

УДК 616.314 : 615.83-08

© Л.Х. Дурягина, С.В. Михелько, 2010.

## ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ОСНОВАНИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ

Л.Х. Дурягина, С.В. Михелько

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав. кафедрой – доц. Л.Х. Дурягина),  
Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь.*

### SUBSTANTIATION OF APPLICATION ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКСИ COPPER - CALCIUM IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ON THE BASIS OF CHANGE ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ INDEXES

L. H. Duryagina, S.V. Mihelko

## SUMMARY

In this research therapeutic efficiency of application of depoforeza hydroxide of copper-calcium is studied in the holiatry of patients with chronic generalizovannym parodontitom. The expressed medical effect which was confirmed the decline of paraklinicheskikh indexes was got.

### ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕПОФОРЕЗА ГІДРООКСИ МІДІ-КАЛЬЦІЮ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ПІДСТАВІ ЗМІНИ ПАРАКЛІНІЧНИХ ІНДЕКСІВ

Л.Х. Дурягіна, С.В. Міхелько

## РЕЗЮМЕ

У даному дослідженні вивчена терапевтична ефективність вживання депофореца гідрооксиду міді-кальцію в комплексному лікуванні хворих з хронічним генералізованим пародонтитом. Був отриманий виражений лікувальний ефект, який підтверджувався зниженням параклінічних індексів.

**Ключевые слова:** пародонтит, лечение, физиотерапия.

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем стоматологии. Подтверждением высокой медико-социальной значимости является значительный процент заболеваний пародонта по данным разных авторов от 65 до 98% [1, 2, 3, 10, 15].

Среди ведущих факторов, способствующих развитию воспалительного процесса в пародонте, специалисты склонны считать микробную флору. В частности, особую значимость придают грамотрицательным анаэробам, бактероидам, фузобактериям, спирохетам, актиномицетам, анаэробным коккам. В последнее время сложилось мнение о существовании колоний ассоциативной пародонтопатогенной микробной флоры, проявляющей свою наибольшую активность в условиях зубодесневой борозды и пародонтальных карманов [2, 4, 10].

Несмотря на значительный арсенал применяемых медикаментозных средств и схем консервативного лечения, учитывая высокую частоту заболевания пародонта, тяжесть течения, интоксикацию и сен-

сибилизацию организма, следует признать целесообразным и необходимым дальнейший поиск новых средств и методов терапии [1, 3, 5, 11].

Предлагаемый метод лечения должен отвечать следующим требованиям: высокими антимикробными свойствами, пролонгированностью бактерицидного действия, способностью избирательно лизировать эпителий пародонтальных карманов, тем самым обеспечивая направленную регенерацию тканей пародонта. В этом отношении наше внимание привлекла методика депофореца гидрооксид меди кальция, обладающая всеми указанными свойствами [6, 12, 13].

Цель исследования - повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита I и II степени с использованием в комплексной терапии депофореца гидрооксид меди кальция.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования служило изменение показателей состояния пародонта, взятое у 50 пациентов, в возрасте от 20 до 45 лет, разделенных на

2 группы. В первую группу вошли 25 пациентов (10 мужчин и 15 женщин), которым проводилось традиционное лечение хронического генерализованного пародонтита I и II степени тяжести; во вторую группу – 25 пациентов (9 мужчин и 16 женщин), которым проводилось комплексное лечение с применением депофореза гидроокиси меди-кальция. (таб. № 1). Исследования проводились до лечения, после него.

Традиционное лечение включало в себя санацию полости рта, профессиональную гигиену полости рта, устранение местных раздражающих факторов про-

тивовоспалительную и антимикробную терапию (орошения 0,005% раствором хлоргексидина, аппликации мази метрогил в сочетании с метилурациловой мазью) [8, 11, 16, 17].

Для второй группы, получавшей комплексное лечение, дополнительно к традиционному лечению проводился курс депофореза гидроокиси меди-кальция. Курс лечения у больных с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести составлял 6-7 процедур, у пациентов с пародонтитом II степени тяжести – 10-12 процедур.

Таб.№1

**Распределение больных по степени тяжести и течению хронического генерализованного пародонтита**

Группа больных	Всего больных		I степень тяжести		II степень тяжести	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа	25	50	13	26	12	24
Контрольная группа	25	50	10	20	15	30

С целью изучения распространенности и степени выраженности воспалительного процесса в тканях пародонта использовали следующие параклинические индексы: проба Шиллера-Писарева, индексы РМА, PI, и CPITN. Состояние гигиены полости рта определяли с помощью индекса Грина-Вермиллиона. Из функциональных методов исследования проводилась проба Кулаженко, которая свидетельствует об эффективности проводимого лечения [3, 7, 9, 14].

Все полученные количественные данные подвергались статистической обработке, осуществляемой по стандартным программам на персональном компьютере, с использованием программы «Excel». Для анализа достоверности различий была рассчитана t-статистика Стьюдента (коэффициент Стьюдента).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнивая эффективность проводимого лечения в контрольной группе (традиционный метод лечения, с применением антимикробных и противовоспалительных средств) и в основной группе (комплексное лечение, которое наряду с традиционным, включало применение депофореза гидроокиси меди-кальция), были получены следующие результаты.

Больные с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести до лечения в контрольной и основной группах предъявляли жалобы на кровоточивость во время чистки зубов или при приеме жесткой пищи, неприятные ощущения в деснах, сопровождающиеся чувством зуда.

При объективном исследовании отмечается гиперемия и отечность десневого края. Выявляются над- и поддесневые на зубные отложения (минерализованные и неминерализованные). Зубы неподвижны и не смещены. Пародонтальные карманы глубиной до 3 мм, преимущественно в области межзубных промежутков. Проба Шиллера-Писарева «положительная», выявляются отдельные участки десны, окрашенные в желто-коричневый цвет, более выраженные в ее маргинальной части. Больные с хроническим генерализованным пародонтитом II степени тяжести предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, при приеме пищи, на неприятные ощущения в деснах.

При объективном обследовании выявлялись признаки хронического воспаления десен: гиперемия, кровоточивость, Имелись над- и поддесневые отложения, более выраженные на язычной поверхности передних нижних зубов и вестибулярной поверхности боковых зубов, наблюдалась подвижность зубов I-II степени. При объективном исследовании проба Шиллера-Писарева «положительная» с преобладанием желто-коричневого окрашивания. Ретракция десны до 2 мм, межзубные промежутки зияют. Глубина пародонтальных карманов до 5 мм.

Клиническое обследование состояния пародонта после лечения пародонтита проведено также у 50 больных. При лечении придерживались определенного плана, направленного на устранение патологического процесса в тканях пародонта, на повышение

реактивности организма. Результаты лечения позволили установить следующее. Данные опроса и объективных исследований клинических проявлений пародонтита показали улучшение состояния больных контрольной и основной группы. Однако снижение воспалительного процесса более выражено у больных, получавших комплексное лечение с применением депофореза гидроокиси меди-кальция, что было подтверждено данными клинических и функциональных методов исследования.

У больных с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести в контрольной и основной группах были отмечены следующие изменения показателей состояния пародонта: Индекс РМА

в основной группе изменился с  $38,3 \pm 1,68\%$  до  $16,4 \pm 0,77\%$ , в контрольной группе – с  $37,2 \pm 1,89\%$  до  $24,9 \pm 0,96\%$

Индекс СРITN в основной группе в результате лечения изменился с  $2,19 \pm 0,08$  до  $1,27 \pm 0,06$ , а в контрольной группе – с  $2,23 \pm 0,07$  до  $1,80 \pm 0,09$ .

Индекс PI в основной группе изменился с  $1,71 \pm 0,04$  до  $1,07 \pm 0,04$ , в контрольной группе – с  $1,72 \pm 0,05$  до  $1,27 \pm 0,05$ .

Индекс гигиены Грина-Вермиллиона в основной группе до лечения составил  $1,89 \pm 0,05$  после лечения, в контрольной группе-до лечения  $1,75 \pm 0,05$  после лечения  $0,58 \pm 0,03$  и  $0,56 \pm 0,04$  соответственно. (таб. № 2).

Таб. № 2

Индексная оценка состояния пародонта у больных с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести

	Хронический генерализованный пародонтит I степени тяжести			
	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения n=13	После лечения n=13	До лечения n=10	После лечения n=10
РМА(%)	$38,3 \pm 1,68$ *	$16,4 \pm 0,77$ *	$37,2 \pm 1,89$ #	$24,9 \pm 0,96$
PI	$1,71 \pm 0,04$ *	$1,07 \pm 0,04$ *	$1,72 \pm 0,05$ ##	$1,27 \pm 0,05$
СРITN	$2,19 \pm 0,08$ *	$1,27 \pm 0,06$ *	$2,23 \pm 0,07$ #	$1,80 \pm 0,09$
Индекс Грина- Вермиллиона	$1,89 \pm 0,05$ *	$0,58 \pm 0,03$ *	$1,75 \pm 0,05$	$0,56 \pm 0,04$

Примечание:

n – количество пациентов;

\* – достоверное различие ( $P < 0,01$ ) между показателями соответствующей группы до и после лечения;

\*\* – достоверное различие ( $P < 0,05$ ) между показателями соответствующей группы до и после лечения;

# – достоверное различие ( $P < 0,01$ ) между показателями основной и контрольной группы на соответствующем этапе;

## – достоверное различие ( $P < 0,05$ ) между показателями основной и контрольной группы на соответствующем этапе.

У больных с хроническим генерализованным пародонтитом II степени тяжести индекс РМА в основной группе изменился с  $41,5 \pm 1,28\%$  до  $22,7 \pm 0,80\%$ , в контрольной группе – с  $41,5 \pm 1,53\%$  до  $29,5 \pm 0,79\%$ .

Индекс СРITN в основной группе изменился с  $3,03 \pm 0,08$  до  $2,03 \pm 0,05$ , в контрольной группе – с

$3,17 \pm 0,10$  до  $2,51 \pm 0,09$ . Индекс PI в основной группе изменился с  $3,04 \pm 0,18$  до  $3,10 \pm 0,15$ , в контрольной группе – с  $3,10 \pm 0,15$  до  $2,54 \pm 0,12$ .

Индекс гигиены Грина-Вермиллиона в основной группе до лечения составил  $2,37 \pm 0,07$ , в контрольной группе –  $2,31 \pm 0,07$ . После лечения индекс гигиены Гри-

на-Вермиллиона в основной группе составил  $0,62 \pm 0,04$ , и в контрольной группе  $-0,60 \pm 0,03$ . (Табл. № 3).

Таб.№ 3

**Индексная оценка состояния пародонта у больных основной группы с хроническим генерализованным пародонтитом II степени тяжести**

	Хронический генерализованный пародонтит II степени тяжести			
	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения n=12	После лечения n=12	До лечения n=15	После лечения n=15
РМА(%)	41,5±1,28 *	22,7±0,80 *	41,5±1,53 #	29,5±0,79
PI	3,04±0,18 *	1,93±0,12 **	3,10±0,15 #	2,54±0,12
СРITN	3,03±0,08 *	2,03±0,05 *	3,17±0,10 #	2,51±0,09
Индекс Грина- Вермиллиона	2,37±0,07 *	0,62±0,04 *	2,31±0,07	0,60±0,03

Примечание:

n – количество пациентов;

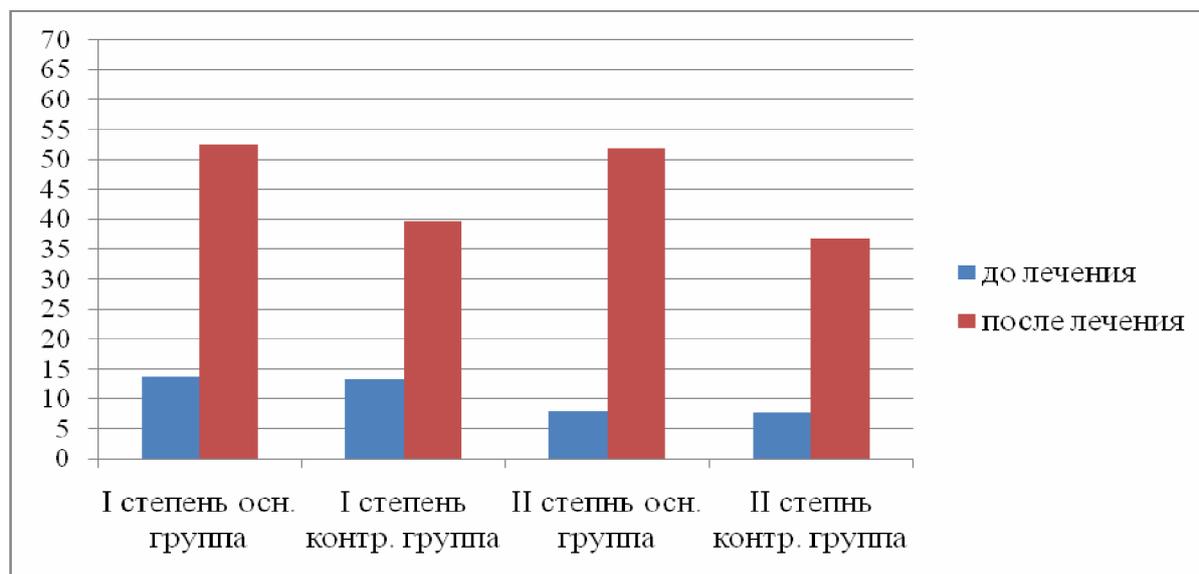
\* – достоверное различие ( $P < 0,01$ ) между показателями соответствующей группы до и после лечения;

\*\* – достоверное различие ( $P < 0,05$ ) между показателями соответствующей группы до и после лечения;

# – достоверное различие ( $P < 0,01$ ) между показателями основной и контрольной группы на соответствующем этапе.

Таб.№ 4

**Изменение времени образования гематом на десне, определяемом по методу дозированного вакуума по Кулаженко**



Данные изменения времени образования гематом на десне по Кулаженко показали следующие результаты проводимого лечения. У больных с хроническим генерализованным пародонтитом I степени тяжести было резко уменьшено время образования гематом до лечения: в основной группе до  $13,7 \pm 2,1$ , в контрольной – до  $13,2 \pm 1,8$  с.

После лечения время образования гематом в основной группе увеличилось до  $52,5 \pm 0,4$  с., в контрольной – до  $39,7 \pm 0,6$ , что указывает на снижение воспалительной реакции в основной группе (цифры приближены к норме), а данные контрольной группы свидетельствуют об еще имеющемся воспалительном процессе. У больных с хроническим генерализованным пародонтитом II степени тяжести время образования гематом до лечения было уменьшено в основной группе до  $7,9 \pm 1,6$  с., в контрольной до  $7,7 \pm 1,8$  с. После лечения соответственно в основной группе –  $51,9 \pm 0,1$  с., в контрольной –  $36,8 \pm 0,4$  с. (Таб. № 4).

Полученные данные также свидетельствуют о значительном снижении воспалительного процесса в основной группе, где наряду с традиционным лечением применяли депофорез гидроокиси меди-кальция.

#### ВЫВОДЫ

1. Изменение показателей параклинических индексов свидетельствует о повышении эффективности лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом I и II степени тяжести, в комплексную терапию которых введен депофорез гидроокиси меди-кальция.

2. Применение депофореза гидроокиси меди-кальция является доступным методом комплексного лечения, легко выполнимым в условиях поликлинического приема и может быть рекомендован для внедрения в практическое здравоохранение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И.В. Новые методы лечения воспалительных заболеваний пародонта // Новое в стоматологии. – 2007. – № 4. – С.55-59.

2. Белоклицкая Г.Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной фармакотерапии генерализованного пародонтита: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.22 / Нац. мед. ун-т им. А.А. Богомольца. – К., 1996. – 32 с.

3. Борисенко Л.Г. Эффективность некоторых клинических индексов в определении состояния пародонта // Стоматология. – 1992. – № 1. – С.20-22.

4. Грудянов А.И., Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Пародонтология. Современное состояние вопроса и направление научных разработок // Стоматология. – 2006. – № 1. – С.31-33.

5. Данилевский Н.Ф., Колесова Н.В. Особенности лечения генерализованного пародонтита, обусловленные стадийностью патологического процесса // Вісник стоматології. – 2001. – № 4. – С.17-20.

6. Кнаппвост А. // Теоретическое и экспериментальное обоснование метода Депофорез гидроокиси меди-кальция // Маэстро. – 2000. – № 1. С.31-35

7. Кузів С.П. Дослідження функціонального стану судин пародонту на етапах комплексного лікування пародонту // Вісник стоматології. – 2005. – № 3. – С.20-22.

8. Протоколы МКХ К.05.31., утвержденные МОЗ Украины № 566 от 23.11.2004г.

9. Логинова Н.К., Кречина Е.К. Микроциркуляция в тканях пародонта: 1. Динамика функциональной гиперемии // Стоматология. – 2008. – № 1. – С.25-27.

10. Мащенко И.С., Самойленко А.В. Новые аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Вісник стоматології. – 2008. – № 1. – С.12-15.

11. Мельничук Г.М., Петраш Н.В., Мельничук С.С. Антибактеріальна терапія хронічного генералізованого пародонтиту // Вісник стоматології. – 2009. – № 4. – С.14-18.

12. Муравянникова Ж.Г. // Основы стоматологической физиотерапии. Ростов-на-Дону. – 2003.

13. Садовский В.В. // Депофорез. Монография. М.-2003

14. Шторина Г.Б. Сравнительная оценка объективных показателей состояния пародонта у больных генерализованным пародонтитом // Новое в стоматологии. – 2006. – № 4. – С.82-87.

15. Beck J.D., Slade G.D. Epidemiology of periodontal diseases // Curr. Opin. Periodontal. – 1996. – Vol.3. – P. 3-9.

16. Loesche W.J., Giordano J.R. Metronidazole in periodontitis V: debridement should precede medication // Compendium. – 1994. – Vol.25. – P.1198. 2001, 2003 passim; quiz 1218.

17. Sanz M., Vallojrbal N., Fabreques S The effect of dentifrice contain chlorhexidine and zinc on plaque, gingivitis, calculus and tooth staining // J.Clin.Periodontol. – 1994. – Vol.6. – P.431-437.