

Сравнительная оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести с использованием антибактериальных средств «Асепта»

С.И. Гажва, д.м.н., проф., зав. кафедрой

А.И. Воронина, асп., врач-стоматолог

Кафедра стоматологии ФПКВ ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Координаты для связи с авторами: г. Нижний Новгород, ул. Алексеевская, д.1,

Кафедра стоматологии ФПКВ ГОУ ВПО НижГМА

8-831-419-24-71 – Гажва Светлана Иосифовна, 8- 902-301-06-73 – Воронина Александра Ириковна

e-mail: v26ai@mail.ru

Comparative efficacy assessment of chronic generalized mild and moderate periodontitis treatment with antibacterial means *Asepta* are used

S.I. GAZHVA, A.I. VORONINA

Резюме

При лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести используются различные антибактериальные и противовоспалительные средства. В статье описаны методы и принципы применения препаратов адгезивного бальзама «Асепта» и геля «Гиалудент» с метронидазолом и хлоргексидином. Приведены результаты лечения с использованием данных препаратов, дана оценка эффективности их антибактериального и противовоспалительного действия.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, «Асепта», «Гиалудент».

Abstract

At treatment of chronic generalized mild and moderate periodontitis various antibacterial and anti-inflammatory means are used. In article methods and principles of application of the adhesive balm *Asepta* and gel *Hyaludent* with metronidazole and chlorhexidine are described. They have shown the results of the treatment with these prepartates and efficacy assessment of its antibacterial and anti-inflammatory action.

Keywords: chronic generalized periodontitis, *Asepta*, *Hyaludent*.

Блезни пародонта чрезвычайно широко распространены среди населения. По данным ряда авторов, более 98% населения среднего и старшего возраста страдает заболеваниями пародонта (ВОЗ, 1990). Распространенность этого заболевания среди взрослых остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению.

По своей природе заболевание является инфекционным (Л. Е. Леонова, Г. А. Павлова, Е. Н. Тоболина, В. Ф. Коломейцев). Этиологическая роль бактериальной флоры в возникновении гингивита и пародонтита

доказана как клиническими наблюдениями, так и в эксперименте. Она содержится в зубной бляшке, мягком зубном налете, наддесневом и поддесневом зубном камне (Н. В. Курякина, Т. Ф. Кутепова). К патологическим изменениям, выявленным, в частности, как разрушение связочного аппарата зуба, приводит несоответствие индивидуальных особенностей иммунитета и активности бактериальной флоры (С. И. Гажва, 2003).

Хорошо известно, что при хроническом пародонтите происходит отчетливый сдвиг в сторону преобладания анаэробной флоры: по данным Slots J., при воспалении

в пародонтальных карманах количество штаммов анаэробных бактерий увеличивается до 70-80%, тогда как в норме количество анаэробов не превышает 20-30% (Булкина Н. В., Островская Л. Ю.).

Таким образом, наиболее мощным фактором, способствующим развитию и поддержанию болезни пародонта, является развитие дисбиоза в полости рта, который развивается или на фоне сниженного иммунитета, или сам приводит к его изменению (Schein W., Meryn S.).

Этим и объясняется целесообразность применения антибактериальных средств. Вместе с тем широкое (а подчас необоснованное и бесконтрольное) применение химиопрепаратов приводит к формированию штаммов с резистентностью к антибиотикам. Установлено, что их селекция происходит, в частности, при резких перепадах концентрации препаратов, что наблюдается при местном применении различных антибактериальных лекарственных форм (в виде полосканий, паст и гелей, легко смываемых слюной)

На сегодняшний день «золотым стандартом» анаэробцидных средств является метронидазол, демонстрирующий, в частности, высокую эффективность при воспалительных заболеваниях пародонта, в особенности в сочетании с хлоргексидином (Булкина Н. В., Островская Л. Ю.).

Метронидазол – производное нитроимидазола, обладающего антипротозойным и антибактериальным действием против анаэробных бактерий, простейших, вызывающих пародонтит: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *P. denticola*, *Fusobacterium fusiformis*, *Wolinella recta*, *Treponema sp.*, *Eikenella corrodens*, *Borrelia vincenti*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Selenomonas sp.*

Хлоргексидин – антисептик бактерицидного действия против широкого круга вегетативных форм грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, а также дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов. На споры бактерий действует только при повышенной температуре. В низких концентрациях хлоргексидин вызывает нарушение осмотического равновесия бактериальных клеток и выход из них калия и фосфора, что приводит к бактериостатическому эффекту. Сохраняет активность в присутствии крови и гноя. Не токсичен, не кумулируется в организме, отсутствует канцерогенное действие.

В настоящее время выпускается несколько лекарственных средств, содержащих в себе комбинацию метронидазола и хлоргексидина: «Метрогил Дента», «Метрогил Дента профессиональный», адгезивный бальзам «Асепта», гель «Гиалудент» с метронидазолом и хлоргексидином. В серию средств «Асепта» входит гель для десен «Асепта» на основе прополиса, оказывающий противомикробное, противовоспалительное и регенерирующее действие, который рекомендуется назначать после применения адгезивного бальзама «Асепта» (Е. Д. Кучумова).

Цель исследования – сравнительный анализ и оценка эффективности консервативного лечения хроничес-

кого генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести (ХГПЛТ и ХГПСТ) адгезивным бальзамом «Асепта», гелем «Гиалудент № 2» с хлоргексидином и метронидазолом и комбинацией адгезивного бальзама «Асепта» и геля с прополисом «Асепта» по данным клинического осмотра и микробиологического анализа содержимого пародонтальных карманов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИСЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целью работы были обследованы и прошли лечение 101 пациент с ХГПЛТ и ХГПСТ в возрасте от 20 до 50 лет без тяжелых сопутствующих соматических патологий.

Все пациенты были разделены на 5 групп.

В 1 и 2 группе (20 и 25 человек), пациенты с ХГПЛТ и ХГПСТ, лечение проводили с использованием адгезивного бальзама «Асепта».

В 3 и 4 группе (22 и 24 человека), пациенты с ХГПЛТ и ХГПСТ, при лечении в качестве антибактериального препарата использовали гель «Гиалудент № 2» с хлоргексидином и метронидазолом.

В 5 группе (22 человека) использовали комбинацию адгезивного бальзама «Асепта» и геля с прополисом «Асепта».

Исследования проводились на базе кафедры стоматологии ЦПК и ППС Нижегородской государственной медицинской академии.

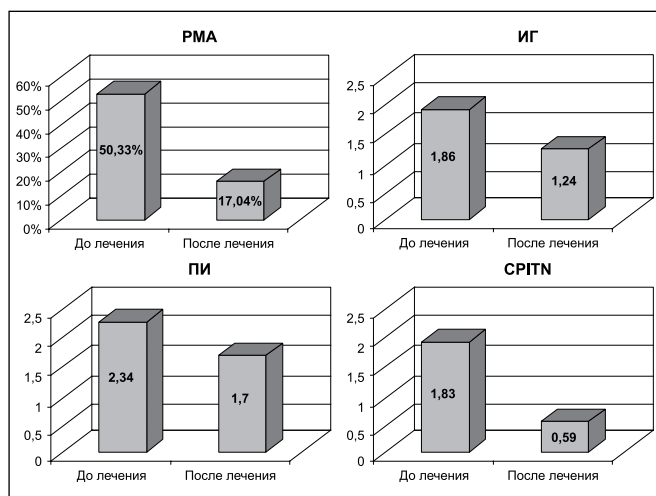
До начала исследования больные были осмотрены с целью определения состояния тканей пародонта по индексам ИГ по методу Ю. А. Федорова, В. В. Володкиной (1971г) [Л. М. Цепов, А. И. Николаев, 2004 г.], РМА, СРІТН и ПИ (Russel, 1956 г.), изучены ортопантомограммы. Микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана производился в бактериологической лаборатории НИИТО. Всем пациентам было проведено обучение рациональной гигиене полости рта с контролируемой чисткой зубов, профессиональная гигиена полости рта, санация и устранение факторов травмирующих пародонт, курс лечения выбранным препаратом, закрытый юретаж пародонтальных карманов. Эффективность лечения определяли по формуле определения индекса эффективности Улитовского:

эффективность (%) = $100 \times [PMA(1) - PMA(2)] / PMA(1)$, где PMA(1) – до лечения, PMA(2) – после лечения.

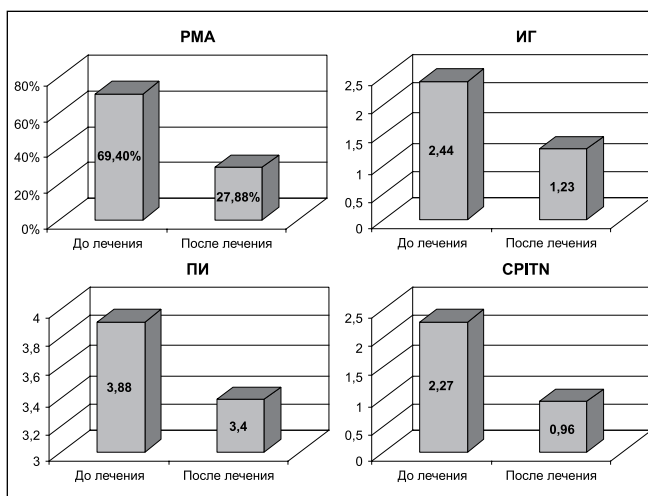
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у пациентов первой группы отмечено улучшение состояния тканей пародонта. ИГ снизился в 1,5 раза с 1,86 до 1,24, индекс РМА с 50,33% до 17,04%, почти в 3 раза, кровоточивость исчезла. СРІТН уменьшился с 1,83 до 0,59 в 3 раза, а ПИ с 2,34 до 1,7 балла (рис. 1). Индекс эффективности лечения Улитовского составил 66,14% (рис. 6).

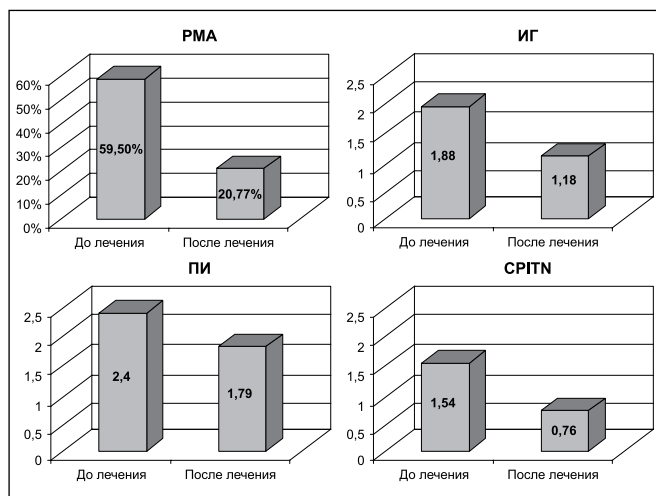
Во второй группе пациентов улучшение состояния тканей пародонта проявилось в еще большей степени: ИГ составил 1,23 балла по сравнению с исходными значениями 2,44 баллов, индекс РМА снизился почти в 2,5 раза, СРІТН уменьшился от 2,27 баллов до 0,96. ПИ из-



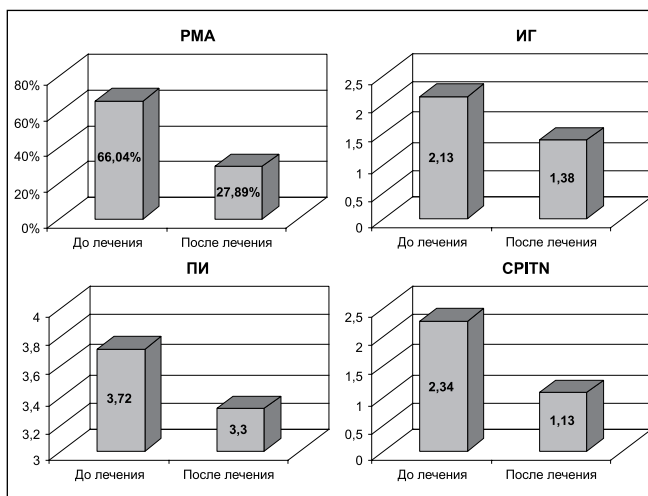
**Рис. 1. 1 группа - пациенты с ХГПЛТ (20 чел.).
Лечение адгезивным бальзамом «Асепта» (10 дней)**



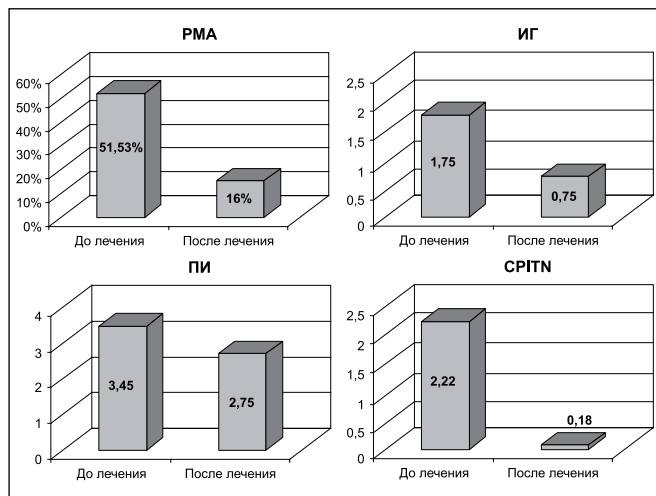
**Рис. 2. 2 группа - пациенты с ХГПСТ (25 чел.).
Лечение адгезивным бальзамом «Асепта» (10 дней)**



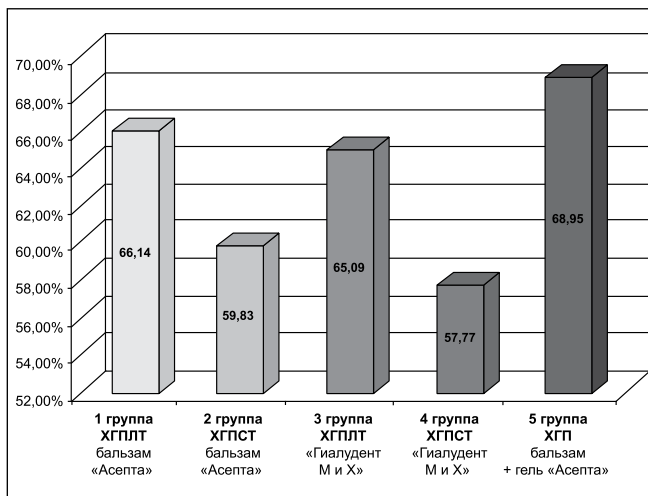
**Рис. 3. 3 группа - пациенты с ХГПЛТ (22 чел.).
Лечение «Гиалудентом» с метронидазолом
и хлоргексидином (10 дней)**



**Рис. 4. 4 группа - пациенты с ХГПСТ (24 чел.).
Лечение «Гиалудентом» с метронидазолом
и хлоргексидином (10 дней)**



**Рис. 5. 5 группа - пациенты с ХГПСТ (22 чел.).
Лечение адгезивным бальзамом «Асепта» (10 дней)
и гелем с прополисом «Асепта» (14 дней)**



**Рис. 6. Индекс эффективности
противовоспалительного лечения Улитовского**

Таблица 1. Изменение состава микрофлоры пародонтальных карманов при лечении пациентов с ХГПЛТ

Микроорганизм	1 группа ХГПЛТ Адгезивный бальзам «Асепта»		3 группа ХГПЛТ Гиалудент М и Х	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Аэробы	в КОЕ			
<i>Streptococcus specias</i>	240	30	478	9
<i>Staph. epidermidis</i>	0	0	0	3
<i>Candida albicans</i>	0	0	2	0
<i>Corinebacterium</i>	160	42	9	1
<i>Neisseria specias</i>	243	175	716	7
Анаэробы	в КОЕ			
<i>Fusobacterium sp.</i>	0	0	75	0
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	0	0	0	0
<i>Leptotrichia buccalis</i>	0	40	0	0
<i>Bifidobacterium sp.</i>	75	7	11	0
<i>Lactobacillus sp.</i>	0	0	0	7
<i>Peptostreptococcus sp.</i>	875	150	383	10
<i>Atopobium parvulum</i>	0	0	0	1
<i>Actinomyces sp.</i>	0	0	5	3
<i>Prevotella specias</i>	25	0	0	0
<i>Veilonella parvula</i>	0	0	820	0
<i>Bacteroides sp.</i>	283	217	191	0

Таблица 2. Изменение состава микрофлоры пародонтальных карманов при лечении пациентов с ХГПСТ

Микроорганизм	2 группа ХГПСТ Адгезивный бальзам «Асепта»		4 группа ХГПСТ «Гиалудент М и Х»		5 группа ХГПСТ Адгезивный бальзам «Асепта» + гель с прополисом «Асепта»	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Аэробы	в КОЕ					
<i>Streptococcus specias</i>	3295	1819	126	267	195	72
<i>Staph. epidermidis</i>	0	0	7	32	0	0
<i>Corinebacterium</i>	10	2	2	0	10	0
<i>Neisseria specias</i>	186	1	16	26	6	3
Анаэробы	в КОЕ					
<i>Fusobacterium sp</i>	45	0	0	0	0	0
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	0	0	0	13	0	0
<i>Leptotrichia buccalis</i>	75	25	0	0	0	0
<i>Bifidobacterium sp.</i>	0	0	80	6	0	0
<i>Lactobacillus sp.</i>	5	1	71	26	5	405
<i>Peptostreptococcus sp.</i>	445	103	151	305	5	26
<i>Actinomyces sp.</i>	40	0	0	0	40	0
<i>Prevotella specias</i>	0	0	110	0	0	0
<i>Veilonella parvula</i>	60	0	105	43	0	4
<i>Bacteroides sp.</i>	4	260	21	0	4	0

менился от 3,88 баллов до 3,4 (рис. 2). Эффективность лечения составила 59,83% (рис. 6).

В третьей группе клиническая картина и индексные показатели оценки состояния тканей пародонта после лечения препаратом «Гиалудент № 2» не намного отличаются от таковых в первой группе (рис.3, рис.1) Эффективность лечения ниже лишь на 1,05% (рис.6).

На рис. 4 представлена динамика изменения индексных показателей у пациентов четвертой группы. Нужно отметить, что также наблюдалось выраженное снижение кровоточивости. Эффективность – 57,77% (рис. 6).


На рис. 5 и 6 видно, что наиболее выраженная противовоспалительная и кровоостанавливающая эффективность проявилась в пятой группе пациентов.

В ходе микробиологического исследования нами было установлено, что для пациентов с ХГПЛТ характерно наличие пародонтопатогенной флоры в пародонтальном кармане, образованной ассоциациями условно патогенных микроорганизмов (Боровский Е. В., Леонтьев В. К., 2001 г.): стрептококки, коринебактерии, нейссерии, пептострептококки и бактериоиды.

В табл.1 представлены изменения состава микрофлоры пародонтальных карманов при лечении пациентов с ХГПЛТ.

Видовой состав микрофлоры пародонтальных карманов пациентов с ХГПСТ оказался более разнообразен. Кроме вышеперечисленных микроорганизмов в ней обнаруживались стафилококки, фузобактерии, лептотрихии, актиномицеты, превотеллы и вейлонеллы.

Антибактериальная активность средств применяемых в комплексном лечении пациентов второй, четвертой и пятой группы приведена в табл. 2.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что все примененные антибактериальные препараты имеют выраженный бактерицидный эффект и оказывают противовоспалительное действие. Противовоспалительное действие адгезивного бальзама «Асепта» более выражено по сравнению с другими исследуемыми препаратами при лечении больных как с ХГПЛТ, так и с ХГПСТ. Применение дополнительно в комплексной терапии геля с прополисом «Асепта» усиливает лечебный эффект у больных ХГПСТ. 

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кучумова Е. Д., Леонтьев А. А., Калинина О. В., Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б. Применение новых противовоспалительных средств в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта // Пародонтология. 2008. №1.
2. Грудянов А. И., Стариков Н. А. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. 1998. 2: 8: 6-17.
3. Курякина Н. В., Кутепова Т. Ф. Заболевания пародонта // Издательство НГМА. 2003. С.18-21.
4. Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б. Отчет о клинических испытаниях лечебно профилактического противовоспалительного бальзама для десен «Асепта» адгезивного. – Санкт-Петербург. 2007.
5. Орехова Л. Ю., Тэц В. В., Улитовский С. Б., Леонтьев А. А., Доморад А. А., Яковлева О. М. Использование адгезивного бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2007. №3.
6. Кучумова Е. Д. Противовоспалительные свойства средств личной гигиены полости рта серии «Асепта» при заболеваниях пародонта: Тезисы Второй научно-практической конференции Ассоциации гигиенистов стоматологических Санкт-Петербурга и Ленинградской области «Февральские встречи» // Пародонтология. 2008. №2 (электронная версия).
7. Гажва. С. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – Нижний Новгород, 2003. – 105 с.
8. Леонова Л. Е., Павлова Г. А., Тоболина Е. Н., Коломейцев В. Ф.. Медикаментозная терапия у больных пародонтитом с использованием препарата «Холисал». – М., 2008. – 4 с.
9. Цепов Л. М.. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: «МЕДпресс-информ», 2006. – 192 с.
10. Цепов Л. М., Николаев А. И.. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – М., 2004. – 58-62 с.
11. Schein W., Meryn S. Helycobacter pylori and the mouth cavity – overview and perspectives // Wien – Klin. – Wochenschr. – 1994. – 106(17): 547–9.

Поступила 13.07.2009