

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПО ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350087, г. Краснодар, ул. Кубанская набережная, 52/1, оф. 5. E-mail: bma_doc@mail.ru*

Проведена оценка состояния по индексам пародонта Köttschke и CPITN у 151 пациента с хроническим катаральным гингивитом, получавших различные методы лечения. Определена динамика изменения индексов при различных методах лечения. Доказано, что наилучшие показатели установлены при проведении лечения методом БТС-терапии и убихиноном.

Ключевые слова: гингивит, лечение, индексная оценка.

O. S. BONDARENKO, O. N. RISOVANNAYA, A. N. BONDARENKO

EFFICIENCY ESTIMATION OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS CASES THERAPY BY AN INDEX ESTIMATION OF RESULTS OF VARIOUS TREATMENT METHODS

*Dentistry department F. I. Q. and P. R. S. Kuban state medical university,
Russia, 350087, Krasnodar, Kubanskaya naberezhnaya st., 52/1, of. 5. E-mail: bma_doc@mail.ru*

The condition on periodontal indexes Köttschke and CPITN at 151 patients with the chronic catarrhal gingivitis cases, receiving various methods of treatment was appraised. Time history of indexes is defined at various methods of treatment. It is proved that the best rates are established at carrying out the BTL-therapy and ubihinon-treatment.

Key words: gingivitis, treatment, index estimation.

Введение

Одной из важнейших проблем стоматологии в настоящее время является повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта, в частности хронического катарального гингивита [2, 8]. Современный уровень знаний об этиологии этих заболеваний однозначно определяет микрофлору как доминирующий местный фактор.

Перспективным направлением лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта является использование лазерных технологий. Антибактериальное воздействие лазера, зависящее от мощности источника и длины волны, является важным аспектом его многофакторного воздействия на биологические системы. Известно, что большие дозы лазерного излучения (мощность 2–20 Вт) обладают антибактериальным эффектом, но вызывают термическое разрушение тканей. Низкоэнергетическое лазерное излучение (10–30 мВт) не вызывает термического нагрева. В этом случае используются такие эффекты взаимодействия лазерного света с живыми биотканями, как вазодилатация кровеносных и лимфатических сосудов, усиленное обогащение зоны воздействия кислородом. Но антибактериальным действием низкоэнергетические лазеры не обладают, поскольку их излучение не приводит к гибели микроорганизмов [1].

Антибактериальное воздействие лазера в комплексе с его уникальными биостимулирующими свойствами может быть достигнуто при использовании эффекта селективного подавления патогенной микрофлоры, сенсibilизированной специальными препаратами, активируемыми лазерным светом относительно небольшой (0,5–3 Вт) мощности [4].

Возникающий эффект селективного подавления лазерным излучением фотосенсибилизированной патогенной микрофлоры получил название бактериотоксического светового эффекта (БТС-терапии, или BTL – от bacterio toxic light), а метод лечения – БТС-терапии.

Одновременно достаточно остро стоит проблема поиска наиболее оптимальных фармакологических средств для повышения эффективности противовоспалительной терапии и ускорения регенерации тканей, среди которых в последнее время широко применяются препараты убихинона, под влиянием которых отмечается усиление антиоксидантной защиты организма за счет снижения процессов перекисного окисления липидов в организме в целом и местно в тканях пародонта, нормализации показателей липидного обмена, усиления кислородного насыщения тканей десны [6, 7].

Местное нанесение убихинона на пародонтальный карман в качестве даже единственного метода лечения приводит к снижению динамики кревикулярной жидкости, уменьшению глубины пародонтального кармана и глубины потери контакта зуба с десной; нанесение убихинона в сочетании с механической санацией поддесневой области приводит к улучшению показателей модифицированного индекса кровоточивости дёсен после зондирования и подавлению активности бактерий, вызывающих заболевания пародонта.

Таким образом, углубленное изучение и реализация наиболее эффективных современных методик антибактериальной терапии гингивита в комплексе с реабилитационной терапией антиоксидантами (убихинон) является актуальной и малоизученной проблемой, что позволило нам определить в качестве цели исследования повышение эффективности

лечения хронического катарального гингивита путём сочетанного использования БТС-терапии и убихинона.

Методика исследования

Поставленная цель была реализована в клинко-лабораторном исследовании, проведенном на кафедре стоматологии ФПК и ППС КГМУ и клинике лазерной стоматологии.

Для проведения исследования все пациенты (155 человек) были распределены на 5 групп в зависимости от применяемого метода лечения:

основная группа 1 (35 человек), в которой лечение проводилось с применением усовершенствованной БТС-терапии и дополнительным назначением антиоксидантной терапии убихиноном с повторными курсами реабилитационной терапии через 6 месяцев;

основная группа 2 (28 человек), в которой лечение проводилось с применением усовершенствованной БТС-терапии и дополнительным назначением антиоксидантной терапии убихиноном с повторными курсами реабилитационной терапии через 3 месяца;

группа сравнения 1 (29 человек), в которой лечение проводилось с применением усовершенствованной БТС-терапии и традиционной фармакотерапией с повторными курсами, проводимыми через 6 месяцев;

группа сравнения 2 (32 человека), в которой лечение проводилось с применением традиционной терапии He-Ne лазером и дополнительным назначением антиоксидантной терапии убихиноном с повторными курсами реабилитационной терапии через 6 месяцев;

контрольная группа (31 человек), в которой лечение проводилось традиционными методами с повторными курсами через 6 месяцев.

Выбор метода лечения проводился исключительно на основании информированного добровольного согласия пациентов. Для наблюдения отбирались подряд больные хроническим гингивитом, обратившиеся за стоматологической помощью. Сведения о пациентах приведены в таблице.

Всем пациентам проводилось комплексное лечение по известным лечебно-реабилитационным схемам [3].

В план лечения больного включались:

устранение местных раздражающих факторов; удаление твёрдых назубных отложений, пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов;

обучение правильной чистке зубов и контроль с использованием раствора фуксина, раствора люголя, эритрозина;

рекомендации по выбору средств гигиены: зубная щётка, межзубные «ёршики», стимуляторы, флоссы и др.;

профессиональная гигиена полости рта – полирование поверхности зубов;

использование раствора хлоргексидина 0,06% для ротовых ванночек на период обучения гигиене (7–10 дней), 3 минуты после чистки зубов утром и вечером для инактивации бактерий бляшки.

При наличии у пациентов тех или иных заболеваний органов, систем параллельно с местными лечебными воздействиями проводилось лечение у соответствующих специалистов.

Для проведения противовоспалительной терапии использовались аппликации 5%-ной бутадіоновой мази по 20 минут ежедневно в течение 10 дней.

Дополнительная антиоксидантная терапия проводилась путём дополнительного местного применения убихинона (коэнзим Q10) по методике, описанной М. М. Пожарицкой с соавт. (2007), которая включала:

зубы и десну изолируют от слюны;

ватные турунды, смоченные коэнзимом Q10 (45 мг коэнзима Q10), апплицируют на десневой край. Время аппликации – 15–20 минут, количество процедур – 10.

В перерывах между курсами лечения целесообразно назначение Q10 внутрь: по 20 мг 2 раза в день в течение месяца.

В качестве традиционной лазерной терапии применялось низкочастотное излучение гелий-неонового лазера расфокусированным лучом при плотности энергии 100 Дж/см² по 10 минут ежедневно в течение 7 дней.

Проведение БТС-терапии осуществлялось по следующей методике: предварительно проводилась аппликация фотосенсибилизатора фотолон на маргинальный край десны из расчета 0,1 мл на зону 1 зуба; далее через усовершенствованный оптический проводник проводилось лазерное облучение при плотности энергии 100 Дж/см² в течение 1 минуты; всего проводилось 3 сеанса БТС-терапии.

Для оценки эффективности проведённого лечения нами был использован индекс Н. Kötzhke (1969), который учитывает ряд симптомов заболевания, разделённых автором на 3 группы: 1-я группа – симптомы, характеризующие воспаление или, по выражению автора, воспалительную компоненту процесса; это показатели, соответствующие индексу ПМА, кровоточивость десен (В), йодный индекс (I); 2-я группа – симптомы, характеризующие глубину процесса или глубинную компоненту; это глубина патологических зубодесневых карманов (Т) и подвижность зубов (L); 3-я группа – симптомы, характеризующие дистрофическую компоненту, это ретракция десны (R).

Индекс можно подсчитать в целом, но наиболее целесообразно определить величину отдельных его компонентов, которые могут варьировать у разных контингентов при неизменном показателе в целом, рассчитывается по оценочной таблице: традиционным методом [5].

Для определения нуждемости пациентов в лечении пародонта был использован индекс CPITN, предложенный Barmes, Beagrie в 1982 г.

На каждой челюсти предложено различать по три секстанта: фронтальный и боковые. Граница между ними проходит между клыками и первыми премолярами:

87654321|12345678

87654321|12345678

Осматривают 10 зубов (17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47-й). В каждом секстанте регистрируют состояние пародонта только одного зуба, фиксируя для моляров зуб с более тяжелым клиническим состоянием.

Отмечают такие клинические признаки, как кровоточивость десны, зубные отложения, глубина карманов. Регистрируется количество пораженных секстантов по каждому признаку на каждого обследуемого.

Необходимость в лечебных мероприятиях определяется следующим образом:

0 баллов – лечения не требуется;

1 балл – инструктаж по уходу за полостью рта с контролем гигиенических индексов;

2–3 балла – обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена (снятие всех зубных отложений);

4 балла – необходимость в комплексном лечении пародонтита.

Распределение пациентов по группам лечения

Группы лечения	Пол				Всего	
	Мужской		Женский			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа 1	18	51,43	17	48,57	35	22,58
Основная группа 2	12	42,86	16	57,14	28	18,06
Группа сравнения 1	14	48,27	15	51,73	29	18,71
Группа сравнения 2	14	43,75	18	56,25	32	20,65
Контрольная группа	12	38,70	19	61,30	31	20,00
Итого	70	45.16	85	54.84	155	100

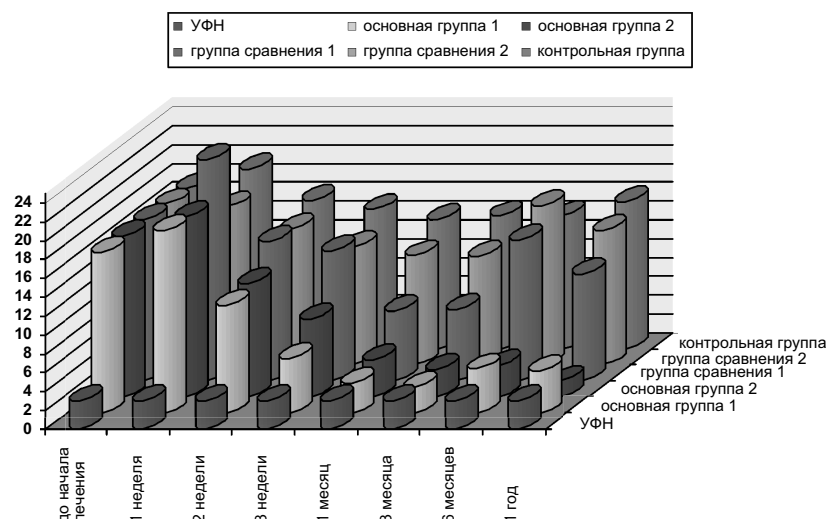


Рис. 1. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения хронического катарального гингивита по результатам анализа суммарного индекса Kötschke

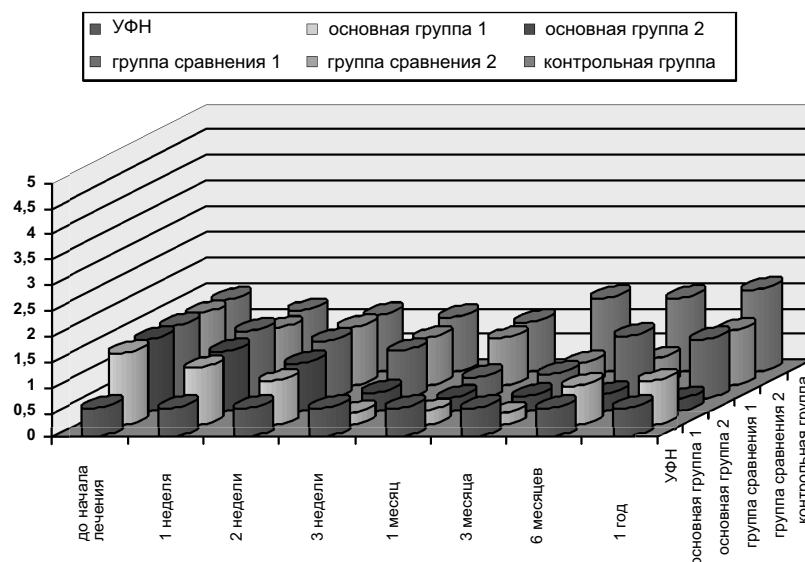


Рис. 2. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения хронического катарального гингивита по результатам анализа индекса CRITN

Результаты исследования

Данные сравнительного исследования эффективности различных методов лечения хронического катарального гингивита по результатам анализа суммарного индекса Н. Kötschke (рис. 1) показали, что во всех группах наблюдения его величина превышала

параметры условной физиологической нормы в среднем в 2,5 раза ($p < 0,05$) и составляла $17,1 \pm 0,9$ условные единицы. В последующие сроки наблюдения выявлена разнонаправленная динамика изменения показателей, которая имела существенные различия как по отдельным группам, так и по срокам наблюдения.

Так, через 1 неделю наблюдения только в группе сравнения 2 отмечено минимальное снижение индексной оценки – на $6,2 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$), тогда как в остальных группах произошел рост индекса в среднем на $13,4–37,4\%$ ($p < 0,05$). В дальнейшем, начиная со второй недели наблюдения, во всех группах установлено снижение индекса по отношению к исходному уровню, наиболее выраженное (в среднем на 30% при $p < 0,05$) в обеих основных группах и наименее значительное в контрольной группе: на $7,6 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$).

Через 3 недели наблюдения темпы вектора снижения индекса сохранялись, при этом в основных группах 1 и 2 его величина приблизилась к верхней границе условной физиологической нормы ($5,8 \pm 0,3$ у. е. и $8,3 \pm 0,3$ у. е. соответственно при $p < 0,05$); в то же время в группах сравнения 1 и 2, а также в контрольной группе уровень снижения был менее значительный и составил соответственно $13,8 \pm 0,6$ у. е., $12,5 \pm 0,5$ у. е. и $14,8 \pm 0,5$ у. е. при $p < 0,05$.

В период от 1 месяца до окончания срока наблюдения через 1 год в обеих основных группах наблюдения индексная оценка по Н. Kötzhke была в пределах условной физиологической нормы и колебалась от $4,7 \pm 0,3$ у. е. до $1,7$ у. е. при $p < 0,05$. В тот же период в группе сравнения 1 уровень индексной оценки был в пределах $7,4 \pm 0,9$ у. е. ($p < 0,05$) – $11,3 \pm 0,3$ у. е. ($p < 0,05$), а в группе сравнения 2 и контрольной он был значительно выше и составлял в среднем $14,7 \pm 0,6$ у. е. ($p < 0,05$).

Вышеописанным данным соответствует также сравнительная оценка эффективности различных методов лечения хронического катарального гингивита по результатам определения индекса CPITN (рис. 2).

На приведенном графике наглядно видно, что до начала лечения больные во всех группах наблюдения нуждались в активной терапии. Далее в основных группах 1 и 2 до окончания периода наблюдения уровень индексной оценки указывал на необходимость проведения только рациональной гигиены полости рта и, соответственно, на достаточность проводимой поддерживающей терапии.

В обеих группах сравнения и контрольной группе показатель имел разнонаправленные векторы и темпы

развития и при его снижении в промежуточные сроки наблюдения от 3 недель до 3 месяцев, в последующем через 6 месяцев и 1 год наблюдения вновь возрос до уровня более $1,0$ у. е., что свидетельствовало о необходимости проведения дополнительного лечения.

Таким образом, вышеприведенные сведения свидетельствуют о более высокой эффективности лечения хронического катарального гингивита с применением БТС-терапии и убихинона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер Г. Б., Беликов А. В., Ерофеев А. В. и др. Экспериментальное изучение (in vitro) антибактериальных свойств излучения YAG:Nd и YAG: Cr; Tm; Ho лазеров // Новое в стоматологии. – 1996. – № 5. – С. 29–31.
2. Грудянов А. И., Овчинникова В. В., Дмитриева Н. А. Антибактериальная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004. – С. 80.
3. Дмитриева Л. А., Беспалова И. Н., Золотоев З. Э. и др. В кн.: Современные аспекты клинической пародонтологии. – М.: МЕДпресс, 2001. – С. 3–63.
4. Масычев В. И., Рисованная О. Н. Исследование in vitro антибактериального действия светотерапии на патогенную флору полости рта // Институт стоматологии. – 2004. – № 3 (24). – С. 86–88.
5. Перова Н. Ю., Ермошенко Л. С., Бондаренко Н. А., Нижник В. Г., Авагимов А. Г. Индексная оценка состояния полости рта и тканей пародонта: Учебно-методическое пособие для студентов стоматологических факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов и врачей-стоматологов. – 2002.
6. Пожарицкая М. М., Симакова Т. Г., Руднева Е. В., Чипизубова И. В. Эффективность препарата коэнзим Q10 в комплексном лечении болезней пародонта // Пародонтология. – 2004. – № 2. – С. 1–14.
7. Цепов Л. М., Николаев А. И., Михеева Е. А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 135–247.
8. Bartold P. M., Marshall R. I., Georgiou T., Mergado F. B. Periodontal diseases and health condition // Пародонтология. – 2003. – № 3 (28). – С. 3.

Поступила 20.08.2010

В. Б. БРИН¹, А. А. ГАБУЕВА¹, К. М. КОЗЫРЕВ², И. У. ПУХОВА²

ВЛИЯНИЕ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ И СУЛЬФИДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «РЕДАНТ-4Р» РАЗДЕЛЬНО И В ИХ СОЧЕТАНИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТРУКТУРНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ МОДЕЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО АМИЛОИДОЗА НЕФРОПАТИЧЕСКОГО ТИПА

¹Кафедра нормальной физиологии и ²кафедра патологической анатомии
Северо-Осетинской государственной медицинской академии,
Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40. E-mail: vbbrin@yandex.ru

В опытах на старых крысах (18–24 месяца) с помощью длительного (60 суток) подкожного введения яичного альбумина воспроизводили модель генерализованного амилоидоза. Показано, что параллельно воспроизведению модели внутрижелудочное применение янтарной кислоты, сульфидной минеральной воды и, особенно, их сочетания способно профилактировать формирование структурных и функциональных признаков нефропатического типа амилоидоза у старых крыс.

Ключевые слова: амилоидоз, почки, янтарная кислота, сульфидная минеральная вода.