

Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П., Гильмутдинова Л.Т.

## Применение реабилитационных программ при лечении хронического генерализованного пародонтита

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Khaibullina R. R., Gerasimova L. P., Gilmutdinova L. T.

### The use of rehabilitation programs in the treatment of chronic generalized parodontitis

#### Резюме

Представлены результаты исследования 153 пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести с характеристикой клинических, функциональных особенностей этих больных. Разработана программа их лечения с применением лазерофореза с Кальганатом и озонотерапии. Определена эффективность программы с положительной динамикой, со снижением гигиенического индекса на 71% ( $p < 0,05$ ), индекса кровоточивости на 84% ( $p < 0,05$ ) и индекса Рамфьерда на 88% ( $p < 0,05$ ) с возрастанием эффективности на 33% в сравнении с контрольной группой.

**Ключевые слова.** Хронический генерализованный пародонтит, лазерофорез

#### Summary

Presents the results of a study of 153 patients with chronic generalized parodontitis of moderate severity with clinical characteristics, functional characteristics of these patients. Developed a program of treatment with the use of lazerophores with Calgonat and ozone therapy. Determined the effectiveness of the program with positive dynamics, with lower hygienic index by 71% ( $p < 0.05$ ), bleeding index by 84% ( $p < 0.05$ ) and index Ramfjord by 88% ( $p < 0.05$ ) with increasing efficiency by 33% in comparison with the control group.

**Key words.** Chronic generalized parodontitis, lazerophores, Calgonat, ozone therapy

#### Введение

Среди наиболее актуальных проблем современной стоматологии заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест. Активный рост этого заболевания в последние годы ставит его на одну из лидирующих позиций в структуре стоматологической патологии [3].

Заболевания пародонта являются самыми распространенными среди всех возрастных групп населения, особенно среди его трудоспособной части. Важность указанной проблемы обусловлено в первую очередь нарушением структурно-функционального состояния слизистой оболочки ротовой полости, что снижает качество жизни трудоспособного населения и приводит к ранней потере зубов [1,2,4].

Согласно данным ВОЗ - по 35 странам мира среди лиц в возрасте 35 - 44 лет в 20 странах отмечена высокая распространенность заболеваний пародонта (75-94%), умеренная (менее 40%) - в 15 странах [1,3,5].

По последним исследованиям пародонтит является мультифакториальным заболеванием [5,6].

На сегодняшний день уже не вызывает сомнения тот факт, что лечение заболеваний пародонта только с

использованием антибактериальных и противовоспалительных препаратов недостаточно, необходимо применять комплексный подход, с использованием физиотерапевтических методов лечения [2,6].

Среди физиотерапевтических технологий высокую эффективность показал лазерофорез, как комплексный метод стимулирующей терапии, имеющий в своей основе сочетанное воздействие двух основных факторов: воздействие самого лекарственного вещества и воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения. Лазерофорез стимулирует проникновение лекарственных препаратов за счет основных механизмов: повышения проницаемости слизистой оболочки полости рта; улучшения реологических свойств крови; повышения тканевого метаболизма; улучшения микроциркуляции; стимуляции кислородного обмена; активизации мембранных рецепторов «клеток-мишеней».

*Целью работы* явилась оценка эффективности применения лазерофореза с Кальганатом в сочетании с озонотерапией у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 153 человека, с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, которые проходили лечение на базе ГАУЗ Республиканский врачебно-физкультурный диспансер и стоматологической клинике ООО «Жемчужина».

Кроме того обследовали 25 человек (практически здоровых лиц, с интактными зубными рядами, без жалоб, аналогичных по возрасту) для уточнения функциональных параметров нормы.

Критериями включения в исследование были: возраст 30–40 лет, диагноз хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, согласие на длительное многократное обследование.

Клинические исследования проводились по общепринятой схеме.

При осмотре в полости рта уточняли наличие зубного налета, гиперемии и отечность десны. Проводили определение глубины пародонтальных карманов, подвижности зубов. Также фиксировали зубную формулу, оценивали прикус и окклюзионные контакты.

Для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий использовали: гигиенический индекс (ОHI-S), индекс кровоточивости (SBI), индекс Рамфьерда, по общепринятым методам.

Межгрупповое сравнение среднестатистических показателей проводилось по критерию Стьюдента.

Проводилась дентальная компьютерная томография на аппарате фирмы Galileos – «Siroga» (Германия) до и после проведенного курса лечения.

После проведенных диагностических мероприятий по проводимой терапии пациенты рандомизировано разделены на контрольную (КГ,  $n=73$ ) и основную группу (ОГ,  $n=80$ ) группы.

Всем пациентам назначалась базовая терапия, которая включала в себя проведение профессиональной гигиены полости рта с использованием скейлера и профессиональных паст и щеток, обучение пациентов гигиене полости рта, а также открытый кюретаж пародонтальных карманов. Для местной противовоспалительной терапии использовался Хлоргексидин.

Пациентам основной группы, дополнительно к базовой терапии, через 2-3 дня, назначали лазерофорез с Кальганатом и озонотерапию.

В пародонтальные карманы и по десневому краю с захватыванием поверхности зуба вводили гель «Кальганат», разведенный на дистиллированной воде в соотношении 3:1. Затем в области введения препарата через маргинальный край десны проводили лазерофорез мощностью излучения 0,4 Вт, плотностью энергии 18–20 Дж/см<sup>2</sup>, длиной волны 662 Нм на верхнюю и нижнюю челюсти посегментарно: 1.8–1.3; 1.3–2.3; 2.3–2.8 – сегменты верхней челюсти и 3.8–3.3; 3.3–4.3; 4.3–4.8 – сегменты нижней челюсти по 4 минуты на каждый сегмент: 2 минуты с вестибулярной стороны и 2 минуты с небной (язычной) стороны. Использовалась пародонтологическая насадка. Курс лечения составил 6 ежедневных процедур.

Озонотерапию проводили на аппарате ОЗОН УМ-80. Длительность курса озонотерапии составила 10 процедур. Использовался озонированный физиологический раствор для внутривенных инфузий с концентрацией озона 0,4–1,6 мг/л.

## Результаты и обсуждение

При первичном обследовании у пациентов преобладали следующие жалобы: неприятные болевые ощущения и чувство дискомфорта в полости рта (73%), неприятный запах изо рта (87%), кровоточивость десен при чистке зубов, при приеме пищи, привкус крови во рту (100%), изменение цвета десны (49%).

Объективно в полости рта у всех пациентов межзубные сосочки и краевая десна были цианотичны, глубина пародонтальных карманов составила 5 мм, преимущественно в области межзубных промежутков, подвижности и смещения зубов не определялось, отмечалась кровоточивость.

По результатам дентальной компьютерной томографии, проведенной до лечения, в 100% выявлялась начальная степень деструкции костьной ткани межзубных перегородок: разволокнение или исчезновение компактной пластинки, явления остеопороза, незначительное снижение высоты межзубных перегородок, менее чем на 1/3.

У здоровых гигиенический индекс (ОHI-S) составил  $0,6 \pm 0,07$ , индекс кровоточивости (SBI) –  $0,1 \pm 0,05$ , индекс Рамфьерда –  $0,5 \pm 0,17$ .

У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести: гигиенический индекс (ОHI-S)  $1,95 \pm 0,09$  ( $p < 0,05$ ), индекс кровоточивости (SBI)  $1,17 \pm 0,17$  ( $p < 0,05$ ) и индекс Рамфьерда  $5,98 \pm 0,21$  ( $p < 0,05$ ), что говорит о неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта.

Результаты оценки пародонтального статуса показывают, что для хронического воспаления десневой ткани характерны высокие значения гигиенических индексов и индексов, характеризующих воспалительные реакции (Таблица 1).

Применение базового лечения сопровождалось регрессом клинических проявлений. У пациентов КГ наблюдали заметное снижение болевых ощущений (-27%), ( $p < 0,05$ ), в сравнении с исходными данными, кровоточивости (-35%), ( $p < 0,05$ ), гиперемии 53%, ( $p < 0,05$ ) и отечности десны 35%, ( $p < 0,05$ ), которая при осмотре стала плотнее прилегать к шейкам зубов.

Сравнительная оценка гингивальных и пародонтальных индексов показала, что в КГ после стандартного лечения наблюдали улучшение стоматологического статуса. В частности, гигиенический индекс снизился на 18% ( $p < 0,05$ ), индекс кровоточивости на 27% ( $p < 0,05$ ) и индекс Рамфьерда на 29% ( $p < 0,05$ ), (Таблица 2).

Сравнительный анализ динамики клинической симптоматики позволил установить, в ОГ под влиянием комплексного применения лазерофореза с Кальганатом и озонотерапии, положительные изменения носили более выраженный характер. Так, у пациентов ОГ после курса терапии, в 75% случаев отсутствовали жалобы на болевые ощущения, в 79% - на кровоточивость, и отсутствие неприятных ощущений и чувство дискомфорта в полости рта в 87%. Это проявлялось не только в исчезновении

Таблица 1. Данные исследованных параметров у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (M±m)

Показатель	Группа здоровых	Пациенты с ХГП
Гигиенический индекс (ОHI-S)	0,6±0,07	1,95±0,09*
Индекс кровоточивости (SBI)	0,1±0,05	1,17±0,17*
Индекс Рамфьерда	0,5±0,17	5,98±0,21*

\*- значимость различий показателей в сравнении со здоровыми,  $p < 0,05$ .

Таблица 2. Динамика исследованных параметров у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (M±m)

Показатель	Группа	До лечения	После лечения
Гигиенический индекс (ОHI-S)	КГ, n=73	1,95±0,09	1,6±0,07*
	ОГ, n=80	1,93±0,09	0,61±0,05*°
Индекс кровоточивости (SBI)	КГ, n=73	1,17±0,17	0,86±0,15*
	ОГ, n=80	1,15±0,15	0,32±0,23*°
Индекс Рамфьерда	КГ, n=73	5,98±0,21	4,25±0,33*
	ОГ, n=80	5,96±0,19	1,26±0,41*°

\*- значимость различий показателей в сравнении с исходными, ° - в сравнении с КГ,  $p < 0,05$

жалоб у больных, но и улучшением состояния тканей пародонта, что характеризовалось исчезновением отека и гиперемии десны у 87%, которая приобретала бледно-розовую окраску, плотноэластическую консистенцию, правильную конфигурацию сосочков и десневого края.

Одновременно наблюдали улучшение стоматологического статуса. Отмечено снижение индекса гигиены на 71% ( $p < 0,05$ ), индекса кровоточивости на 84% ( $p < 0,05$ ) и пародонтального индекса на 88% ( $p < 0,05$ ), (Таблица 2).

Результаты денальной компьютерной томографии показали частичное восстановление компактной пластинки межальвеолярных перегородок у пациентов контрольной группы и полное восстановление компактной пластинки у пациентов основной группы.

## Заключение

Результаты показали высокую эффективность применения реабилитационной программы, включающей лазерофорез с Кальганатом и озонотерапию при лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Установлено, что под влиянием комплексного применения лазерофореза с Кальганатом и озонотерапии достоверно возрастает эффективность проводимой терапии на 33%, в сравнении с КГ.

Комплекс, включающий лазерофорез с Кальганатом и озонотерапию может применяться в терапии больных с хроническим генерализованным пародонтитом в стоматологических поликлиниках, медицинских центрах здоровья и отделениях физиотерапии, как у больных с ХГП, так и при других заболеваниях пародонта. ■

*Хайбуллина Р.Р.* – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ, г. Уфа; *Герасимова Л.П.* – д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ, г. Уфа; *Гильмутдинова Л.Т.* – д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ, г. Уфа; Автор, ответственный за переписку - *Хайбуллина Р.Р.*, E-mail: [rasimadiana@mail.ru](mailto:rasimadiana@mail.ru), тел. 8 917 49 32 203.

## Литература:

1. Гильмутдинова Л.Т. Методы коррекции функциональной активности мышц челюстно-лицевой области у больных хроническим генерализованным пародонтитом /Р.Р. Хайбуллина, Л.П. Герасимова // Практическая медицина. – 2013. – № 4. С. 67-69.
2. МюллерХ.П. Пародонтология // - 2004 –256С.
3. Максимовская Ю.М. Терапевтическая стоматология /Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова // -2002 –296С.
4. Нагорнев С.Н. Влияние сочетанного применения грязевых аппликаций и фотофореза пантовегина на динамику пародонтального статуса у больных хроническим гингивитом /Д.А. Хасанова, К.В. Рыгина, Т.В. Кончугова, Г.А. Пузырева // Вестник восстановительной медицины. - 2014.- №1.- С. 10-13.
5. Цепов Л.М. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических воспалительных генерализованных заболеваний пародонта (Обзор литературы) / Л.Ю.Орехова, А.И.Николаев, Е.А. Михеева // Пародонтология. - 2005. - №2. - С. 2-6.
6. Цепов Л.М. Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям /Е.А. Михеева, Н.А.Голева, М.М. Нестерова // Пародонтология. - 2010. - №1. - С. 3-5.
7. Хорева Ю.А. Реабилитация больных с дисфункциональной перегрузкой пародонта: Автореф. дис ... канд. мед.наук // Ст-Петербург 2000; 20С.