

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

Багдасарян Н.П.¹, Еричев В.В.¹, Аксенова Т.В.¹, Митропанова М.Н.¹

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» (КубГМУ) Минздрава России, Краснодар, e-mail: corpus@ksma.ru

В работе дана оценка клинической эффективности разработанного способа комплексного лечения пациентов с хроническим гингивитом, включающего аппликации трипсина в 1%-ном растворе бикарбоната натрия, препарата Кудесан, а также ультразвуковую обработку скейлером с помощью кюреты с мыском. Определено увеличение клинической эффективности предлагаемого способа в динамике лечения 55 пациентов с хроническим катаральным гингивитом. В процессе лечения у всех пациентов основной группы через 1 неделю наблюдались достоверное улучшение состояния маргинальной десны, уменьшение и отсутствие кровоточивости десен (индексы ОНI-S – $3,29 \pm 0,02$, API – $0,6 \pm 0,03$, ПМА – $3,23 \pm 0,01$, SBI – $0,23 \pm 0,03$, PI – $0,6 \pm 0,02$) и улучшение общего состояния. Спустя 3 и 6 месяцев на контрольных осмотрах наблюдалась стойкая клиническая ремиссия. В контрольной группе улучшение отмечалось в среднем через 10–11 дней, спустя 2 недели после проведенной терапии по утвержденной схеме у 11 (74%) пациентов сохранялись жалобы на кровоточивость десен, выявлялись незначительная гиперемия маргинальной десны и отечность папиллярной десны, клиническая ремиссия продолжалась 3 месяца. Применение комплексной терапии в соответствии с описанным способом позволяет достичь полного разрушения микробной биопленки через 7–8 дней, значительно улучшить состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, а также общее состояние пациентов спустя 2–3 недели.

Ключевые слова: хронический гингивит, гингивит маргинальный простой, комплексное лечение.

EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS

Bagdasaryan N.P.¹, Erichev V.V.¹, Aksenova T.V.¹, Mitropanova M.N.¹

¹FSBEI HE «Kuban State Medical University» (KubSMU) of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Krasnodar, e-mail: corpus@ksma.ru

The clinical efficacy of the developed method of complex treatment of patients with chronic gingivitis including trypsin applications in 1% sodium bicarbonate solution, Kudesan preparation, as well as ultrasonic scaling with a curette with a cape is given. An increase in the clinical efficacy of the proposed method in the dynamics of treatment of 55 patients with chronic catarrhal gingivitis was determined. In the course of treatment, in all patients of the main group after 1 week, there was a significant improvement in the condition of the marginal gingiva, a decrease and absence of bleeding gums (OHI-S indexes - 3.29 ± 0.02 , API – $0,6 \pm 0,03$, PMA - 3.23 ± 0.01 , SBI - $0,23 \pm 0.03$, PI – $0,6 \pm 0,02$) and improvement in general condition. After 3 and 6 months on the follow-up visits, there was stable clinical remission. In the control group, improvement was noted on average 10 to 11 days later, 2 weeks after the therapy, 11 (74%) patients had complaints of bleeding gums, a slight hyperemia of the marginal gingiva and edema of the papillary gum, clinical remission lasted 3 months. The use of complex therapy in accordance with the described method allows to achieve complete destruction of microbial biofilm in 7-8 days, significantly improve the state of oral hygiene and periodontal tissues, as well as the general condition of patients after 2 to 3 weeks.

Keywords: chronic gingivitis, gingivitis marginal simple, complex treatment.

Заболевания пародонта встречаются во всех возрастных группах, в том числе у молодых людей и даже детей, что способствует формированию «нездоровья» нации. Признаки поражения тканей пародонта проявляются уже у 6–7-летних детей, к 15 годам регистрируются более чем у половины подростков, а у взрослого населения их распространенность достигает 85–100% [1]. Необходимо подчеркнуть, что при воспалительной патологии пародонта у человека происходит ухудшение качества жизни

пропорционально активности воспалительного процесса [2]. Слизистая оболочка полости рта приспособлена к постоянному контакту с разнообразной микрофлорой и устойчива к воздействию различных раздражителей, к контакту с богатой флорой полостью рта [3]. Первичные изменения десны чаще вызываются местными раздражителями [4], такими как зубные отложения – мягкий зубной налет и зубная бляшка, которые образуются в условиях несанированной полости рта, плохой гигиены, анатомических особенностей зубочелюстной системы, изменений качественного и количественного состава микрофлоры, снижения защитных факторов организма. При нарушении динамического равновесия между патогенным воздействием микробной биопленки, защитными силами пародонта и организма в тканях десны развивается хроническое воспаление – хронический гингивит [5]. Одним из важнейших пунктов в лечении гингивита и других воспалительных заболеваний пародонта является разрушение микробной биопленки. Структура биопленки различна, она состоит из микроколоний, наличие сигнальных молекул в которых вызывает изменения в поведении и влияет на скорость размножения микробов. Близкий контакт между микроорганизмами внутри биопленки увеличивает обмен генетической информацией и, как следствие, повышение скорости образования резистентных штаммов. Продукты жизнедеятельности одних представителей микрофлоры являются пищей для других, что обуславливает наличие сложных пищевых цепочек внутри биопленки [6].

Общепринята точка зрения, согласно которой в случае своевременно проведенного качественного и полноценного лечения гингивита наступает выздоровление [7]. Однако остается ряд вопросов, касающихся эффективности проводимого комплексного лечения гингивита и достижения стойкого терапевтического эффекта при данной патологии. Методов совершенствования лечебного протокола с каждым годом становится больше (например, использование лекарственных средств пролонгированного действия с противовоспалительным, кровеостанавливающим, заживляющим и иммуномодулирующим эффектом (препараты на основе активных пептидов и биоантиоксидантного комплекса [8], комплексное применение антибактериальных препаратов, модуляторов воспаления и регенерации [9]). Оценка результатов лечения большинством авторов проводится в ближайшие сроки – спустя 2 недели, 1 и 6 месяцев. Отмечается, что после комплексной терапии через 6–12 месяцев значения индексов близки к норме.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и сократить сроки наступления стойкой ремиссии хронического гингивита простого маргинального путем использования разработанного способа комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. Основой для получения данных послужило обследование 55 пациентов, из них 29 мужчин и 26 женщин в возрасте от 19 до 35 лет,

проживающих в однотипных экологических условиях г. Краснодара и Краснодарского края, у которых был диагностирован хронический гингивит маргинальный простой.

При обследовании у всех пациентов были выявлены жалобы на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен во время приема пищи и чистки зубов, а также симптомы воспаления тканей пародонта: отечность и гиперемия маргинальной и папиллярной десны, наличие большого количества мягкого зубного налета и твердых зубных отложений.

Для оценки состояния полости рта и тканей пародонта проведено комплексное стоматологическое обследование по традиционной схеме, включающей основные клинические методы, такие как клинико-рентгенологическое обследование с определением индекса гигиены полости рта (ОHI-S), индекса зубной бляшки межзубных промежутков (API), индекса зубного налета (PI), кровоточивости десневой борозды (SBI), индекса ПМА. Наблюдение проводилось в условиях городского бюджетного учреждения здравоохранения – стоматологической поликлиники № 1 г. Краснодара и на кафедре стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ, после получения добровольного письменного согласия от пациентов на обследование и лечение.

Все пациенты находились на диспансерном наблюдении в течение 1 года с контрольными осмотрами через 3, 6, 9, 12 месяцев. Дополнительно использовалась анкета-опросник, которую пациенты заполняли на первичном приеме. В результате анкетирования выяснилось, что у 8 человек имелись заболевания желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), у 2 человек в анамнезе – хронический вирусный гепатит С, у 10 – вредные привычки (курение). У 37 человек выявлен воспалительный процесс в области тканей маргинальной десны на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта. Диагноз хронического гингивита маргинального простого устанавливали на основании клинических и рентгенологических исследований в соответствии с классификацией МКБ-10.

В основной группе (40 человек) проводилось комплексное лечение хронического гингивита маргинального простого (патент на изобретение № 2620556) [10], которое включало проведение профессиональной гигиены полости рта, затем лечение или удаление не подлежащих лечению зубов. После проведенных мероприятий в течение первых 5 дней ежедневно последовательно проводили аппликацию 1%-ного раствора бикарбоната натрия на зону пораженной десны один раз в день по 5 минут с последующей ультразвуковой обработкой скейлером слизистой оболочки маргинальной десны и зубодесневого желобка с помощью кюреты с мыском при частоте колебаний 28–30 кГц, мощностью 0,2 Вт и амплитуде рабочего инструмента 10–20 мкм. После осуществляли нанесение на десневой край раствора трипсина (из расчета 5 мг на зону 1 зуба) в 1 мл 1%-ного раствора бикарбоната

натрия под защитную индивидуальную каппу на 1 час. Для местной антиоксидантной и регенеративной терапии в течение следующих 5 дней пациентам ежедневно апплицировался препарат Кудесан на зону пораженной десны в течение 10 минут. Комплексная терапия проводилась в течение 10 дней, контрольные посещения – через 3, 6, 9, 12 месяцев.

В контрольной группе (15 человек) лечение проводилось по утвержденной схеме в соответствии с Моделями медицинских услуг Краснодарского края по специальности «Стоматология. Стоматология ортопедическая. Челюстно-лицевая хирургия» [11]: профессиональная гигиена полости рта, ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений, назначение лекарственных препаратов местно в виде аппликаций на слизистую оболочку: мазь Гепарин 30 г, раствор Люголя с глицерином 25 г, метронидазол (Метрогил Дента гель 20 г), масло облепихи, прополис, раствор хлоргексидина 0,05%-ный, раствор экстракта ротокана 25 мл, мазь «Солкосерил» 20 г. Контрольные осмотры осуществлялись через 3, 6, 9, 12 месяцев.

В комплекс терапевтических мероприятий в обеих группах включались мотивация и обучение пациентов гигиене полости рта с индивидуальным подбором средств гигиены и коррекцией гигиенических навыков.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием методов прикладной статистики. При описании количественных признаков использовали среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней величины (m). Для сравнения независимых групп по количественному признаку использовался критерий Стьюдента (t).

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты основной и контрольной группы жаловались на кровоточивость, зачастую спонтанную, неприятный запах изо рта, болевые ощущения в области маргинальной десны во время чистки зубов и приема пищи. Клиническая картина заболевания характеризовалась выраженной кровоточивостью слизистой десны при зондировании, отмечались гиперемия, отечность и цианоз в области вершин межзубных сосочков. В области фронтальной группы зубов, премоляров и моляров верхней и нижней челюсти мягкий зубной налет покрывал от 1/3 до 2/3 язычной и вестибулярной поверхности зубов. В основной группе гигиенические индексы распределялись следующим образом: ОНI-S – $4,35 \pm 0,12$, API – $29,3 \pm 0,03$, PI – $39,6 \pm 0,02$, также показатели воспаления и кровоточивости: ПМА – $3,55 \pm 0,13$, SBI – $1,85 \pm 0,04$. В контрольной группе: ОНI-S – $3,92 \pm 0,23$, API – $32 \pm 0,02$, PI – $32,5 \pm 0,02$, ПМА – $3,63 \pm 0,24$, SBI – $2,13 \pm 0,04$. У 14 пациентов имели место жалобы на нарушение общего состояния: на периодическую слабость, снижение аппетита.

Во всех наблюдениях при зондировании определено, что целостность зубодесневого соединения была сохранена. По результатам рентгенологического обследования на

прицельных дентальных снимках и ортопантограмме высота межальвеолярных перегородок сохранена, целостность кортикальных пластинок на их вершинах не нарушена.

В процессе лечения у всех пациентов основной группы через 1 неделю наблюдалось достоверное улучшение состояния маргинальной десны: слизистая оболочка бледно-розовая, блестящая, без патологических изменений, количество твердых зубных отложений незначительное (мягкий зубной налет отмечен у нескольких пациентов), уменьшение и отсутствие кровоточивости десен. При осуществлении индексной оценки выявлено улучшение гигиенического состояния, которое можно оценить как «хорошее» (ОНИ-S – $2,22 \pm 1,06^*$, API – $0,6 \pm 0,03$, PI – $0,6 \pm 0,02$), и уменьшение признаков воспаления в пародонте (ПМА – $3,23 \pm 0,01$, SBI – $0,23 \pm 0,03$). Через 21 день после лечения пациенты жалоб не предъявляли, после проведенной комплексной терапии у всех обследованных десневой край приобрел бледно-розовую окраску, отечность, болезненность и кровоточивость отсутствовали. Спустя 3 и 6 месяцев на контрольных осмотрах наблюдалась стойкая клиническая ремиссия. Во время контрольных осмотров каждые 9 и 12 месяцев у 14 человек отмечалось наличие небольшого количества мягкого и твердого зубного налета, кровоточивость отсутствовала, цвет маргинальной десны бледно-розовый, пациенты жалоб не предъявляли. На протяжении всех сроков наблюдения гигиеническое состояние полости рта у подавляющего числа пациентов остается хорошим (табл. 1, 2).

В контрольной группе улучшение отмечалось в среднем через 10–11 дней, спустя 2 недели после проведенной терапии по утвержденной схеме у 11 (74%) пациентов сохранялись жалобы на кровоточивость десен, выявлялись незначительная гиперемия маргинальной десны и отечность папиллярной десны, клиническая ремиссия продолжалась 3 месяца. На протяжении всего срока наблюдения пациенты контрольной группы отмечали наличие мягкого зубного налета, образование твердых наддесневых зубных отложений, преимущественно в области нижней фронтальной группы зубов и премоляров, периодически возникающую кровоточивость десен (табл. 1, 2).

Таблица 1

Динамика показателей гигиенического состояния полости рта пациентов с хроническим гингивитом маргинальным простым ($M \pm m$)

Показатель	Сроки комплексной терапии	Группы пациентов	
		Контрольная n=15 человек	Основная n=40 человек
ОНИ-S	До лечения	$3,92 \pm 0,23$	$4,35 \pm 0,12$
	10 дней	$3,83 \pm 0,34$	$2,22 \pm 1,06^*$
	21 день	$2,51 \pm 0,43$	$2,35 \pm 1,06^*$
	3 месяца	$3,33 \pm 0,16$	$2,61 \pm 0,32^*$
	6 месяцев	$3,79 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,81^*$

	9 месяцев	3,22±0,27	1,8±1,49
	12 месяцев	2,84±0,65	1,53±1,2
API	До лечения	32±0,02	29,3±0,03
	10 дней	1,2±0,02	0,6±0,03
	21 день	1,6±0,02	1±0,03
	3 месяца	2,8±0,02	1±0,03
	6 месяцев	3,2±0,02	0,8±0,03
	9 месяцев	3,2±0,02	0,7±0,03
	12 месяцев	3,9±0,02	0,8±0,03
	PI	До лечения	32,5±0,02
10 дней		0,9±0,02	0,1±0,02
21 день		1,5±0,02	0,2±0,02
3 месяца		1,6±0,02	0,2±0,02
6 месяцев		2,9±0,02	0,3±0,02
9 месяцев		3,8±0,02	0,3±0,02
12 месяцев		3,4±0,02	0,3±0,02

Примечание: * $p \leq 0,05$ (относительно данных контрольной группы)

Таблица 2

Динамика показателей эффективности лечения пациентов
с хроническим гингивитом маргинальным простым ($M \pm m$)

Показатель	Сроки комплексной терапии	Группы пациентов	
		Контрольная n=15 человек	Основная n=40 человек
ПМА	До лечения	3,63±0,24	3,55±0,13
	10 дней	1,58±0,15	0,52±0,02*
	21 день	2,04±0,31	0,52±0,02*
	3 месяца	1,74±0,01	0,53±0,01*
	6 месяцев	1,75±0,02	0,72±0,18*
	9 месяцев	1,55±0,18	0,58±0,04*
	12 месяцев	1,71±0,02	0,36±0,18*
SBI	До лечения	2,13±0,04	1,85±0,04
	10 дней	1,33±0,09	0,2±0,03*
	21 день	1,2±0,04	0,2±0,03*
	3 месяца	1,06±0,18	0,25±0,02*
	6 месяцев	1,26±0,02	0,3±0,07*
	9 месяцев	1,2±0,04	0,2±0,03*
	12 месяцев	1,4±0,16	0,2±0,03*

Примечание: * $p \leq 0,05$ (относительно данных контрольной группы)

Более качественная обработка поверхности зубов, маргинальной десны и зубодесневого желобка обеспечивает медленное формирование микробной биопленки. Анализ динамики гигиенического индекса ОНI-S, индекса зубной бляшки межзубных промежутков API, индекса зубного налета PI на протяжении всего периода терапевтического

лечения и динамического наблюдения позволяет отнести эти параметры к косвенным показателям разрушения микробной биопленки, редукция которой после проведенной комплексной терапии в основной группе составила 97,2–98%, а в контрольной группе – 67–71%. Достижение стабильно хорошего уровня гигиенического состояния способствует соответственно более быстрому улучшению состояния тканей пародонта.

Высокая результативность использования предложенного способа лечения хронического гингивита маргинального простого обеспечивается благодаря комплексному применению в определенной последовательности ряда мероприятий, в частности ультразвуковой обработке скейлером поверхности зубов, слизистой оболочки маргинальной десны и зубодесневого желобка с помощью кюреты с мыском, что обеспечивает полное разрушение микробной биопленки за счет эффекта кавитации. В результате ультразвуковой обработки разрушается экстрацеллюлярный матрикс, в который погружены колонии микроорганизмов, при этом последующая аппликация на десну под индивидуальной защитной капшой по 1 часу раствора трипсина в 1 мл 1%-ного раствора бикарбоната натрия оказывает опосредованно противовоспалительное, протеолитическое и регенерирующее действие. Дополнительным условием эффективного лечения является проводимая после ультразвуковой обработки антиоксидантная и регенеративная местная терапия препаратом Кудесан, который предотвращает формирование свободных радикалов, обеспечивает снижение маркеров окислительного стресса, стимулирует дыхательную функцию митохондрий и синтез АТФ.

Заключение. Таким образом, предлагаемый метод лечения позволяет существенно улучшить гигиеническое состояние полости рта пациентов с данной патологией. На протяжении всего лечебно-реабилитационного периода использование описанного метода позволяет добиться сокращения сроков лечения 21,7% и наступления стойкой ремиссии заболевания у пациентов на 17,4%, что способствует повышению эффективности лечения хронического гингивита маргинального простого на 80–85%.

Список литературы

1. Фомичев И.В, Флейшер Г.М. К вопросу об изучении методов оценки гигиены полости рта населения России // Журнал Медицинский алфавит. 2013. Т. 4 № 20. С. 35 – 39.
2. Иорданишвили А.К., Тихонов А.В., Арьев А.Л., Солдатов С.В. «Возрастная» эпидемиология заболеваний пародонта // Журнал Пародонтология. 2010. Т. 15. № 1. С. 25-28.
3. Рединова Т.Л., Третьякова О.В. Сила давления зубной щетки при чистке зубов и ее значимость в развитии заболеваний пародонта // Журнал Пародонтология. 2016. Т. 21.

№ 1(78). С. 53-77.

4. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебн. пособие. 8-е изд., доп. и перераб. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 960 с.
5. Цветкова-Аксамит Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: учебное пособие. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.
6. Solomonov M.E. Биопленка как эндодонтическая инфекция // Practical scientific journal. Clinicheskaya Endodontiya (Clinical Endodontics) (Russia). 2008. Vol. 3-4. P. 31-34.
7. Cafiero C., Matarasso S. Predictive, preventive, personalised and participatory periodontology: 'the 5Ps age' has already started. The EPMA Journal. 2013. P. 5-6.
8. Леонова Л.Е., Павлова Г.А., Тетерина Л.Н., Варакина К.А., Баранова А.П. Непосредственные результаты лечения хронического маргинального гингивита // Стоматология Большого Урала на рубеже веков. К 100-летию пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера: материалы всероссийского конгресса. 2015. С. 85-90.
9. Усова Н.Ф. Сравнительная характеристика двух новых подходов к лечению воспалительных заболеваний пародонта // Сибирский медицинский журнал. 2014. Т. 128 № 5. С. 111-112.
10. Багдасарян Н.П., Бондаренко М.А., Еричев В.В., Аксенова Т.В., Митропанова М.Н., Рубан А.И., Багдасарян П.П. Способ лечения хронического гингивита маргинального простого // Патент РФ № 2620556. Патентообладатель КубГМУ Минздрава России, Багдасарян Н.П., Аксенова Т.В., Митропанова М.Н. 2017. Бюл. № 15. МПКА61К 33/00. № 2016116391; заявлено 26.04.2016; опубл. 26.05.2017.
11. Войтенко О.В., Задорожный И.В., Луценко М.В., Перова М.Д., Прусаченко А.В., Райзберг В.Г., Сирунянц В.С. Модели медицинских услуг Краснодарского края по специальности «Стоматология. Стоматология ортопедическая. Челюстно-лицевая хирургия» (поликлиника: лечение взрослых) // Краснодар. 2006. С. 101-103.