1-й группы, у 60% - 2-й, у 67% - 3-й, у 73% - 4-й и у 72% - 5-й, при ХГП средней тяжести полная ремиссия достигнута соответственно в 40, 42, 23, 45 и 58% случаев; при ХГП тяжелой степени обострение заболевания отмечено у всех больных 1-й, 2-й и 3-й групп; в 4-й группе процесс стабилизировался у 20% больных, в 5-й - у 42%. Наилучшими оказались показатели в основной группе, где лечение проводилось с использованием иммобилизованного нимесулида.

Индексы состояния пародонта и гигиены полости рта через год после терапии оказались лучше, чем до нее (табл. 1).

Количественный и качественный анализ РПГ больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом показал, что лечение во всех группах способствовало приближению к норме показателей РПГ, однако наилучшие результаты достигнуты в основной группе: все показатели соответствовали норме. Во время лечения и в отдаленные сроки наблюдения побочных явлений и аллергических реакций, связанных с применением изучаемых лекарственных средств, не отмечалось.

Выводы. Применение в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта иммобилизованного нимесулида повышает эффективность проведенной терапии, способствует быстрой ликвидации воспалительного процесса в пародонте и его стабилизации, снижению частоты неудовлетворительных результатов и рецидивов заболевания,

Список литературы

1. Бражникова А.Н. Лабораторно-клиническое обоснование нового способа сочетанного

применения антисептиков / А.Н. Бражникова, С.Н. Гаража, К.Г. Караков // Врач. - 2008. - № 10. - С. 83-84.

2. Внуков И.Е. Влияние конструкции металлокерамических зубных протезов на состояние пародонта опорных зубов / И.Е. Внуков, С.Н. Гаража // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2007. - № 3. - С. 71-74.

3. Гаража С.Н. Результаты терапии хронического генерализованного пародонтита нимесилом / С.Н. Гаража, А.В. Зеленская, Т.М. Хацаева, А.О. Готлиб // Реализация программ профилактики стоматологических заболеваний. Актуальные вопросы стоматологии : сб. науч. тр. / Кубан. гос. мед. ун-т ; отв. за вып. Л.А. Скорикова). – Краснодар : Совет. Кубань, 2012. – С. 125-127.

4. Гаража С.Н. Лечение заболеваний пародонта гель-концентратом фторида олова / С.Н. Гаража, Е.Н. Гришилова, А.В. Зеленская // Актуальные вопросы клинической стоматологии : сб. работ XLV конференции стоматологов Ставропольского края ; под ред. д.м.н., профессора С.Н. Гаражи. – Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. – С. 96-98.

5. Малашенко Н.С. Использование новых технологий при лечении заболеваний пародонта. // Стоматология для всех. - 2010. - № 3. - С. 48-51.

6. Салихова М.М. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний пародонта / М.М. Салихова, А.И. Абдурахманов, Д.В. Мугадова // Международный журнал экспериментального образования. - 2011. - № 12. - С. 112-113.

7. Царев В.Н. Экспериментальное обоснование применения биополимерных пленок, содержащих препараты иммуномодулирующего и антибактериального действия, для лечения заболеваний пародонта / В.Н. Царев, Е.Н. Николаева, Д.С. Арутюнов // Пародонтология. - 2010. - № 1. - С. 57-60.

Рецензенты:

Долгалев Александр Анатольевич, д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь.

Гаража Николай Николаевич, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь.