

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ



**М.Т., Сафаров,
Н.М. Алиева,
Д.Д. Буранова**

**Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан**

Annotation

The aim of the study was to perform a clinical and functional comparative evaluation of the scoring systems in the complex treatment of chronic periodontitis of moderate to severe severity. For this purpose, we examined and treated 45 patients (16 men and 29 women) aged 21 to 60 years. All patients were divided into 2 groups according to the degree of severity of generalized periodontitis (medium and severe), each of which in turn was divided into 2 subgroups according to the type of splinting - temporary and permanent. All patients underwent a study of the state of microcirculation in periodontal tissues using laser Doppler flowmetry. The examination was carried out before the complex treatment, immediately after the treatment, including temporary and permanent splinting and local active therapy, at 3 and 6 months. The combination of drug therapy with the methods of action on biologically active points suggested above allowed minimizing the number of prescribed medications, as well as the frequency their application. This led to the elimination of subjective and objective symptoms and extended the period of clinical remission of the disease.

Key words: scoring systems, complex treatment, chronic periodontitis, laser doppler flowmetry, temporary splinting and permanent splinting.

Хулоса

Изланишлар олиб борилишининг мақсади сурункали пародонтитни ўрта ва оғир босқичларида комплекс даволашда тахтакачловчи тизими клиник ва функционал таққословчи баҳолаш. Бунинг учун биз 21 ёшдан 60ёшгача булган 45 нафар бемор (16 нафар эркак ва 29 нафар аёл) ни куриқдан ўтказдик ва даволаш ўтказдик. Тарқалган пародонтитнинг оғирлик даражаси (ўрта ва оғир)га қараб ҳамма беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Вактинчалик ва доимий тахтакачлаш тўрларига кўра улардан ҳар бири яна 2 гуруҳчага булинди. Барча беморларда пародонт туқимасининг қон айланишини лазерли флуометрли доплер ёрдамида текширилди. Изланишлар 3 ёки 6 ой вактинчалик ва доимий тахтакачлаш ва маҳаллий терапиядан кейин, комплекс даволаш бошланганида ўтказилди. Юқорида таклиф этилган биологик фаол нукталарга таъсир этувчи медикаментоз даволаш дори дармонларини ва уларни куллашни сонини минимал даражага тушуришга ёрдам берди. Бу касалликни субъектив ва объектив симптомларини бартараф этиш ва клиник ремиссия даврини узайишига сабаб булади.

Калит сўзлари: тахтакач, комплекс даволаш, сурункали пародонтит, лазерли флуометрли доплер, вактинчалик ва доимий тахтакачлаш.

Заболевания пародонта являются распространенным заболеванием, наносящим существенный урон здоровью человека. Целью ортопедического лечения при заболеваниях пародонта является профилактика, устранение или ослабление его функциональной перегрузки, которая на определенной стадии патологического процесса является одним из главных патогенетических факторов, а в ряде случаев — самостоятельным заболеванием пародонта. Основным показанием для ортопедического лечения в виде шинирования зубов, по мнению большинства авторов, является их патологическая подвижность. (2,4,5,9)

В данной работе описано сочетанное применение традиционного ортопедического лечения больных пародонтитом средней степени тяжести с местной активной терапией. Местная активная терапия давняя мечта врачей разных специальностей, поскольку длительный системный прием лекарственных средств нередко отрицательно сказывается на состоянии зубочелюстной системы пациентов, учитывая, что возрастает количество больных с аллергическими ре-

акциями на медикаментозную терапию. Локальная терапия при правильном применении является весьма эффективным методом лечения, а в ряде случаев имеет отчетливые преимущества перед пероральной формой приема лекарственных средств. Одной из причин утяжеления течения заболеваний пародонта является негативная реакция на медикаментозные препараты. Практика показывает, что контроль над заболеваниями пародонта, с применением минимального возможного числа препаратов можно достигнуть путем сочетания медикаментозной терапии с другими методами, в частности – воздействием на биологически активные точки. Дать обоснование применения ИРТ воздействие на биологически активные точки оказывает стимулирующее влияние на лейкоциты, ведет к повышению фагоцитарной активности, увеличению количества антител и повышению защитных сил организма. Это ведет к восстановлению нарушенных физиологических функций и нормализации гомеостаза. Общая реакция характеризуется вовлечением в процесс более высоких отделов центральной нервной системы – гипоталамуса, лимбико-ретикулярной системы, коры головного мозга.

В механизме развития воспалительного процесса важная роль отводится нарушению микроциркуляции в пародонте, проявляющемуся в повышенной проницаемости капилляров и внутрициркуляторных расстройствах. Установлено, что нарушения микроциркуляции в пародонте нарастают в зависимости от тяжести процесса, и особенно от степени выраженности воспалительных явлений. При этом наиболее значительные изменения выявляются на уровне капилляров. (1,3,6,7,8,15)

В связи с этим, нашей целью стало проведение клинической и функциональной сравнительной оценки шинирующих систем в комплексном лечении хронических пародонтитов средней степени тяжести с применением местной активной терапии.

Материалы и методы

Нами было обследовано и проведено лечение 45 пациентов (16 мужчин и 29 женщины) в возрасте от 21 года до 60 лет.

Всем пациентам проводилось обследование, которое включало: клинический осмотр, индексную оценку состояния пародонта, изучение ортопантограммы, изучение состояния микроциркуляции в тканях пародонта методом лазерной доплеровской флоуметрии, кроме этого при комплексном лечении больных с заболеваниями пародонта изучалось состояние пародонта при воздействии на биологически активные

точки 14 меридианов. Пациентам проводилась игло-рефлексотерапия, путём воздействия на биологически активные точки – проводили с 2-3 аурикулярных и 2-3 корпоральных точек. Степень раздражения средняя. Постепенно (до 5 сеанса) увеличивали количество точек. При лечении мы придерживались «ступенчатого» подхода, при котором интенсивность терапии возрастала по мере увеличения тяжести патологического процесса.

Обследование проводилось до комплексного лечения, сразу после лечения, включавшего как временное, так и постоянное шинирование, через 3 и 6 месяцев.

Все пациенты были разделены на 2 группы по тяжести течения – средней и тяжелой степени, каждая из которых в свою очередь была разделена на 2 подгруппы по виду шинирования – временного и постоянного. Третью группу – контрольную, составили пациенты с интактным зубным рядом.

Первую группу составили пациенты (24 пациента) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Из них пациентам первой подгруппы (12 пациента) проводили: консервативное лечение и постоянное шинирование металлокерамическими искусственными коронками (8 шин), цельнолитыми коронками (3 шины), съемными шинирующими дуговыми протезами с металлическим базисом и литыми опорно-удерживающими кламмерами (1). Второй подгруппе (12 пациента) проводили: консервативное лечение и временное шинирование адгезивными шинами.

Вторая группа пациентов (21 пациент) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести была разделена следующим образом. В первой подгруппе (11 пациента) проводили консервативное лечение и постоянное шинирование (шины из металлокерамических коронок – 8, из цельнолитых коронок – 2, съемные шинирующие дуговые протезы с металлическим базисом и литыми опорно-удерживающими кламмерами – 1). Во второй подгруппе (10 пациентов), – консервативное лечение и временное шинирование с использованием адгезивных шин.

Всем пациентам, как уже было отмечено, проводилось консервативное лечение по следующему плану: обучение пациентов правилам и методике чистки зубов с гигиеническим контролем, профессиональная гигиена полости рта, санация полости рта, избирательное шлифование зубов и шинирование, антибиотикотерапия после определения чувствительности микрофлоры пародонтальных карманов, десенсибилизирующее лечение (антигистаминные препа-

раты), общеукрепляющее и иммунокорректирующее лечение, применяли местную активную терапию.

Результаты и обсуждение

Обследование больных выявило, что степень расстройств микроциркуляции в пародонте находится во взаимосвязи со степенью тяжести пародонтита. У всех больных с хроническим пародонтитом средней степени, до комплексного лечения и шинирования ПМ составил $11,83 \pm 0,24$ усл.ед., что означало понижение микроциркуляции на 32% по сравнению с контрольной группой. При пародонтите тяжелой степени ПМ, у всех пациентов до лечения был понижен по сравнению с контрольной группой на 51% и составил $8,48 \pm 0,21$ усл.ед. Это свидетельствовало о пониженной микроциркуляции, о тяжелых дистрофических процессах и застойных явлениях в пародонте ($p < 0,05$). Анализ амплитудно-частотных характеристик ЛДФ-грамм показал снижение уровня вазомоций (LF) тканевого кровотока при пародонтите средней степени на 28%, а при тяжелой степени пародонтита на 52%, это свидетельствовало о снижении активной модуляции тканевого кровотока. Высокочастотные флюктуации (HF) тканевого кровотока в тканях десны при пародонтите средней степени были снижены на 23%, при пародонтите тяжелой степени на 44%, что свидетельствовало о снижении пассивной модуляции тканевого кровотока по сравнению с интактными зубными рядами. Пульсовые флюктуации тканевого кровотока (CF) возрастали в зависимости от степени тяжести течения пародонтита, что свидетельствовало о венозном застое в микроциркуляторном русле в тканях десны. При пародонтите тяжелой степени отмечалась более выраженная вазоконстрикция, по сравнению с пародонтитом средней степени тяжести – на 24%. Индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ) свидетельствовал о снижении эффективности регуляции тканевого кровотока в микрососудах при пародонтите средней степени на 13%, а при тяжелой степени пародонтита – на 30%. Анализ результатов показал, что до лечения, при пародонтите средней и тяжелой степени, в тканях пародонта уровень микроциркуляции был понижен, что характеризовалось уменьшением уровня капиллярного кровотока, его интенсивности и вазомоторной активности микрососудов, что проявлялось в клинике отечностью, синюшностью, застойными и деструктивными явлениями, которые были вызваны следствием снижения трофики тканей пародонта.

После комплексного лечения и постоянного шинирования металлокерамическими искусственными коронками (16 шин), цельнолитыми коронками (4 шины),

съемными шинирующими дугowymi протезами с металлическим базисом и литыми опорно-удерживающими кламмерами через 1 мес. ПМ увеличился на 38% по сравнению с результатами до лечения и шинирования, через 6 мес. составил 35% от исходного уровня и через 12 мес. ПМ оставался на стабильном уровне.

Через 6 мес. после шинирования застойные явления в микроциркуляторном русле спадали, о чем свидетельствовало усиление интенсивности кровотока и вазомоторной активности микрососудов на 38%. Их значения превышали исходные данные, что характеризовало усиление кровообращения и связано с активными перестроечными процессами в пародонте. По данным анализа амплитудно-частотного спектра ЛДФ-грамм амплитуды ритмических составляющих увеличивались, что говорит об усилении кровотока в артериальном и венозном звеньях микроциркуляторного русла. При этом вазоконстрикция понижалась на 23%, что характеризовало улучшение проходимости микрососудов, отмечалось стабильное состояние показателей микроциркуляции, что объясняется появлением трехсторонней стабилизации. В уровне ритмических составляющих ЛДФ-грамм отмечалось их увеличение на 18%, и наиболее значительно – пульсовых флуксуаций на 48%, что свидетельствовало об усилении кровотока в артериальном и венозном звеньях микроциркуляторного русла. При этом вазоконстрикция ослабевала, снижалось внутрисосудистое сопротивление, что свидетельствовало об улучшении проходимости микрососудов.

У пациентов шинированных временными шинами через 1 мес. после шинирования показатель ПМ увеличился на 30% от исходного уровня, но результат не был стабильным, и к 6 мес. после шинирования наблюдалось незначительное отклонение показателя ПМ в сторону воспаления, и составил 22% от исходного уровня. Показатель тонуса сосудов тоже снизился до значений приближенных к норме, что свидетельствовало о спаде вазоконстрикции и внутрисосудистого сопротивления, что характеризовало активный кровоток в тканях десны. В свою очередь, интенсивность и эффективность микроциркуляции тоже повысились до значений $1,10 \pm 0,03$ и $1,21 \pm 0,04$, приближаясь к показателям нормы, характеризуя тем самым усиление микроциркуляции ($p < 0,05$). Анализ амплитудно-частотных характеристик ЛДФ-грамм показал, что уровень вазомоций (LF), высокочастотных (HF) и пульсовых (CF) флюктуаций снизились, что свидетельствовало об улучшении проходимости микрососудов, что в свою очередь вызывало усиление кровотока в артериальном и венозном звеньях, вследствие чего умень-

шались застойные явления, отечность и синюшность в тканях пародонта. Таким образом, полученная динамика свидетельствовала о восстановлении тканевого кровотока и механизмов его регуляции через 1 мес. после шинирования, а через 6 и 12 мес. наблюдается небольшое понижение гемодинамических показателей за счет появившегося воспаления, вследствие накопления микроорганизмов, виновников появления воспаления. После обработки антисептическим раствором Эллюдрила и гелем Пародиум воспаление уменьшилось, что функционально подтверждалось повышением гемодинамических показателей.

После комплексного лечения с применением шинирования пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести и устранения функциональной перегрузки пародонта в обеих группах больных, уровень капиллярного кровотока и показатель среднего квадратичного отклонения амплитуды колебаний кровотока повысились, практически, в 2 раза по сравнению с исходными данными, причем временное шинирование по влиянию на микроциркуляцию не уступает постоянному.

Сразу после устранения функциональной перегрузки пародонта посредством шинирования при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени тяжести уровень капиллярного кровотока повысился на 20%, увеличилось и количество кровотока. На фоне постоянного шинирования через 6 месяцев отмечилось незначительное ухудшение показателей. При временном же шинировании с применением адгезивно-волоконных конструкций наблюдалось ухудшение всех показателей уже через 3 месяца, что связано было с глубокими трофическими нарушениями в тканях пародонта и резким снижением компенсаторно-приспособительных возможностей системы микроциркуляции. ЛДФ исследования подтвердили эффективность применения рефлексотерапии в комплексе с классическим лечением. Данное сочетание методов лечения позволило добиться более быстрого улучшения функционального состояния пародонта и удлинить период ремиссии при различных видах шинирования.

Выводы

1. При постоянном шинировании, поддерживающую терапию необходимо проводить раз в полгода, а при временном шинировании – не менее 1 раза в 3 месяца.
2. Предложенное выше сочетание медикаментозной терапии с методами воздействия на биологически активные точки позволило снизить до минимума

число назначенных лекарственных препаратов, а также частоту их применения.

3. Всем пациентам необходимо каждые 6 месяцев проводить профессиональную гигиену полости рта с применением стимуляции биологически активных точек.

4. Шинирование при пародонтите средней степени тяжести способствует предотвращению функциональной перегрузки сохранившихся зубов.

Список литературы

1. Ли Б.Н. Народная медицина – Учебник. Ташкент, 2008. – 174 с.
2. Ли Б.Н., Буранова Д.Д. Народная медицина. Ташкент, 2009.
3. НапГуи – соп. Акупунктура в Восточной медицине. Сеул, 2005.
4. Ким Донг-Сан. Восточная медицина Кореи. Алматы, 1998.
5. Воробьев С.С. Несъемные шинирующие мостовидные конструкции из одиночных коронок с нежестким сочленением — «свободная шинирующая конструкция» // Современная ортопедическая стоматология. – 2014. – №22. – С.74-77.
6. Гажва С.И., Гулуев Р.С., Гажва Ю.В. Анализ механических свойств материалов для шинирования зубов при заболеваниях пародонта // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №1. <http://www.science-education.ru/107-7654>.
7. Гулуев Р.С. Оценка эффективности применения адгезивно-волоконных материалов для временного шинирования в комплексном лечении хронических пародонтитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н.Новгород. – 2013. – 24 с.
8. Делец А.В. Клинико-лабораторное обоснование шинирования подвижных зубов передней группы при малых дефектах зубного ряда с помощью авторской конструкции // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 27 с.
9. Денисова Ю.Л. Особенности комплексного лечения болезней пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями с применением пассивной самолигирующей системы Damon System (Ormco) // Проблемы стоматологии. – 2010. – №2. –
10. Жолудев С.Е., Делец А.В. Обоснование применения различных шинирующих конструкций при атрофических процессах в тканях пародонта // Проблемы стоматологии. – 2013. – №4. – С.16-22.
11. Журавлев В.А., Казакова А.В. Методы фиксации подвижных зубов при лечении хронического генерализованного пародонтита // Проблемы стоматологии. – 2014. – №2. – С.4-8.
12. Ким Ю.В., Логинов А.Г., Олесова В.Н., Сафронов И.Д., Трунов А.Н. Изменения иммунометаболических параметров ротовой жидкости при шинировании зубов у пациентов с хроническим пародонтитом // Российский стоматологический журнал. – 2012. – №5. – С.16-18.