

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2019.1.46-49

УДК: 616.314

© Романов С.А., Филимонова Л.Б., Кузнецов А.В., 2019

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МЕСТНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.А. РОМАНОВ<sup>1,a</sup>, Л.Б. ФИЛИМОНОВА<sup>2,b</sup>, А.В. КУЗНЕЦОВ<sup>1,2,c</sup>

<sup>1</sup>«Стоматологическая клиника «Дентастиль», Рязань, 390048, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, 390026, Россия

**Резюме:** На сегодня лечение воспалительных заболеваний тканей пародонта, их профилактика и прогнозирования остается актуальной проблемой современной стоматологии. Особое значение приобретает эта проблема у лиц молодого возраста.

В последние годы определены основные этиологические факторы возникновения локализованных воспалительных заболеваний пародонта. Изучены отдельные патогенетические звенья развития этих заболеваний. Однако, увеличение распространенности локализованных воспалительных заболеваний пародонта среди населения и преимущественно молодой возраст больных свидетельствует о том, что существующие методы их прогнозирования и предупреждения развития несовершенны, а методы лечения недостаточно эффективны. В этой связи разработка доступных критериев их прогнозирования в молодом возрасте является актуальным и недостаточно изученным вопросом.

**Ключевые слова:** пародонтит, микроциркуляция, воспалительные процессы, интактный пародонт, рецессия десны.

## THE EFFECTIVENESS OF PREVENTION OF LOCALIZED INFLAMMATORY LESIONS OF PERIODONTAL TISSUES IN YOUNG PEOPLE WITH LOCAL RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF DISEASES

ROMANOV S.A.<sup>1,a</sup>, FILIMONOVA L.B.<sup>2,b</sup>, KUZNETSOV A.V.<sup>1,2,c</sup>

<sup>1</sup>LLC «Dental Clinic «Dentastil», Ryazan, 390048, Russia

<sup>2</sup>Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Ryazan, 390026, Russia

**Abstract:** Today, the treatment of inflammatory diseases of periodontal tissues, their prevention and prediction remains an urgent problem of modern dentistry. Of particular importance is this problem in young people.

In recent years, the main etiological factors of localized inflammatory periodontal diseases have been identified.

Separate pathogenetic links of these diseases development are studied. However, the increase in the prevalence of localized inflammatory periodontal diseases among the population and mainly the young age of patients indicates that the existing methods of their prediction and prevention are imperfect, and the methods of treatment are not effective enough. In this regard, the development of available criteria for their prediction at a young age is an urgent and insufficiently studied issue.

**Key words:** periodontitis, microcirculation, inflammation, intact periodontium, the gingival recession.

Сравнительную оценку эффективности профилактики возникновения локализованных воспалительных поражений тканей пародонта через в течение 3 лет после проведения предложенного и традиционного подхода к предупреждению заболеваний осуществляли по показателям клинического обследования пациентов (рис. 1). В указанных больных основной и сравнительной группы при первичном обращении сумма прогностических коэффициентов, в среднем, состав-

ляла +37,19. Следует отметить, что клиническое обследование 75 человек основной группы с интактным пародонтом, у которых сумма прогностических коэффициентов риска возникновения локализованных заболеваний пародонта превышала пороговое значение 30, через 1 год после проведенной профилактики не выявило развития ограниченных воспалительных процессов в пародонтальных тканях в 69, что составило 92 %.[2]

<sup>a</sup> E-mail: stombe@mail.ru

<sup>b</sup> E-mail: l.filimonova@rzgmu.ru

<sup>c</sup> E-mail: info@dentastyle.ru

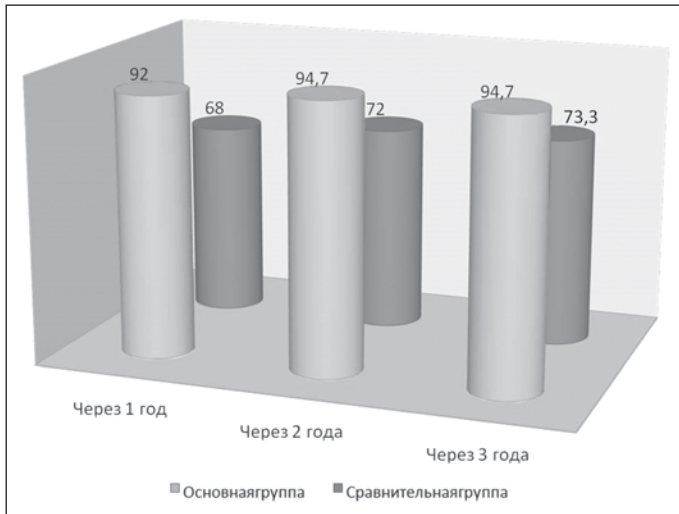


Рис. 1. Сравнительная оценка эффективности профилактики локализованных воспалительных поражений тканей пародонта по показателям клинического обследования пациентов

В то же время, при обследовании 75 человек группы сравнения интактный пародонт установлен у 51 (68%). При этом обследованы лица молодого возраста жалоб не предъявляли. При объективном исследовании десна бледно-розового цвета, плотно охватывают шейки зубов, не кровоточат, зубные отложения и пародонтальные карманы отсутствуют.[4] Цвет реставраций и зубов в местах их соединения не изменен. Дефектов пломб не обнаружено, их поверхность гладкая.

Лишь у 6 больных (8%) основной группы диагностирован хронический ограниченный катаральный гингивит. Причинами развития заболевания у 4-х пациентов были некачественно выполнены реставрации при лечении кариеса зубов (II класс по Блеку), у 2-х – наличие минерализованных зубных отложений в пришеековой области оральной поверхности 31, 32, 41, 42 зубов.

Больные жалоб не предъявляли, однако при объективном обследовании установлена кровоточивость, отек и гиперемия десневого края и десневых сосочков с синюшным оттенком в области шеек зубов и эстетических реставраций. На вестибулярной и аппроксимальных поверхностях зубов в пришеечной области обнаружены мягкие зубные отложения. Зубо-десневое соединение не нарушено.[5]

При рентгенологическом исследовании патологических изменений в альвеолярной кости не установлено. На наш взгляд, развитие локализованного воспалительного заболевания пародонта у указанных больных связано с несоблюдением рекомендаций по уходу за полостью рта. [1]

В отличие от основной группы лишь устранение местных травмирующих факторов у 75 пациентов с высокой степенью значимости риска развития локализованных воспалительных поражений тканей пародонта оказалось недостаточным в 24-х, что составило 32%. Из них у 16 (21, 3%) диагностирован хронический ограниченный катаральный гингивит, у 8 (10, 7)

– хронический локализованный пародонтит начальной-I степени тяжести.

Причинами развития ХОКГ у 16 больных: у 8 пациентов (50%) – неэффективное консервативное лечение острого начального кариеса зубов (V класс по Блеку), у 2-х (12, 5%) – наличие минерализованных зубных отложений в области моляров и у 1-го (6, 25%) – в пришеековой области оральных поверхностей нижних резцов, у 3-х (18, 75%) – некачественная эстетическая реставрация кариозных поражений зубов (II и V класс по Блеку), у 2-х (12, 5%) – нерационально изготовлена ортодонтическая конструкция.[6]

Спектр причин развития ХЛП у 8 пациентов данной группы был более узким: у 4-х (50%) – некачественная эстетическая реставрация при лечении кариозного процесса (II класс по Блеку), у 4-х (50%) – травматическая окклюзия, сочетающаяся с неэффективным эндодонтическим лечением корневой системы (рис. 2).



Рис. 2. Причины неэффективной профилактики развития хронического ограниченного катарального гингивита у лиц группы сравнения

Следует отметить, что субъективная и объективная симптоматика и рентгенологическая характеристика альвеолярного отростка отвечала клиническому течению данных ограниченных форм поражений пародонта, приведенных в литературе [9].

С целью более глубокого анализа стоматологического статуса пациентов с неэффективным результатом профилактики развития ограниченных воспалительных заболеваний пародонта проведено сравнение среднестатистических значений показателей состояния тканей пародонта, гигиены полости рта, физико-химических и функциональных исследований в указанных больных основной и сравнительной группы.

Как видно из приведенных в таблице (табл. 1) данных подавляющее большинство показателей больных основной

и сравнительной группы достоверно не отличались между собой. Привлекает внимание стойкая тенденция к ухудшению показателей у пациентов сравнительной группы относительно таких основной.

Очевидно, на среднестатистические значения изучаемых показателей группы сравнения влияли получены худшие результаты 8 пациентов с поражениями всего комплекса пародонтальных тканей и развитием хронического локализованного пародонтита начальной-I степени. Особенно это касается таких клинических признаков, как величина глубины пародонтального или физиологической кармана и потери эпителиального прикрепления, имели статистически значимую разницу относительно основной группы пациентов (95-99, 9%). Статистический анализ остальных показателей между сравниваемыми группами не выявило достоверной разницы значений, допустимых в медицинских исследованиях ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Анализируя показатели состояния биологической среды полости рта следует отметить, что наиболее информативными были среднестатистические результаты скорости слюноотделения, рН десневой жидкости и характер изменений рН ротовой жидкости при сахарозной и карбамидной нагрузке. Они равнялись таким обследованных пациентов с локализованными поражениями тканей пародонта при первичном обращении.

Таблица 1

**Сравнительная оценка состояния тканей пародонта, гигиены полости и физико-химических свойств ротовой и десневой жидкости у лиц молодого возраста с неэффективными результатами профилактики возникновения локализованных поражений пародонта при высоком уровне их развития**

| Показатели исследования                                  | Основная группа, n = 6 | Сравнимая группа, n = 24 | p       |
|--|------------------------|--------------------------|---------|
| Глубина пародонтального или физиологического кармана, мм | 1,05 ± 0,06            | 1,87 ± 0,16              | < 0,001 |
| Потеря эпителиального прикрепления, мм                   | 0                      | 0,48 ± 0,24              | < 0,05  |
| Рецессия десен, мм                                       | 0,42 ± 0,06            | 0,59 ± 0,1               | > 0,05  |
| Индекс Грина-Вермиллиона, баллы                          | 0,98 ± 0,05            | 1,12 ± 0,12              | > 0,05  |
| Индекс Silness-Loe, баллы                                | 1,5 ± 0,07             | 1,65 ± 0,2               | > 0,05  |
| рН ротовой жидкости                                      | 6,6 ± 0,08             | 6,53 ± 0,09              | > 0,05  |
| рН десневой жидкости                                     | 6,38 ± 0,06            | 6,34 ± 0,07              | > 0,05  |
| Скорость слюноотделения, мл/мин                          | 0,55 ± 0,06            | 0,51 ± 0,1               | > 0,05  |
| Скорость слюноотделения, мл/мин                          | 0,48 ± 0,04            | 0,4 ± 0,06               | > 0,05  |
| Амплитуда сахарозной кривой, ед.рН                       | 0,69 ± 0,02            | 0,71 ± 0,02              | > 0,05  |

|   |              |              |        |
|---|--------------|--------------|--------|
| Амплитуда карбамидной кривой, ед.рН                             | 0,38 ± 0,02  | 0,4 ± 0,03   | > 0,05 |
| Продолжительность периода изменений рН сахарозной кривой, мин.  | 37,83 ± 0,83 | 40,5 ± 1,33  | > 0,05 |
| Продолжительность периода изменений рН карбамидной кривой, мин. | 14,67 ± 1,09 | 15,54 ± 1,0  | > 0,05 |
| Индекс РМА, %   | 14,48 ± 0,3  | 15,78 ± 0,78 | > 0,05 |
| Индекс РИ, баллы  | 0,85 ± 0,05  | 0,93 ± 0,13  | > 0,05 |

*Примечание:* р – достоверность разницы показателей основной и сравнительной группы больных.

Идентичными оказались результаты гигиенических (Грина-Вермилиона, Silness-Loe), гингивального (РМА) и пародонтального (РИ) индексов. Рассчитан индекс периферического кровообращения свидетельствовал о существенном ухудшении капиллярного кровотока, более выраженного в группе сравнения.

Через 2 года наблюдения проведение лечебно-профилактических мероприятий у больных с неэффективным результатом предупреждения развития локализованных заболеваний пародонта согласно предложенного нами алгоритма и традиционного способствовало «выздоровлению» 2-х пациентов основной группы с хроническим ограниченным катаральным гингивитом и 3-х – сравнительной. Через 3 года результаты эффективности лечения и профилактики больных основной группы не изменились, в группе сравнения состояние «выздоровление» констатировано у 1 больного с хроническим ограниченным катаральным гингивитом.

Таким образом, применение профилактических мер согласно предложенного нами алгоритма у лиц молодого возраста с высокой степенью риска возникновения и развития локализованных воспалительных заболеваний пародонта позволило получить клиническую эффективность через 1 год в 92% наблюдений, тогда как традиционного подхода – в 68%, что наглядно приведено на. В целом эффективность применения лечебно-профилактического алгоритма в течение 2 лет составила 94, 7% в основной группе и 72% – в сравнительной, через 3 года – соответственно 94, 7% и 73, 3%. Высокая эффективность предупреждения развития ограниченных поражений зубодерживающих тканей в основной группе лиц молодого возраста, наряду с устранением травмирующих факторов, обусловлена применением современных технологий лечения начального и развитых форм кариеса зубов (микроинвазивный метод, сэндвич-техника), индивидуальных средств гигиены полости рта (зубная паста Лакалут, ополаскиватель Оксенидол) и биодеградирующей пленки «Диплен-дента» в комплексе профилактики локализованных заболеваний пародонта.[8,9]

Список литературы

1. **Герелюк В.И.** Комплексное лечение больных генерализованным пародонтитом методом синглетно-кислородной терапии: методические рекомендации / В. И. Герелюк, Н. В. Нейко, О.В. Довганич. Москва, 2016. С. 21.
2. **Гулямов С.С.** Оценка эффективности воздействия противомикробных средств в полости рта у детей с помощью рН-теста // «Стоматология». 2016. №1. С. 64-65.
3. **Запорожец Н.М.** Применение иммуномодуляторов местного действия при лечении хронического катарального гингивита у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология». Москва, 2015. 20 с
4. **Кульгина В.М.** Физико-химические свойства ротовой жидкости при поражении тканей пародонта у больных с дисбактериозом кишечника / В. М. Кульгина, О.В. Полищук // Вестник стоматологии. 2017. №2. С. 30-33
5. **Ломницкий И.Я.** Основы хирургической стоматологии. М.: Гал Дент, 2014. 152 с
6. **Павленко О.В.** Планирование лечебно-профилактической помощи больным генерализованным пародонтитом на основе оценки риска поражения пародонта / О. В. Павленко, М. Ю. Антоненко, П. В. Сидельников // Современная стоматология. 2017. №1. С. 56-60
7. **Радлинский С.** Реставрация контактных поверхностей в боковых зубах / С. Радлинский // ДентАрт. 2011. № 1. С. 22-40.
8. **Самойленко И.И.** Определение активности патологического процесса в десенных тканях у больных катаральный гингивит // Мед. перспективы. 2017. Т. 9. № 2. С. 112-115
9. **Черда В.В.** Диагностическое значение микробиологических нарушений полости рта в прогнозировании воспалительных заболеваний десен лиц молодого возраста: Автореф. дис. на соискание наук. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология». Москва, 2016. 20 с.
10. **Чумакова Ю.Г.** Роль местных факторов полости рта в развитии пародонтита // Имплантология, пародонтология, остеология. 2016. №3. С. 70-75.

References

1. **V.I. Gerelyuk, N.V. Neyko, O.V. Dovganich.** *Kompleksnoye lecheniye bol'nykh generalizovannym parodontitom metodom singletno-kislorodnoy terapii: metodicheskiye rekomendatsii.* Moskva, 2016. 21 p. [in Russ]
2. **Gulyamov S.S.** Otsenka effektivnosti vozdeystviya protivomikrobnym sredstv v polostirte u detey s pomoshchiyu rN-testa. *Stomatologiya*, 2016, No.1, pp. 64-65. [in Russ]
3. **Zaporozhets N.M.** *Primeneniye immunomodulyatorov mestnogo deystviya pri lechenii khronicheskogo kataral'nogo gingivita u lits molodogo vozrasta:* avtoref. dis. ... kand. med. nauk: spets. 14.01.22 «Stomatologiya». Moskva, 2015. 20 p. [in Russ]
4. **Kulygina V.M.** *Fiziko-khimicheskiye svoystva rotovoy zhidkosti pri porazhenii tkaney parodonta u bol'nykh s disbakteriozom kishechnika.* *Vestnik stomatologii.* 2017. No.2, pp. 30-33 [in Russ]

5. **Lomnitskiy I.YA.** *Osnovy khirurgicheskoy stomatologii.* Moskva: Gal-Dent, 2014. 152 p. [in Russ]
6. **Pavlenko O.V., Antonenko M.YU., Sidel'nikov P.V.** *Planirovaniye lechbeno-profilakticheskoy pomoshchi bol'nym generalizovannym parodontitom na osnove otsenki riska porazheniya parodonta.* *Sovremennaya stomatologiya*, 2017, no. 1, pp. 56-60 [in Russ]
7. **Radlinskiy S.** *Restavratsiya kontaktnykh poverkhnostey v bokovykh zubakh.* *DentArt*, 2011, no. 1, pp. 22-40. [in Russ]
8. **Samoylenko I.I.** *Opredeleyeniye aktivnosti patologicheskogo protsesa v desennykh tkanyakh u bol'nykh kataral'nyy gingivit.* *Med. Perspektivy*, 2017, T. 9, no. 2, pp. 112-115 [in Russ]
9. **Cherda V.V.** *Diagnosticheskoye znacheneye mikroekologicheskikh narusheniy polosti rta v prognozirovanii vospalitel'nykh zabolevaniy desen lits molodogo vozrasta:* Avtoref. dis. na soiskaniye nauk. stepeni kand. med. nauk: spets. 14.01.22 «Stomatologiya». Moskva, 2016. 20 p. [in Russ]
10. **Chumakova YU.G.** *Rol' mestnykh faktorov polosti rta v razvitii.* *Implantologiya, parodontologiya, osteologiya*, 2016, no. 3, pp. 70-75 [in Russ]

Сведения об авторах

**Романов Сергей Александрович** – врач-стоматолог, ООО «Стоматологическая клиника «Дентастиль», Рязань, ул. Новоселов, 34А, Рязанская обл., 390048. E-mail: stombe@mail.ru

**Филимонова Любовь Борисовна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Заведующая хирургическим кабинетом базовой стоматологической поликлиники РязГМУ, врач-стоматолог, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: l.filimonova@rzgmu.ru

**Кузнецов Александр Вячеславович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, хирург-имплантолог ООО «Стоматологическая клиника «Дентастиль», Рязань, ул. Новоселов, 34А, Рязанская обл., 390048. E-mail: info@dentastyle.ru

Information about the authors

**Romanov Sergey Aleksandrovich** – dentist LLC «Dental Clinic «Dentastil», st. Novoselov, 34a, Ryazan region, 390048. E-mail: stombe@mail.ru

**Filimonova Lyubov Borisovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Dentistry, Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Head of the surgical office of the basic dental clinic RyazGU, dentist, st. Vysokovoltynaya, 9390026, Ryazan. E-mail: l.filimonova@rzgmu.ru

**Kuznetsov Alexander Vyacheslavovich** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Surgical Dentistry, Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Implant Surgeon LLC «Dental Clinic «Dentastil», st. Novoselov, 34a, Ryazan region, 390048, E-mail: info@dentastyle.ru