

ций на основе показателей анатомо-топографического строения нижней челюсти // Эндодонтия Today. – 2008. – № 2. – С. 55–60.

9. Щетинин Е. В., Батулин В. А., Вафиади М. Ю., Милосердова С. П. Патологические основы современной фармакотерапии // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8. № 1. – С. 101–104.

10. Bakland L. K., Andreassen J. O. Will mineral trioxide aggregate replace calcium hydroxide in treating pulpal and periodontal healing complications subsequent to dental trauma? A review // Dental traumatology. – 2012. – № 28 (1). – P. 25–32.

11. Berglundh T., Persson L., Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years // Journal of clinical periodontology. – 2002. – № 29 (suppl. 3). – P. 197–212.

12. Goldberg M., Smith A. J. Cells and extracellular matrices of dentin and pulp: A biological basis for repair and tissue engineering // Critical reviews in oral biology and medicine. – 2004. – № 15 (1). – P. 13–27.

13. Pjetursson B. E. A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years / B. E. Pjetursson, D. Thoma, R. Jung, M. Zwahlen, A. Zembic // Clinical oral implants research. – 2012. – № 23 (suppl. 6). – P. 22–38.

14. Grimm Dr. W. D., Plöger Dr. M., Schau Dr. I., Vukovic Dr. M. A., Shchetinin E., Akkalaev A. B., Avanesian R. A., Sirak S. V. Complex, three-dimensional reconstruction of critical size defects following delayed implant placement using stem cell-containing subepithelial connective tissue graft and allogenic human bone blocks for horizontal alveolar bone augmentation: a case report as proof of clinical study principles // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Vol. 9. № 2 (34). – P. 131–133.

15. Grimm W. D., Plöger M., Schau I., Vukovic M. A., Shchetinin E., Akkalaev A. B., Arutunov A. V., Sirak S. V. Prefabricated 3d allogenic bone block in conjunction with stem cell-containing

subepithelial connective tissue graft for horizontal alveolar bone augmentation: a case report as proof of clinical study principles // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Vol. 9. № 2 (34). – P. 175–178.

16. Grimm W. D., Dannan A., Giesenhagen B., Schau I., Varga G., Vukovic M. A., Sirak S. V. Translational research: palatal-derived ecto-mesenchymal stem cells from human palate: a new hope for alveolar bone and cranio-facial bone reconstruction // International journal of stem cells. – 2014. – Vol. 7. № 1. – P. 23–29.

17. Misch C. E. Maxillary anterior single tooth implant esthetic health compromise // Int. j. dental symp. – 2005. – Vol. 3. – P. 49.

18. Mikhalchenko D. V., Poroshin A. V., Mikhalchenko V. F., Firsova I. V., Sirak S. V. Influence of transcranial electrostimulation on the osseointegration of dental implant in the experiment // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Vol. 5. № 5. – P. 705–711.

19. Sirak S. V., Arutyunov A. V., Shchetinin E. V., Sirak A. G., Akkalaev A. B., Mikhalchenko D. V. Clinical and morphological substantiation of treatment of odontogenic cysts of the maxilla // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Vol. 5. № 5. – P. 682–690.

20. Sirak S. V., Avanesyan R. A., Sirak A. G., Shchetinin E. V., Demurova M. K. Social composition and motivation of patients in applying for implant dental service // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – V 5. № 5. – P. 691–697.

21. Sirak S. V., Avanesyan R. A., Akkalaev A. B., Demurova M. K., Dyagtyar E. A., Sirak A. G. Microbiocenosis of oral cavity in patients with dental implants and over-dentures // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Vol. 5. № 5. – P. 698–704.

Поступила 16.06.2016

И. А. СЛАВИНСКИЙ, Л. А. СКОРИКОВА, Н. П. БЫЧКОВА

РОЛЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +7 (612) 262-55-92. E-mail: Ivan.A.Slavinsky@gmail.com

Пародонтит – это мультифакторное заболевание опорно-удерживающего аппарата зуба, вызванное микробным налетом. У больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с железодефицитной анемией стандартное стоматологическое лечение оказывается неэффективным в большинстве случаев. Добиться долгосрочной и стойкой ремиссии у таких больных можно только в сочетании комплексного пародонтологического лечения, включающего последующую поддерживающую терапию, и лечения основного заболевания препаратами железа. Диспансерное наблюдение таких больных следует проводить не реже 1 раза в 3 месяца с контролем основных пародонтологических индексов и коррекцией уровня гигиены полости рта. В ряде случаев рекомендуется сократить интервал между посещениями.

Ключевые слова: пародонтит, железодефицитная анемия, пародонтальные индексы.

THE ROLE OF MAINTENANCE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

*Department of propedeutics and dental diseases prevention
Kuban state medical university,*

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4; tel. +7 (612) 262-55-92. E-mail: Ivan.A.Slavinsky@gmail.com

Periodontitis – is a multifactorial disease of the tooth supporting-holding unit caused by microbial plaque. In patients with chronic generalized periodontitis in conjunction with iron deficiency anemia standard dental treatment is not effective in most cases. To achieve long-term and stable remission in these patients can only be combined comprehensive periodontal treatment, including subsequent maintenance therapy, and treatment of iron deficiency anemia. Dispensary observation of patients should be carried out at least 1 time in 3 months with control of basic periodontal indices and the correction level of oral hygiene. In some cases, it is recommended to reduce the interval between visits.

Key words: periodontitis, iron deficiency anemia, periodontal indice.

Пародонтит – это мультифакторное заболевание опорно-удерживающего аппарата зуба, вызванное микробным налетом (бляшкой).

Лечение пародонтита основано на представлениях об этиологических факторах и патогенезе заболевания [2]. Прогнозирование течения болезней пародонта и эффективности их терапии предполагает оценку целого ряда составляющих: возраст пациента, его иммунный статус, генетическая предрасположенность, наличие и характер сопутствующей патологии, вредные привычки, социально-экономические условия, отношение пациента к заболеванию, индивидуальная способность к соблюдению адекватной гигиены полости рта [3].

Длительные клинические наблюдения показывают, что даже в случае благоприятного эффекта, достигнутого в результате комплексного лечения, пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта возвращаются к врачу с обострением процесса [6, 7]. Одной из причин рецидива могут быть низкий уровень самостоятельной гигиены, нерегулярные осмотры [1].

Поддерживающая терапия направлена на закрепление результатов пародонтологического лечения и подразумевает периодическую оценку состояния пародонтальных структур для своевременного проведения профилактики и лечения вновь возникших или ранее имевшихся очагов поражения. Для проведения поддерживающей терапии пациент должен посещать врача в среднем 4 раза в год, т. е. каждые 3 месяца. Уменьшение интервалов повторных визитов признано рациональным у курящих пациентов и пациентов старших возрастных групп – более 60 лет [4]. Также это может быть рекомендовано лицам, имеющим общие заболевания, в частности, железодефицитную анемию (ЖДА).

При железодефицитных состояниях появляются изменения в гуморальном и клеточном

звене иммунитета, вследствие чего снижается резистентность организма к инфекционно-воспалительным заболеваниям [5].

Цель исследования – оценка эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у больных с ЖДА и роли поддерживающей терапии в сохранении долгосрочной ремиссии.

Материалы и методы исследования

Обследовано 45 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней тяжести. Пациентов разделили на 2 группы: 1-я группа – 19 больных хроническим генерализованным пародонтитом с нормальным уровнем гемоглобина крови; 2-я группа – 26 больных хроническим генерализованным пародонтитом с железодефицитной анемией. Вторая группа в дальнейшем была разделена на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – 11 больных, которым проводилась поддерживающая терапия; 2-я подгруппа – 15 больных, которым не проводилась поддерживающая терапия. Диагноз ЖДА был подтвержден врачом-гематологом в результате определения уровня сывороточного железа, ферритина, насыщения трансферрина железом. Стоматологическое лечение больных проводили в лечебно-профилактическом отделении стоматологической поликлиники Кубанского государственного медицинского университета и в стоматологической поликлинике № 3 г. Краснодара.

Результаты исследования и их обсуждение

При осмотре полости рта в первую очередь оценивался уровень гигиены. Для этого использовался индекс Грина-Вермильона, который до начала лечения имел следующие значения: 1-я группа – $3,58 \pm 0,07$ балла; 2-я группа – $3,44 \pm 0,15$ балла, что соответствовало плохому уровню.

У всех больных были выявлены большое количество мягкого и пигментированного зубного налета, наддесневой и поддесневой зубной камень, пародонтальные карманы глубиной от 3 до 5,5 мм, при пародонтите средней степени тяжести имелись подвижность зубов 1–2-й степени, смещение зубов в зубном ряду, деформации прикуса, изменение конфигурации десны.

У пациентов всех групп определялась в той или иной степени кровоточивость десен при зондировании. Индекс РВІ составлял в 1-й группе $3,14 \pm 0,12$ балла; во 2-й группе – $3,72 \pm 0,21$ балла.

С помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) оценивались интенсивность и границы воспалительного процесса в области десны. До начала лечения индекс РМА в первой группе имел значение $62,2 \pm 0,7\%$, во второй – $70,4 \pm 1,7\%$.

В качестве дополнительных методов обследования использовались прицельная дентальная рентгенография, панорамная рентгенография.

На первом этапе лечения всем больным проводили удаление зубных отложений, пломбирование кариозных полостей, восстановление контактных пунктов. При наличии несостоятельных ортопедических конструкций рекомендовалась их замена. Проводилась местная противовоспалительная терапия. Профессиональная гигиена полости рта осуществлялась поэтапно в 3 посещения. В эти же приемы проводилось обучение гигиене полости рта, рекомендовались средства индивидуальной гигиены полости рта, аппликации с гелем «метрогил-дента», антисептические полоскания. На период лечения назначались поливитаминные комплексы, давались общегигиенические рекомендации: отказ от вредных привычек, рациональное питание.

У больных 1-й группы через 2 недели отмечались уменьшение кровоточивости десен (индекс Muhlemann $2,24 \pm 0,12$ отн. ед.), улучшение уровня гигиены (индекс ОНІ-S составлял $1,8 \pm 0,003$ балла), индекс РМА снизился до $50 \pm 0,7\%$, зубодесневые сосочки были физиологической конфигурации. При этом сохранялись пародонтальные карманы глубиной от 2 до 6 мм, подвижность зубов 1–2-й степени у больных пародонтитом средней степени тяжести.

Во 2-й группе у больных с ЖДА пародонтологическое лечение показало слабый эффект, даже на фоне улучшения уровня гигиены полости рта – ОНІ-S = $1,75 \pm 0,034$ балла. Индекс кровоточивости остался на высоком уровне ($3,47 \pm 0,11$ отн. ед.), индекс РМА составил $63 \pm 1,3\%$.

Больным обеих групп было продолжено лечение: повторная профессиональная гигиена, противовоспалительная терапия, юретаж пародонтальных карманов, при необходимости – ортопедическое лечение, шинирование подвижных зубов.

При осмотре через 2 месяца после начала лечения у всех больных 1-й группы наблюдалась ремиссия: слизистая оболочка десны розового цвета, зубодесневые сосочки физиологической конфигурации, уменьшение глубины пародонтальных карманов, уменьшение подвижности зубов, индекс гигиены ОНІ-S составил $1,1 \pm 0,3$ балла, индекс РМА $18 \pm 0,4\%$, индекс кровоточивости $0,82 \pm 0,2$ отн. ед.

У 20 из 26 пациентов 2-й группы через 2 месяца наблюдений отсутствовал стойкий эффект от проводимого лечения. Индекс кровоточивости снизился незначительно – до $2,23 \pm 0,47$ отн. ед., индекс РМА в этой группе составил $53 \pm 0,3\%$ (табл. 1).

Больным 2-й группы с ЖДА были рекомендованы лечение у гематолога с обязательным приемом препаратов железа, повторный курс пародонтологического лечения.

Контрольный осмотр через 4 месяца лечения ЖДА показал ремиссию хронического генерализованного пародонтита у большинства больных этой группы, наблюдались уменьшение или отсутствие пародонтальных карманов, уменьшение признаков воспаления десны, индекс РМА был равен $14 \pm 0,3\%$, индекс кровоточивости снизился до $0,74 \pm 0,31$ отн. ед.

Пациенты 2-й группы были разделены на две подгруппы: 11 больным 1-й подгруппы рекомендовалось посещать контрольные осмотры с курсом поддерживающей терапии с интервалом 1 раз в 3 месяца в течение 1 года. 15 больным 2-й подгруппы не был назначен курс поддерживающей терапии. Все больные этой группы наблюдались у гематолога и принимали препараты железа.

Таблица 1

Значение пародонтальных индексов до и после стоматологического лечения

| № группы | Индекс РМА, % | | | Индекс кровоточивости РВІ, баллы | | |
|----------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| | До лечения | Через 2 недели | Через 2 месяца | До лечения | Через 2 недели | Через 2 месяца |
| 1 | $62,2 \pm 0,7$ | $50 \pm 0,7$ | $18 \pm 0,4$ | $3,14 \pm 0,12$ | $2,24 \pm 0,12$ | $0,82 \pm 0,2$ |
| 2 | $70,4 \pm 1,7$ | $63 \pm 1,3$ | $53 \pm 0,3$ | $3,72 \pm 0,21$ | $3,47 \pm 0,11$ | $2,23 \pm 0,47$ |

Значения пародонтальных индексов у больных хроническим генерализованным пародонтитом с ЖДА через 1,5 года после завершения основного курса пародонтологического лечения

| Группы больных | Индекс гигиены ОНI-S, баллы | Индекс РМА, % | Индекс кровоточивости РВl, баллы |
|---|-----------------------------|---------------|----------------------------------|
| Больные 1-й подгруппы, проходившие курс поддерживающей терапии | 0,57±0,2 | 5 | 0,45±0,3 |
| Больные 2-й подгруппы, не проходившие курс поддерживающей терапии | 2,4±0,4 | 28 | 1,85±0,42 |

В ходе повторных визитов осуществлялись следующие манипуляции: клиническое обследование; контроль гигиены полости рта; удаление зубных отложений; повторное лечение в участках, где наблюдалось обострение воспалительного процесса; повторная мотивация к гигиене.

При осмотре через год у больных 1-й подгруппы наблюдался хороший уровень гигиены полости рта, отсутствовали признаки воспаления десны, индекс РМА был равен 5%, индекс РВl – 0,45±0,3 балла.

У пациентов 2-й подгруппы уровень гигиены определялся как неудовлетворительный, наблюдались выраженная гиперемия и отечность маргинальной десны и зубодесневых сосочков, в отдельных случаях – зубодесневые карманы, индекс РМА был равен 28%, индекс РВl – 1,85±0,42 балла. Эти значения были ниже, чем при первичном осмотре, но значительно выросли за год (табл. 2).

Все эти данные свидетельствуют о том, что положительный результат в лечении хронического генерализованного пародонтита у больных с железодефицитной анемией возможен только при комплексной терапии, включающей лечение основного заболевания (ЖДА) врачом-гематологом и пародонтологическое лечение. Диспансерное наблюдение таких больных следует проводить не реже 1 раза в 3 месяца с контролем основных пародонтологических индексов и коррекцией уровня гигиены полости рта. В ряде случаев рекомендуется сократить интервал между посещениями.

Только с помощью поддерживающей терапии и высокой мотивации пациентов к соблюдению индивидуальной гигиены полости рта, а также в сотрудничестве с гематологами можно добиться длительной и стойкой ремиссии у больных с воспалительными заболеваниями пародонта с железодефицитной анемией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабаян Е. О.* Поддерживающая терапия в комплексном лечении пародонтита // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. № 1 (приложение). – С. 270–271.
2. *Безрукова И. В., Грудянов А. И.* Агрессивные формы пародонтита. – М., 2002. – 120 с.
3. *Грудянов А. И.* Заболевания пародонта. – М.: МИА, 2009. – 336 с.
4. *Грудянов А. И., Овчинникова В. В., Дмитриева Н. А.* Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004. – 79 с.
5. *Сафуанова Г. Ш., Чепурная А. Н., Бакиров А. Б.* Результаты исследования рецепторов активации иммунитета (HLA-DR, CD25, CD71), апоптоза (CD95) и стволовых клеток (CD34) у больных железодефицитной анемией // Клинический журнал. – 2002. – № 10. – С. 15.
6. *Славинский И. А., Скорикова Л. А., Цымбалов О. В.* Активность НАДФН-оксидазы нейтрофильных лейкоцитов у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с железодефицитной анемией // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 1 (150). – С. 111–114.
7. *Dannewitz B. et al.* Loss of molars in periodontally treated patients: a retrospective analysis five years or more after active periodontal treatment // J. clin. periodontol. – 2006. – V. 33. – P. 53–61.

Поступила 12.05.2016