

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИРАМИСТИНА

Среди стоматологических заболеваний значительный вес болезней пародонта. В последние годы стоматологи добились определенных успехов в повышении качества лечебной помощи больным с заболеваниями пародонта, в том числе и пародонтитом. Пародонтит может локализоваться в области одного или нескольких зубов, а также носить генерализованный характер. Ведущая роль в этиологии и патогенезе хронического генерализованного пародонтита (ХГП) принадлежит микробной флоре – грам-положительным коккам, бациллам, спирохетам, фузигормным бактериям, грам-отрицательным анаэробам. Эти микроорганизмы отличаются высокой агрессивностью и способностью проникать внутрь тканей пародонта. В настоящее время можно считать установленным, что главным депо микробной флоры, способствующим возникновению ХГП, является поддесневой зубной налет (зубная бляшка), находящийся в пространстве десневой борозды, на корне зуба, на поверхности соединительного эпителия и в пародонтальных карманах и состоящий на 35% из бактерий.

Компоненты зубной бляшки, воздействуя на прилегающую десну, приводят к ее инфильтрации воспалительными клетками, макрофагами, полиморфноядерными лейкоцитами, лимфоцитами. Первичная защитная реакция организма, направленная на устранение пародонтопатогенных микроорганизмов, сопровождается воспалением. Современные знания о первичной защите пародонта от разрушающего действия пародонтопатогенных микроорганизмов однозначны: главные защитные функции обеспечиваются взаимодействием фагоцитов, комплемента и специфических антител, т.е. иммунной системой. Нарушения в регуляции отдельных защитных компонентов иммунной системы приводят к повреждению и деструкции тканей пародонта со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При пародонтите отмечаются кровоточивость десен, отложение зубного налета и камня, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании инструментом на край десны, положительная проба Шиллера-Писарева, пародонтальные карманы,

Резюме

Воспалительные заболевания пародонта являются актуальной проблемой современной стоматологии. Одним из основных этиологических факторов заболевания является микробная флора. Лечение заболеваний пародонта строится на принципе индивидуализированного подхода и носит комплексный характер, включающий методы местной и общей терапии. Хорошие результаты получены при использовании в качестве местной терапии антисептического препарата Мирамистин®. Мирамистин® обладает широким спектром антимикробного действия и иммуномодулирующим действием, что позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику врачей-пародонтологов.

Ключевые слова: заболевания пародонта, генерализованный пародонтит, микробная флора, лечение, антисептики, мирамистин.

TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS USING MIRAMISTIN

The summary

Inflammatory periodontal disease is the most urgent problem of modern dentistry. One of the main etiological factors of disease is microbial flora. Treatment of periodontal disease based on the principle of individualized approach is comprehensive and includes the methods of local and general therapy. Good results are obtained when used as a topical treatment antiseptic drug Miramistin®. Miramistin® has a broad spectrum antimicrobial and immunomodulatory effects that can be recommended for wide use in medical practice periodontists.

Keywords: periodontal disease, generalized periodontitis, microbial flora, treatment and dressing miramistin.

наличие деструктивных изменений костной ткани альвеолярного отростка. Основной причиной появления пародонтального кармана следует считать литическое действие ферментов, вырабатываемых микроорганизмами.

Лечение заболеваний пародонта строится на принципе максимально индивидуализированного подхода к каждому больному с учетом данных общего и стоматологического статуса. В связи с этим оно всегда носит комплексный характер: применяются методы местной и общей терапии, которые нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. В зависимости от информации о характере процесса, причине и механизме

его развития лечение может быть этиотропным, симптоматическим или сочетать в себе элементы патогенетического и симптоматического лечения. План лечения больного составляется индивидуально и зависит от степени тяжести пародонтита, распространенности процесса, наличия ротовых патологий, а также от активного участия пациента в лечебном процессе, от его социальной защищенности.

В первое посещение пациента необходимо оценить состояние гигиены полости рта и обучить его навыкам гигиены, при этом для контроля используется гигиенический индекс. Зубные отложения следует удалять после обработки шеек зубов и слизистой десны одним из антисептических растворов: 3% раствор перекиси водорода, 0,2% раствор хлоргексидина или 0,01% раствор Мирамистина.

Затем приступают к проведению местной противовоспалительной терапии, которая включает в себя использование по показаниям антисептиков, антибиотиков, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, ферментов, вяжущих средств и т.д. В этом плане большое значение придается антисептической обработке пародонтальных карманов с применением широкого спектра антисептиков, таких как 0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор перманганата калия, 3% раствор перекиси водорода, 0,2% раствор хлоргексидина или 0,01% раствор Мирамистина.

Однако многие из указанных препаратов имеют недостаточную антибактериальную эффективность и побочные действия. Так, например, хлоргексидин оказывает раздражающее и аллергизирующее действие, окрашивает зубы, пломбы и слизистую, вызывает неприятный вкус и расстройство вкусовой чувствительности, десквамацию эпителия полости рта. Кроме того, хлоргексидин недостаточно активен по отношению к грибам.

Клинический опыт применения для этих целей препарата Мирамистин, который обладает широким спектром антимикробного действия и иммуномодулирующим действием, позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику врачей-пародонтологов. Мирамистин выпускается в форме раствора. Действующее вещество препарата — бензилдиметил [3-(миристоиламино) пропил] аммоний хлорид, моногидрат — катионное поверхностно-активное вещество. Мирамистин обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, спорообразующих и аспорогенных бактерий, действует на простейших, оказывает противогрибковое действие на дрожжеподобные грибы, дерматофиты, актиномицеты и другие патогенные грибы и обладает противовирусными свойствами.

Мирамистин используется в виде повязки, накладываемой на придесневую область и шейки зубов. Преимущество этого метода состоит в возрастании силы и продолжительности воздействия препарата на очаг поражения. Разработанная лечебная экстемпоральная бактерицидная повязка (рац. предл. №00 – 1114) представляет собой композицию из 0,01% раствора Мирамистина и стоматологического кальцийсодержащего цемента для временной фиксации «Ортофикс-Аква». Проведенные микробиологические исследования (С.Г.Гусенов, З.М.Гамзатова, 2000) показали, что связывание Мирамистина цементом для временной фиксации не снижает его бактерицидной активности.

Лечебная экстемпоральная бактерицидная повязка готовится следующим образом: на чистой сухой стеклянной пластине шпателем смешивают необходимое количество порошка с препаратом Мирамистин (0,01% р-р) до получения однородной пастообразной консистенции в течение минуты. Подготовленную пасту шпателем накладывают с оральной стороны, а затем с вестибулярной тонким слоем на высушенный десневой край и в межзубные промежутки. Поверхность повязки плотно прижимают со всех сторон и моделируют так, чтобы режущие края и жевательные поверхности зубов были свободны. По показаниям, на повязку сверху надевают разработанную лечебно-профилактическую шину (заявка №2001-106754/14 (006897) от 12.03.2001 г.). Повязка твердеет в течение 3–4 минут. Шина представляет собой две пластмассовые дуги, расположенные на вестибулярной и оральной поверхностях зубодесневого ряда. В придесневой части имеется выемка для размещения и фиксации лечебной повязки. Оральную и вестибулярную части шины фиксируют между собой проволоочные перемычки, расположенные на межзубных промежутках и не мешающие смыканию зубов.

При легкой степени тяжести пародонтита курс лечения достаточно проводить в 3–5 посещений. Лечебную бактерицидную повязку накладывают в течение 2–3 посещений без фиксации ее зубодесневой шиной. В последнее посещение нужно проверить гигиеническое состояние полости рта, провести пробу Шиллера-Писарева. При наличии показаний к ортопедическому лечению составляется план и проводится выбор конструкций ортопедического аппарата.

При хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести продолжительность курса лечения составляет 7–8 посещений. Здесь также в первые посещения проводятся: оценка состояния гигиены полости рта, обучение пациента правилам ухода за зубами, снятие зубных отложений, шлифовка

шеек и корней зубов, избирательное пришлифовывание окклюзионных поверхностей зубов. Параллельно с этим следует решать вопросы удаления корней, отдельных зубов, проведения ортопедического лечения и шинирования.

Важной и обязательной процедурой при пародонтите средней тяжести является проведение выскабливания (кюретажа) пародонтального кармана в целях удаления поддесневых зубных отложений, грануляций, эпителия, выстилающего внутреннюю поверхность пародонтального кармана. Кюретаж проводится на 2–3-й день лечения после промывания пародонтальных карманов Мирамистином из шприца с тупой изогнутой иглой. Затем следуют обезболивание, операция выскабливания пародонтальных карманов стерильными острыми инструментами, промывание карманов Мирамистином из шприца, наложение лечебной экстемпоральной бактерицидной повязки, фиксируемой предварительно изготовленной шиной. В одно посещение кюретаж проводится в области не более 4–5 зубов.

Кроме местного противовоспалительного лечения для устранения симптомов пародонтита в целях борьбы с инфекцией, интоксикацией организма и для активизации иммунитета больного, стимуляции регенеративных процессов, проводится и общее лечение.

При пародонтите тяжелой степени, кроме обучения пациента правилам ухода за полостью рта, снятия зубных отложений, проведения противовоспалительной терапии, могут быть показаны и другие хирургические вмешательства. Зубы с атрофией костной ткани альвеолярного отростка на 3/4 длины корня и более, а также подвижностью III–IV степени подлежат удалению.

При наличии глубоких и узких (свыше 4 мм) пародонтальных карманов, одиночных пародонтальных абсцессов рекомендуется проводить операцию гингивэктомии. Эта операция заключается в рассечении десны в области пародонтального абсцесса, промывании полости Мирамистином, кюретаже, укладке лоскута на место и наложении шва. Заживление происходит на костном основании.

Операция гингивэктомии показана при наличии глубоких пародонтальных карманов. При проведении этой операции карманы иссекаются на всю глубину, после чего на рану накладывается десневая повязка. С целью ликвидации пародонтальных карманов, коррекции дефектов края десны проводится лоскутная операция различной модификации. Сущность операции заключается в образовании и откидывании слизисто-надкостничного лоскута с последующим удалением поддесневых зубных отложений, грануляций, деэпителизацией внутрен-

ней поверхности десны, удалением поверхностных слоев декальцинированной костной ткани, выравниванием края кости альвеолярного отростка, репозированием лоскута. Рану следует ушить полиамидной нитью, наложить антисептическую повязку с Мирамистином и зафиксировать шиной.

Непосредственно после оперативных вмешательств на пародонте показано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, ортофен, индометацин), которые обладают выраженным противоотечным, анальгезирующим, антигипоксическим эффектом. При лечении пародонтитов средней и тяжелой степеней, плохо поддающихся местной противовоспалительной терапии, целесообразно применение антибиотиков широкого спектра действия. Антибиотики потенцируют эффект местного лечения, снижают риск развития осложнений от консервативного и хирургического лечения, увеличивают период ремиссии.

Выводы

Проведенные клинко-иммунологические исследования показали, что комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита с применением иммуномодулирующего антисептика Мирамистина обеспечивает более стойкую ремиссию и удлиняет ее сроки. Применение в практике стоматологии современных достижений медицинской науки позволяет расширить возможности патогенетической терапии болезней пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Иванов В.С.** Заболевания пародонта. – М, 2001.
2. **Копейкин В.Н.** Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. – М, 1998.
3. **Кудрявцева Т.В., Орехова Л.Ю., Грудянов А.И.** Организация пародонтологической помощи. Пародонтология, 2001, №1–2. – С. 7–8.
4. **Курыкина Н.В., Кутепова Т.Ф.** Заболевания пародонта. – Новгород, 2000.
5. **Пинегин Б.В., Андропова Т.М.** Некоторые теоретические и практические вопросы клинического применения иммуномодулятора ликопада. – Иммунология, 1998, №2. – С. 60–63.
6. **Мирамистин**, результаты клинических исследований в стоматологии. – Москва, 2011.
7. **Гусенов С.Г., Расулов К.М., Капланова З.А.** Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита с использованием мирамистина и ликопада: Методические рекомендации. – Махачкала, 2002.
8. **Журочко Е.И., Заречная И.П., Чубарь А.П., Горобец С.М.** Лечение хронического периодонтита с применением пасты на основе лаванды и мирамистина. // Тр. КГМУ им. С.И.Георгиевского. – 2001. – Т. 137. Ч. 1. – С. 132–133.
9. **Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В.** Обоснование применения мирамистина для лечения больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. // Тезисы докл. XIII нац. конгресса «Человек и лекарство». – М., 2006. – С.61.