Диаграмма 1. Показатели индекса PAI до начала эндодонтического лечения и через 6,12,24,36-60 месяцев контроля

Вывод. Анализируя полученные данные индекса PAI по состоянию периапикальных дефектов зубов, подвергнутых различным схемам эндодонтического лечения, наилучшая динамика репарации пораженных периапикальных тканей за период от начала и до завершения эндодонтического лечения ($138,6 \pm 5,10$ дней) определена в третьей опытной группе (редукция индекса составила $1,84 \pm 0,08$ баллов), а за весь период наблюдения (36-60 месяцев) наилучшая динамика наблюдалась во второй опытной группе (редукция индекса составила 3,19 баллов).

1. Covello F, Franco V, Schiavetti R, et al. Prevalence of apical periodontitis and quality of endodontic treatment in an Italian adult population. *Oral Implantol (Rome)*. 2011;3(4):9–14.
2. Persoon IF, Özok AR. Definitions and Epidemiology of Endodontic Infections. *Curr Oral Health Rep*. 2017;4(4):278–285. doi:10.1007/s40496-017-0161-z DOI: 10.1007/s40496-017-0161-z
3. Graunaite I., Lodiene G., Maciulskiene V. Pathogenesis of apical periodontitis: A literature review. *J. Oral. Maxillofac. Res.* 2012;2(4):e1.
4. Persoon IF, Buijs MJ, Özok AR, Crielaard W, Krom BP, Zaura E, et al. The mycobiome of root canal infections is correlated to the bacteriome. *Clin Oral Invest*. 2017;21:1871–1881. doi: 10.1007/s00784-016-1980-3
5. Virtanen E, Nurmi T, Söder PÖ, Airila-Månsson S, Söder B, Meurman JH. Apical periodontitis associates with cardiovascular diseases: a cross-sectional study from Sweden. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):107. Published 2017 Jul 11. doi:10.1186/s12903-017-0401-6
6. Segura-Egea J.J., Martín-González J., Castellanos-Cosano L. Endodontic medicine: connections between apical periodontitis and systemic diseases. *Int. Endod. J.* 2015;48(10):933–951.
7. Ørstavik, D., Kerekes, K. and Eriksen, H. M. (1986), The periapical index: A scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis. *Dental Traumatology*, 2: 20-34. doi:10.1111/j.1600-9657.1986.tb00119.x

Садыгова Н.Н.

К вопросу повышения эффективности лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi 10.18411/gq-31-07-2019-32

idsp sciencerussia-31-07-2019-32

Аннотация

38 пациентов с хроническим пародонтитом были разделены на три лечебные группы: две основные - 13 больных в каждой и одна контрольная – 12 пациентов.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день применение антибиотиков нередко сопровождается формированием дисбиоза, что, в свою очередь, приводит к снижению уровня резистентности органов и тканей полости рта к воспалительным и деструктивным заболеваниям. Применение синбиотика Максилак в комбинации с общепринятой терапией повышает эффективность лечения, сокращая реабилитационные сроки и частоту обострений, о чем свидетельствует более низкие среди всех 38 пациентов именно в этой группе показатели пародонтального индекса PI, гингивального индекса GI и индекса кровоточивости SBI на всех этапах исследований.

Ключевые слова: пародонтит, индексы, симбиотик, лечение

Abstract

38 patients with chronic periodontitis were divided into three treatment groups: two main - 13 patients each and one control - 12 patients. It should be noted that today the use of antibiotics is often accompanied by the formation of dysbiosis, which, in turn, leads to a decrease in the level of resistance of organs and tissues of the oral cavity to inflammatory and destructive diseases. and the frequency of exacerbations, as evidenced by lower periodontal PI index among all 38 patients in this group, gingival th GI index and SBI bleeding index at all stages of research.

Keywords: periodontitis, indexes, symbiotics, treatment

Пародонтопатии, как правило, являются и строго ограниченной локальной патологией, а также могут представлять с собой клинические проявления серьезных системных заболеваний. При этом, страдает общее состояние здоровья человека, качество его жизни, то есть ролевое и физическое функционирование в обществе. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта превращается в значимую социальную и общемедицинскую проблему [1].

Существует много теорий возникновения и развития заболеваний пародонта воспалительного генеза, но ни у кого не вызывает сомнений, что их развитие напрямую связано с активностью нормальной и патогенной микрофлоры полости рта или зубной бляшки [2]. Известна эффективность некоторых эндогенных средств, витаминов, минералов и пробиотических средств для нормализации функции определенных органов и систем организма и в том числе повышения защитных свойств тканей полости рта [3,4]. В этой связи одним из перспективных научных направлений современной практической стоматологии является оценка эффективности применения пробиотиков в качестве дополнительной поддерживающей терапии в традиционном комплексном лечении, базирующемся на профессиональной гигиене полости рта [5].

Таким образом, наиболее эффективным и перспективным методом лечения и профилактики развития стоматологических заболеваний являются все средства и методы, но при условии их максимально щадящего воздействия, обеспечивающего сохранение полноценного биоценоза полости рта.

Цель работы: повышение эффективности лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта путём включения в комплекс терапевтических мероприятий пробиотических средств.

Материал и методы исследования. Пациенты (38) с пародонтитом легкой степени были разделены на 3 группы наблюдения: контрольная группа - 12, в которой лечение ограничивалось только гигиеническим обучением и проведением профессиональной гигиены. Группа сравнения (13 человек) получала лечение по общепринятой стандартной схеме и зубную пасту Curasept ADS в составе индивидуальной гигиены полости рта. Основная группа (13 человек) получала стандартную терапию и зубную пасту Curasept ADS и синбиотик Максилак (пробиотик + пребиотик). Динамические наблюдения проводили в сроки: 1,3,6 месяцев. В

дальнейшем участникам исследования рекомендовали чистить зубы дважды в день не менее трех минут. Продолжительность исследования составила 6 месяцев. В ходе контрольных стоматологических осмотров оценивали количество и локализацию зубного налета — по индексу эффективности гигиены полости рта РНР (Podshalley, Haley, 1968); степень воспаления десны — по индексу гингивита GI (Loe, Silness, 1963); кровоточивость десны — с помощью упрощенного индекса кровоточивости десневой борозды SBI (Muhlemann, 1971).

Результаты исследования. Для оценки эффективности различных лечебно-профилактических мер определялась локализация и степень тяжести пародонтита использовали индекс гингивита GI. Значения этого индекса у стоматологических больных во всех трех группах при первичном осмотре до начала лечения были почти идентичны и составили - $1,93 \pm 0,029$; $1,83 \pm 0,025$ и $1,94 \pm 0,034$ соответственно, в что интерпретируется как пародонтит легкой степени (табл. 2). При динамическом обследовании, спустя некоторые сроки после завершения лечебно-профилактических мероприятий, во всех группах происходило достоверное снижение показателя индекса GI, что свидетельствовало об эффективности проводимого курса базовой терапии ($p < 0,001$).

Очевидно, что уменьшению выраженности клинических признаков патологического процесса воспалительного и деструктивного характера в тканях пародонта, способствовало проведение профессиональной гигиены и улучшенному индивидуальному уходу за гигиеническим состоянием полости рта. Но, при этом, на завершающих этапах клинических наблюдений и индексной оценки больных основной и контрольной групп, а также группы сравнения, было выявлено достоверное ухудшение состояния мягких околозубных тканей на фоне роста значений исследуемого индекса ($p < 0,001$).

Более выраженные негативные изменения в динамике индексных показателей фиксировались в группе контроля - $1,14 \pm 0,026$, на заключительном этапе через 6 месяцев, против $1,07 \pm 0,018$, значений, зарегистрированных на предыдущей стадии — через 3 месяца ($p < 0,001$). Важно отметить, что, несмотря на рост индексных показателей, что являлось, по нашему мнению, следствием повторного развития или рецидивов воспалительного процесса в пародонте на фоне ухудшения гигиены полости рта.

В начале исследования среднее значение индекса РНР у пациентов фиксировалось на уровне, соответствующем неудовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта. Ежедневное использование предложенных лечебно-профилактических средств в течение двух недель способствовало достоверному снижению индексных показателей ($p < 0,001$). В ходе контрольных осмотров у пациентов, использовавших зубную пасту Curasept ADS, было выявлено значительное улучшение гигиенического состояния рта и околозубных тканей.

Используемый в работе индекс эффективности гигиены ротовой полости РНР и полученные по нему данные свидетельствовали о хорошем уровне гигиены полости рта у пациентов двух групп — группы сравнения и основной группы, где в качестве дополнительной поддерживающей терапии применялся синбиотик, что подтверждало с одной стороны эффективность профессиональной гигиены полости рта и с другой — эффективность включения в базовую комплексную терапию синбиотика Максилак. Так, у пациентов основной группы имело место более выраженное, по сравнению с другими группами, снижение значений гигиенического индекса, что особенно четко прослеживалось на третий месяц после завершения лечебно-профилактических мероприятий - $0,92 \pm 0,059$ в основной группе, против $1,78 \pm 0,047$ в группе контроля, в аналогичные сроки. Но, при этом, полученные данные ни в эти, ни в последующие сроки наблюдений не достигали критического первоначального значения.

У пациентов с пародонтопатиями значения индекса заметно нарастали к концу исследований в контрольной группе больных, разница на данных этапах наблюдения оказалась достоверной ($p < 0,001$). При поэтапном осмотре в основной группе на всех сроках наблюдений было выявлено снижение интенсивности отложения и уменьшение количества зубного налета, а уровень гигиены полости рта оценивался как удовлетворительный. Положительная динамика показателя гигиенического индекса РНР в лечебно-профилактических группах может свидетельствовать о выработке у обследуемых мотивации к правильному уходу за полостью рта.

Таким образом, очищающая эффективность зубной пасты Curasept ADS при регулярном использовании в течении первых двух недель оказалась выше традиционных профилактических средств. Исходный и последующие показатели индекса GI выявили сравнительно более выраженную противовоспалительную эффективность комплексной терапии с добавлением пробиотических средств. Применение синбиотика Максилак привело к резкому снижению гингивального индекса.

Важным показателем улучшения состояния мягких околозубных тканей является уменьшение кровоточивости десневой борозды после начала курса базовой терапии во всех лечено-профилактических группах за весь период исследования, что характеризовалось значительным снижением индекса SBI. К примеру, с $51,9 \pm 4,18$ при исходном осмотре до $11,5 \pm 2,43$ ($p < 0,001$) через две недели и до $9,6 \pm 2,23$ ($p < 0,001$) — через месяц.

Таким образом, регулярное в течении терапевтического курса применение зубной пасты Curasept ADS и синбиотика Максилак способствовало значительному уменьшению кровоточивости десен. В отдаленные сроки клинических наблюдений в контрольной группе регистрировалась более выраженная тенденция в росте индексных данных и возвращению их к исходным показателям, чем в группе сравнения и в основной группе - $23,8 \pm 1,25$; $9,7 \pm 0,61$; $8,8 \pm 1,62$, соответственно в указанных группах, в аналогичные сроки.

Клиническая картина у больных основной группы показала более выраженное исчезновение признаков воспалительного процесса, его стабилизацию. Проведенное исследование подтвердило, что включение в схему лечения синбиотика Максилак у больных с пародонтопатиями способствует улучшению состояния пародонта и повышению профилактической эффективности базовой терапии.

Анализ клинической эффективности комплексных лечебно-профилактических мероприятий у больных с заболеваниями пародонта позволяет сделать вывод о значительно лучших результатах при применении Curasept ADS и синбиотика Максилак, которые оказывает больший очищающий и противовоспалительный эффект, эффективнее снижают кровоточивость десен при зондировании.

1. Теблосова Л.М., Гуревич К.Г. Факторы риска развития хронического генерализованного пародонтита. Институт стоматологии, 2014, 2: 54-56.
2. Зорина О.А., Кулаков А.А., Грудянов А.И. Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта. Стоматология, 2011, 1: 73-78.
3. Тёмкин Э. С., Петрова И. А., Матвеева Н. И., Лепницкий А. В. Обоснование исследования факторов патогенности микроорганизмов полости рта при лечении воспалительных заболеваний пародонта пробиотиками // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2014. — № 1 (49). — С. 76—79.
4. Митронин А.В., Вавилова Т.П., Перевощикова О.А., Островская И.Г. Применение пробиотиков в лечении патологий тканей ротовой полости// «Российская стоматология». — 2013. - №2. — С. 13-19.
5. Kutter E., De Vos D., Gvasalia G., Alavidze Z., Gogokhia L., Kuhl S. and Abedon S.T. Phage Therapy in Clinical Practice: Treatment of human Infections //Curr. Pharmaceut. Biotechnol. — 2010. — Vol. 11. — P. 69–86.