

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Игидбашян В. М., Зюлькина Л. А., Суворова М. Н., Емелина Г. В., Кузнецова Н. К., Кавтаева Г. Г.

*ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия, e-mail: stomat-kafedra@yandex.ru*

В статье приведен обзор отечественной и зарубежной литературы о современных подходах к вопросам комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Отражены основные направления работы исследователей в области пародонтологии, проанализированы результаты проведенных авторами исследований, приведены рекомендации для практического здравоохранения. Представлены различные алгоритмы лечения заболеваний пародонта с использованием новых лекарственных средств и методов физиотерапии. Продемонстрирована важность комплексного подхода к решению поставленной проблемы, направленного на корректное сочетание местного и общего лечения, а также рациональное решение вопроса поддерживающей терапии. Проведенный анализ литературы свидетельствует о неудовлетворенности стоматологов существующими методами лечения пародонтита, обширном поиске новых, более эффективных способов лечения данной патологии, позволяющих получить наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, остеорепаляция, гигиена полости рта, физиотерапевтические методы лечения.

## MODERN APPROACHES TO THE QUESTIONS OF COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF A PARODONT

Igidbashyan V.M., Zyulkin L.A., Suvorova M.N., Yemelina G.V., Kuznetsova N.K., Kavtayeveva G.G.

*Penza State University, Penza, Russia, e-mail: sto-kafedra@yandex.ru*

The review of native and foreign literature on modern approaches to questions of complex treatment of inflammatory diseases of a parodont is presented in this article. The main directions of researchers' work in the field of a parodontology are reflected here, the results of the researches performed by the authors are analysed, the recommendations for practical health care are provided. Various algorithms of treatment of diseases of a parodont with the use of new medicines and methods of physical therapy are presented. Importance of the integrated approach to the solution of the set problem. This approach is directed on the a correct combination of local and general treatment and on the rational solution of the supporting therapy question. The performed literature analysis testifies to the dissatisfaction of stomatologists with the existing methods of treatment of a periodontal disease and the extensive search of the new, more effective ways of treatment of this pathology allowing to receive the most effective, pathogenetic reasonable medical impact on fabrics of a parodont.

Keywords: periodontal disease, osteoreparation, hygiene of an oral cavity, physiotherapeutic methods of treatment.

На современном этапе развития стоматологии при лечении воспалительных заболеваний пародонта предусмотрен комплексных подход, цель которого – ликвидация воспалительных процессов в пародонте, восстановление структурных и функциональных свойств элементов пародонтального комплекса, повышение местных и общих факторов защиты, что достигается сочетанием этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии [3,7,10,1,16,24,25,31].

Общее лечение предусматривает использование нестероидных препаратов: салицилатов, препараты пиразолона, производных ряда органических кислот: индолуксусной (индометацин, сулиндак), фенилуксусной (вольтарен), пропионовой (мефенаминовая

кислота, понстан, опири, клотам), которые оказывают сочетанное противовоспалительное, болеутоляющее и жаропонижающее действие [2].

В общем лечении воспалительных заболеваний пародонта для подавления стойких субгингивальных патогенов применяют антибиотики [27,29,30,33]. Эти препараты применяют по строгим показаниям: гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование, свищи, прогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка, интоксикация, состояние до и после хирургического вмешательства. Доказано, что назначение антибактериальных препаратов изменяет микрофлору над- и поддесневой зубной бляшки, меняет клиническую картину пародонтита в сторону стабилизации процесса, замедляет воспалительную резорбцию костной ткани, однако приводит к формированию устойчивых к ним форм микрофлоры полости рта [13].

Антибиотики и другие противовоспалительные средства оказывают бактерицидное и бактериостатическое действие на микробное население пародонтальных карманов и полости рта. При этом происходит массовое недифференцированное и бесконтрольное уничтожение микрофлоры всего биотопа полости рта и, в первую очередь, сапрофитной микрофлоры. Кроме того, антибиотикотерапия приводит к селекции множественно устойчивых вариантов возбудителей, способствующих генерализации воспалительного процесса. Длительное назначение этих препаратов может привести к развитию дисбактериоза из-за подавления нормальной микрофлоры пациента. В связи с этим наиболее часто при пародонтите для подавления патогенных микроорганизмов субгингивальной бляшки применяют антибактериальные препараты местного действия – антисептики [8].

Широко известна высокая эффективность местного применения в качестве антисептика раствора хлоргексидина [34]. Хлоргексидин, будучи катионом, вступает во взаимодействие с бактериями, притягивая отрицательно заряженные мембранные компоненты. К отрицательным свойствам хлоргексидина относят раздражающее и аллергизирующее действие, окрашивание зубов, пломб и языка, неприятный вкус, расстройство вкусовой чувствительности, десквамацию эпителия полости рта [13].

В комплексной терапии больных хроническим пародонтитом существенное значение отводится хирургическим методам. Главная цель пародонтальной хирургии заключается в создании оптимальных функциональных условий для тканей пародонта: ликвидация пародонтальных карманов на фоне оптимизации условий для регенерации тканей пародонта [4,6].

Для оптимизации условий остеорепарации в настоящее время используются различные остеопластические материалы: на основе биологически активного стекла, гидроксиапатита, сульфата кальция, трикальций фосфата, костного коллагена и сульфатированных

гликозаминогликанов [19,32,35]. Каждый из перечисленных препаратов достаточно эффективен, но вероятность его отторжения все же высока [36].

К основным хирургическим вмешательствам при заболеваниях пародонта относят кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, лоскутные операции и пластика десен. Вспомогательные хирургические вмешательства предполагают проведение по показаниям пластики уздечек губ, языка, вестибулопластики, рассечение мощных соединительнотканых тяжей [6,11].

В настоящее время общепринятыми методами местного лечения заболеваний пародонта являются профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, не подлежащих лечению, восстановление контактных пунктов, полировка пломб, удаление нерациональных ортопедических конструкций, индивидуальное пришлифовывание, хирургические методы лечения.

На сегодняшний день не вызывает сомнений взаимосвязь между распространенностью воспалительных заболеваний пародонта, тяжестью их течения и уровнем гигиены полости рта [26,23,28]. Из большого количества профилактических методов наиболее перспективными являются ультразвуковая обработка и чистка зубов методом пескоструйной обработки. М.В. Рыжкова (2008) разработала критерии оценки снижения активности воспалительного процесса на уровне зубодесневого соединения с использованием результатов исследования цитологического состава и уровня цитокинов (ИЛ-8 и ИЛ-1В) десневой жидкости, позволяющих судить о качестве и эффективности проводимых гигиенических мероприятий. Проведение повторных курсов профессиональной гигиены полости рта автор рекомендует проводить пациентам с катаральным гингивитом не позднее чем через 6 месяцев после проведения профилактических мероприятий, а пациентам без признаков патологии пародонта и с пародонтитом легкой степени тяжести – не позднее чем через год [22].

Мардахаяева В.Н. (2009) на основании показателей микроциркуляции установила характер и степень гемодинамических изменений при гигиенической чистке зубов, что позволило автору определить продолжительность проведения процедуры в зависимости от состояния пародонта и вида зубной щетки с целью повышения эффективности профилактики и лечения начальных воспалительных заболеваний пародонта.

В литературе отмечена эффективность электроактивированных водных растворов. Исследователями разработана методика использования анолита и католита, заключающаяся в ирригации полости рта раствором анолита и затем католита (по 5 минут) с помощью ирригатора AQUAJETLD-A7 на протяжении семи визитов и прием католита внутрь два

раза в день, что позволило получить быстрый противовоспалительный эффект, контролируемый клиническими и лабораторными методами исследования [14,15].

Сравнительный анализ эффективности стандартной терапии, комбинированного применения стандартной терапии и электроактивированных водных растворов и самостоятельного применения электроактивированных водных растворов, по разработанной авторами методике при хроническом генерализованном пародонтите легкой и средней степени выявил не только высокую эффективность электроактивированных водных растворов, как в отношении микробной флоры полости рта, так и процессов восстановления поврежденных тканей пародонта, но и преимущества перед традиционной терапией [12,1].

Исследованиями в области молекулярной биологии отечественными и зарубежными авторами установлена ведущая роль основных компонентов межклеточного матрикса – гликозаминогликанов в процессах метаболизма построения тканей пародонта. Многочисленные исследования установили их ведущую роль в репарации пародонтальных тканей. Сравнительная оценка результатов лечения с использованием традиционных методов и комплексного лечения с применением гелевого сорбента – сульфатированного гликозамингликана – «Гелевин», проведенная с учетом общей продолжительности лечения, стабилизации воспалительного процесса в пародонте, частоты и характера рецидивов, длительности ремиссий, изменений показателей цитограммы и перекисного окисления липидов, свидетельствует о положительном воздействии и высокой эффективности сорбента «Гелевин» в комплексной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в фазе обострения [20].

Используемый в комплексном лечении пародонтита и предоперационной подготовке гель «Гликодент», участвуя в построении эпителия, образует границу между поврежденными и подлежащими слоями, препятствует обезвоживанию тканей раны, потере электролитов и белков, предупреждает инвазию микроорганизмов. К возможному механизму действия как эндогенных, так и экзогенных сульфатированных гликозамингликанов, следует отнести то, что, связывая воду, они понижают отек ткани, способствуя локализации воспаления, препятствуя распространению процесса на окружающие ткани. Гель «Гликодент» обеспечивает формирование зубодесневого прикрепления за счет гликозамино-содержащих комплексов, участвующих в формировании гемидесмосом [5].

Одним из препаратов, которые нормализуют тканевой газообмен и метаболизм тканей пародонта, признан гепарин. Под влиянием гепарина происходит нормализация кислородного баланса тканей, улучшается микроциркуляция и транспорт веществ между тканью и кровью. Гепарин устраняет спазмы, ликвидирует микротромбы, повышает проницаемость сосудов, тканей и толерантность тканей к гипоксии, обладает

антиаллергическим действием. Оказывая антикоагулирующее и противогипоксическое действие, Гепарин способствует реабилитации поврежденной ткани. Кроме того, Гепарин нормализует ток лимфы в очаге поражения. Нижник В.Г. (2000) доказала, что включение препарата Гепарин в комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями пародонта повышает терапевтический эффект: приводит к сокращению сроков лечения, увеличивает длительность ремиссии, способствует более быстрой ликвидации, наибольшая эффективность достигается при введении Гепарина в ткани пародонта с подогревом до 40 °С, при помощи приспособления для введения медикаментов в ткани пародонта [18].

Зубаирова Г.Ш. (2009) разработала метод диагностики и комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием нового лекарственного средства, содержащего комбинацию иммуномодулятора (лейкоцитарный интерферон) и пробиотика (бактисубтил). Для улучшения результатов лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом автор рекомендует применение лечебного геля с антибактериальными и иммуномодулирующими свойствами, содержащего в качестве основы натрия – карбоксиметилцеллюлозы в сочетании с лейкоцитарным интерфероном и бактисубтилом по схеме: при легкой степени – 5, при средней – 7, при тяжелой – 9 раз, в составе пародонтальной повязки. Для профилактики рецидивов хронического генерализованного пародонтита необходимо повторное лечение по представленной схеме через 6–12 месяцев [9].

Т.В. Ракова (2009) в своей работе показала, что включение в схему традиционного лечения хронического катарального гингивита антисептического препарата «Йодо-гликоль паста нео», активным компонентом которой является 5% йод, и иммуномодулятора «Деринат» обеспечивает ликвидацию воспалительного процесса в пародонте в 3,6 раза быстрее, чем при традиционной терапии, а также позволяет продлить период ремиссии заболевания на 6 месяцев и снизить в среднем количество обострений в 2,3 раза [21].

Непомнящей Н.В. (2008) выявлены группоспецифические клинические особенности хронического генерализованного пародонтита. Автор показал, что у больных с В(Ш) группой крови чаще встречается тяжелая форма заболевания. У пациентов с А(II) группой крови отмечены наихудшие показатели гигиены полости рта, о чем свидетельствуют максимальные индекс зубного камня, индекс Мюлеманна, гигиенический индекс и степень подвижности зубов, у них менее результативна традиционная терапия. Также автором отмечено, что терапия хронического генерализованного пародонтита с включением препарата метаболического действия силистронга по 1 чайной ложке 2 раза в день внутрь, благодаря многогранному действию препарата из плодов расторопши, включающему противовоспалительный и мембранопротекторный эффекты, показана пациентам с

сопутствующей соматической патологией и при склонности к рецидивирующему течению заболеваний пародонта [17].

В комплексном лечении заболеваний пародонта большое значение придается физиотерапевтическим методам лечения. Общеизвестны устройства для введения лекарственных веществ постоянным электрическим током, широко применяется переменное магнитное поле, лазеротерапия гелийнеоновым лазером, вакуум-электрофорез, комбинированная КВЧ-лазерная терапия и др. [3].

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о неудовлетворенности стоматологов существующими методами лечения пародонтита, обширном поиске новых, более эффективных способов лечения данной патологии, позволяющих получить наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонта.

### Список литературы

1. Аджи Ю.А. Особенности лечебного действия электроактивированных водных растворов при хроническом генерализованном пародонтите средней степени / Ю.А. Аджи // Материалы III Всерос. конф. молодых ученых, организованная ВГМА и Курским гос. мед. ун-том. – Воронеж, 2009. – Т. 2. – С. 158.
2. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. Болезни пародонта. – М.: Медицина, 1996. – 85 с.
3. Булкина Н.В., Башкова Л.В. Иммуногистохимические критерии эффективности комплексного лечения больных быстро прогрессирующим пародонтитом с применением комбинированных физиотерапевтических методов // Дентал Юг. – 2009. – № 9 (69). – С. 15-17.
4. Гажва С.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: методическое пособие. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2003. – 110 с.
5. Глыбина Т.А., Дмитриева Л.А., Кострюков Д.А., Ларионов Е.В. Сравнительное клиническое исследование применения геля «Гликодент» и современных хлоргексидинсодержащих препаратов при лечении пародонтита // Стоматология сегодня. – № 10 (70). – 2007. – С. 54-55.
6. Грудянов А. И., Ерохин А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М.: ООО «Медицинские информационное агентство», 2006. – 128 с.
7. Грудянов А.И. Диагностика в пародонтологии / А.И. Грудянов, А.С. Григорьян, О.А. Фролова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 104с.

8. Грудянов А.И., Масленикова Г.В., Загнат В.Ф. Сравнительное изучение эффективности воздействия ряда местных антимикробных препаратов на видовой и количественный состав микробной флоры пародонтальных карманов // *Стоматология*. – 1992. – Т.71. – № 1. – С. 25-26.
9. Зубаирова Г.Ш. Изменение содержания секреторных иммуноглобулинов в полости рта больных хроническим генерализованным пародонтитом при лечении с локальным использованием пробиотика и иммуномодулятора / Г.Ш. Зубаирова, А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев, И.В. Валеев, А.К. Юнусова // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. – Санкт-Петербург, 2009. – №1 (21). – С. 73–75.
10. Иванов П.В., Зудина И. В., Булкина Н. В., Ведяева А. П. Противовоспалительный эффект аскорбатахитозана в комплексной терапии заболеваний пародонта // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 4; URL: [www.science-education.ru/110-9517](http://www.science-education.ru/110-9517) (дата обращения: 02.07.2013).
11. Иванов, П. В. Новые регенеративные методы лечения генерализованного пародонтита: моногр. / П. В. Иванов, Н. В. Булкина, А. П. Ведяева. – Пенза, 2013. – 230 с.
12. Латышева Ю.Н. Эффективность применение электроактивированных водных растворов при лечении пародонтита легкой степени // 2 Международная конференция молодых учёных медиков, организованная Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко и Курским государственным медицинским университетом. – Воронеж, 2008. – С. 148-149.
13. Маланьин И.В. Современные методы лечения и профилактики заболеваний пародонта. Учебно-методическое пособие // *Кубанская научная школа стоматологии*. – 2012. – 144 с.
14. Мардахаева В.Н. Микрогемодинамические изменения в тканях пародонта при гигиенической чистке зубов / Е.К. Кречина, В.В. Маслова, В.Н. Мардахаева, А.А. Лященко // *Материалы XI Ежегодного научного форума «Стоматология 2009»*. Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М., 2009. – С. 82-84.
15. Мардахаева В.Н. Оценка функционального состояния пародонта по показателям микроциркуляции при гигиенической чистке зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 28 с.
16. Митин Н.Е., Дармограй В.Н., Курякина Н.В., Дармограй С.В. Новые подходы к лечению заболеваний пародонта растительными средствами // *Информационный листок рязанского центра научно-технической информации*. – Рязань, 1999. – С.1–3.

17. Непомнящая, Н.В. Особенности лечения хронического пародонтита в зависимости от групповой принадлежности крови у пациентов с зубочелюстными аномалиями / Н.В. Непомнящая, М.А. Постников // Ортодонтия. – 2008. – №4 (44). – С. 11-12.
18. Нижник В.Г., Бондаренко А.Н., Маланьин И.В. Показатели лазерной доплеровской флоуметрии при лечении пародонтитов пластинами «ЦМ» с добавлением гепарина // Материалы третьего всероссийского симпозиума: «Применение лазерной доплеровской флоуметрии в медицинской практике». – Москва, 2000. – С.148-150.
19. Панин А.М. Новое поколение биокomпозиционных остеопластических материалов (разработка, лабораторно клиническое обоснование, клиническое внедрение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
20. Покидько О. А. Применение гелевого сорбента «Гелевин» в комплексном лечении пародонтита: дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2007. – 129 с.
21. Ракова Т.В. Состояние местного иммунитета полости рта у больных хроническим катаральным гингивитом / Т.В. Ракова, А.И. Лазарев, А.В. Беседин, А.Л. Локтионов // Университетская наука: теория, практика, инновации: Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ, сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН и отделения РАЕН. – Курск: КГМУ, 2009. – Т. 1. – С. 139-141.
22. Рыжкова М.В. Результаты применения комплекса КАП – «Пародонтолог» при лечении хронического генерализованного пародонтита / А.В. Лепилин, Ю.М. Райгородский Н.Л. Ерокина, М.В. Рыжкова и др. // Пародонтология. – 2009. – № 1 (50). – С.42-46.
23. Сарapultцева М.В., Шляхтова И.А. Современные методы снятия зубных отложений (обзор литературы) // Пародонтология. – 2009. – № 4. – С.26-31.
24. Севбитов А.В., Макеева И.М., Ерохин А.И., митрошкина А.Е., Власова Н.Н. Междисциплинарный подход при проведении пародонтологического и имплантологического лечения у пациентов старшей возрастной группы // Материалы IV научно-практической конференции ассоциации стоматологов Приднестровья и круглого стола «Клиническая физиология зуба» 18–19 декабря. – Тирасполь, 2008. – С. 113–115.
25. Стоматов А.В., Ефимов Ю.В., Мухаев Х.Х., Ефимова Е.Ю., Ярыгина Е.Н., Иванов П.В. Влияние аутогенного тромбоцитарного геля в сочетании с внутрикостными инфузиями 0,03% раствора натрия гипохлорита на уровень базального кровотока десны при хирургическом лечении больных хроническим пародонтитом // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 6. – С. 61–63.
26. Хохрина Т.Г. Профессиональная гигиена полости рта неотъемлемая часть профилактики стоматологических заболеваний / Т.Г. Хохрина // Клиническая стоматология. – 2000. – № 3. – С. 14-17.



27. Царев В. Н., Николаева Е.Н., Носик А.С., Щербо С.Н. Современные методы микробиологической диагностики заболеваний тканей пародонта // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2005. – № 2. – С. 26-29.
28. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта. Учебное пособие. – Санкт-Петербург, 2002. – 48 с.
29. Чернышова С.Б. Использование современных антибактериальных препаратов группы фторхинолонов в комплексном лечении болезней пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ С.Б. Чернышова. – М., 1999. – 28 с.
30. Шашкина И.В. Опыт лечения хронических заболеваний пародонта антибиотиком вильпрафен (джозамицин) / И.В. Шашкина, И.Б. Новикова, Н.Н. Ключева // Стоматология. 2001. – № 1. – С. 64-65.
31. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России / О.О. Янушевич. – М.: МГМСУ, 2009. – 228 с.
32. Bjork A. Variations in the growth pattern of the human mandible: longitudinal radiographic study by the implant method. Journal of Dental Research, Suppl. 1999, 42: 400-411.
33. Garrett S. The effect of locally delivered controlled-release doxycycline or scaling and root planning on periodontal maintenance patients over 9 months / S. Garrett, D.F. Adams, G. Bogle et al. // J. Periodontol. – 2000. – Vol. 71. – P. 22-30.
34. Unsal E., Akkava M., Walsh T.F. Influence of a single applications of subgingival chlorhexidine gel or tetracycline paste on the clinical parameters of adult periodontitis patients //J. Clin. Periodontol. – May 1998. – P.351-5.
35. Mehlish D.R., Taylor T.D., Leibold D.G. et. al. Evaluation of collagen/hydroxylapatite for augmenting deficient alveolar ridges: a preliminary report // J. Oral Maxillofac. Surg. 2007. – v 45. – P. 408-413.
36. Gao, T. Composites of bone morphogenetic protein and type 4 collagen, coral-derived coral hydroxyapatite, and tricalcium phosphate ceramic / T. Gao, T.S. Lindholm, A. Marttinen, M.R. Urist // Int. orthop. 1996. – Vol. 20. – № 5. – P. 321-325.

#### **Рецензенты:**

Скуридин П.И., д.м.н., главный врач ГАУЗ ПО «Городская стоматологическая поликлиника», г. Пенза;

Захаркин А.Г., д.м.н., профессор, заместитель директора по лечебной части ООО «ДентиЗ» Республика Мордовия, г. Саранск.