

Предложенный алгоритм лечения эрозии молочных зубов у детей, основанный на выявлении и устранении этиопатогенетических факторов, позволяет не только остановить прогрессирование заболевания, но и предупредить развитие патологии в постоянном прикусе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эрозии молочных зубов встречаются у каждого третьего ребенка в возрасте 2—5 лет, распространенность патологии достоверно увеличивается с возрастом детей. Лечение эрозий зубов требует, с одной стороны, ежедневных усилий ребенка и его родителей, направленных на устранение причинных факторов заболевания, так как без изменения привычек питания и гигиены полости рта трудно достичь контроля над дальнейшим развитием патологии. С другой стороны, для успешного лечения эрозии зубов необходимо выявление и устранение соматической патологии, проведение курсов реминерализующей терапии и флюоризации зубов, своевременная реставрация дефектов зубов, диспансеризация детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Aidi H. E., Bronkhorst E. M., Huysmans M. C. D., et al. // J Dent. — 2010. — Vol. 38, № 2. — P. 131—137.
2. Almeida E Silva J. S., Baratieri L. N., Araujo E., et al. // J Esthet Restor Dent. — 2011. — Vol. 23, № 4. — P. 205—216.
3. Bardolia P., Burnside G., Ashcroft A., et al. // Caries Res. — 2010. — Vol. 44, № 2. — P. 165—168.
4. Bassiouny M. A. // Gen Dent. — 2010. — Vol. 58, № 3. — P. 244—257.
5. Caglar E., Cildir S.K., Sandalli N. // J Clin Pediatr Dent. — 2008. — Vol. 33, № 1. — P. 35—37.
6. Harpenau L. A., Noble W. H., Kao R. T. // CDAJ. — 2011. — Vol. 39, № 4. — P. 225—231.
7. Lussi A., Jaeggi T. // Clin Oral Invest. — 2008. — Vol. 12, № 1. — P. 5—13.
8. Nayak S. S., Ashokkumar B. R., Ankola A. V., et al. // J Dent Child. — 2010. — Vol. 77, № 3. — P. 152—157.
9. O'Sullivan E. A. // Eur J Paediatr Dent. — 2000. — Vol. 2. — P. 69—74.
10. Scheutzel P. // Eur J Oral Sci. — 2010. — Vol. 104, № 2. — P. 178—190.
11. Taji S. S., Seow W. K., Townsend G. C., et al. // Int J Paediatr Dent. — 2010. — Vol. 20, № 6. — P. 400—409.
12. Wang X., Lussi A. // Dent Clin N Am. — 2010. — Vol. 54, № 3. — P. 565—578.

**Э. С. Темкин, Н. И. Матвеева, Б. Б. Сысуев**

Кафедра терапевтической стоматологии ВолгГМУ

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЕОБРАЗНОГО ПРЕПАРАТА «ПОЛИКАТАН» В КОМБИНАЦИИ С ЛИНКОМИЦИНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

УДК 616.314.18.-002-085.322

Цель исследования — определить сравнительную микробиологическую эффективность и влияние на изменение индексных показателей полости рта геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м при лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Изучаемый в клинике модифицированный гелеобразный препарат «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м применялся в сочетании с традиционной схемой лечения у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

*Ключевые слова:* гель, поликатан, заболевания пародонта, индексные показатели, микрофлора полости рта.

**E. S. Temkin, N. I. Matveeva, B. B. Sisuev**

## CLINICAL EFFICIENCY OF «POLICATAN» IN A GEL FORM IN COMBINATION WITH LINCOMYCINE IN INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE COMPLEX TREATMENT

The purpose of the present research is to evaluate the comparative microbiological efficiency and influence on dynamics of oral cavity of Polykatan in a gel form in combination with 1 % lincomycine in inflammatory periodontal disease treatment. A modified gel Polykatan in combination with 1 % lincomycine under study was applied in accordance with the conventional therapy in patients with chronic inflammatory periodontal disease.

*Key words:* gel, Polykatan, periodontal disease, oral cavity indices, microorganisms of the oral cavity.

Воспалительные заболевания пародонта (хронический гингивит и пародонтит) являются одной из наиболее важных медицинских и социально-экономических

проблем современного общества. Согласно статистике 90—98 % взрослого населения страдают заболеваниями пародонта (Булкина Н. В., 2005). По данным

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (доклад научной группы ВОЗ, 1990 г., основанный на обследовании населения 53 стран), очень высок уровень заболеваний пародонта в возрасте 15—19 лет (55—89 %) и 35—44 лет (65—90 %) (Дмитриева Л. А., 2003).

Заболевания пародонта в настоящий момент следует рассматривать как хронические инфекционные болезни, вызывающие хроническое воспаление тканей, поддерживающих зубы, приводящие к прогрессивному росту соединительной ткани и потере костной ткани челюстей.

В возникновении и развитии болезней пародонта принимают участие множество факторов как экзогенного, так и эндогенного порядка (Грудянов А. И., 2004). На современном этапе развития стоматологической науки не вызывает сомнения тот факт, что ведущую роль в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта играет микробный фактор (Иванов В. С., 2001; Socransky S. S., 2002).

В последнее время получены данные, свидетельствующие о том, что в норме в полости рта присутствуют более 300 морфологически и биохимически различных групп и видов бактерий, причем не все из них классифицированы. Формирование пародонтальных карманов означает появление принципиально новых обширных участков со свойствами, способствующими бактериальной колонизации (Genco R. A., Ho A. W., et al., 1998; Michalowicz B. S., 2000).

Большинство синтетических и полусинтетических лекарственных средств, используемых для лечения заболеваний пародонта, обладают неблагоприятным побочным эффектом, что послужило основанием для применения в местной терапии воспалительных заболеваний пародонта природных препаратов на основе естественных минеральных солей, содержащих в своем составе значительное количество макро- и микроэлементов.

Интересны свойства минерала бишофит (шестиводный гидрохлорид магния  $MgCl_2 \cdot 6H_2O$ ), месторождение которого находится на территории Нижнего Поволжья. Он, в отличие от солей Мертвого моря и Поморийского озера, не подвержен атмосферным воздействиям, поскольку добывается с глубины более 1000 метров (Салех Ахмед И. Ш., 2010).

Впервые разработанный в Волгоградском государственном медицинском университете силами кафедры фармакологии и кафедры терапевтической стоматологии препарат «Поликатан» на основе минерала бишофит для лечения воспалительных заболеваний пародонта представляет особый интерес (Темкин Э. С., Спасов А. А., 2003).

Препарат «Поликатан» официально разрешен Министерством здравоохранения Российской Федерации для лечения заболеваний пародонта (ВФС 42-2952-97, регистрационное удостоверение № 98/133/15, дата регистрации 23 апреля 1998 г.).

Это вещество оказывает противовоспалительное, антимикробное, иммуностимулирующее, умеренное анестезирующее действие, усиливает фагоци-

тарную активность нейтрофилов, ускоряет регенерацию кожи и слизистых (Темкин Э. С., Калинина Н. В., Андрус В. Н., 1999; Спасов А. А., Темкин Э. С., 1999).

Однако опыт клинического применения препарата «Поликатан» показывает, что он не всегда в полной мере эффективен в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта, так как его форма в виде раствора не позволяет препарату длительно удерживаться в области воспаления, что, несомненно, снижает его эффект.

Использование модифицированного гелеобразного препарата «Поликатан» в сравнении с раствором «Поликатан» в комплексной терапии заболеваний пародонта позволяет получить более выраженный лечебный эффект в значительно короткие сроки благодаря длительной экспозиции препарата в очаге поражения (Абакумова Т. А., 2009). Кроме того, гель «Поликатан» более удобен и легок в применении, что также имеет немаловажное значение в ежедневной стоматологической практике.

С целью повышения эффективности консервативного лечения заболеваний пародонта проводится исследование по детализации противовоспалительного действия препарата «Поликатан» в стоматологической практике. В гелеобразный препарат «Поликатан» в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта вводился линкомицин до получения 1%-й гелеобразной формы.

Линкомицин — антибиотик, который до настоящего времени продолжает широко применяться в стоматологии в связи с его высокими остеотропными свойствами и способностью местного избирательного воздействия на ткани пародонта.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение влияния геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м на изменение индексных показателей полости рта и на микрофлору полости рта при лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта в сравнении с раствором «Поликатан» и контрольным препаратом «Ируксол», часто применяемом при лечении воспаления тканей пародонта.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 60 человек в возрасте от 20 до 50 лет (41 женщина и 19 мужчин) с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит легкой (30) и средней степени тяжести (30)». Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа исследования (20 пациентов), 2-я группа сравнения (20 пациентов) и 3-я — контрольная (20 пациентов).

У исследуемой группы местно применяли гель «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м в виде 15-минутных аппликаций на десну, в группе сравнения проводили аналогичные по продолжительности аппликации с раствором «Поликатан», а в контрольной группе на десны накладывали лечебные повязки с препаратом «Ируксол» под парафиновым фиксирующим покрытием также на 15 минут.

Для определения эффективности проводимой терапии нами были оценены такие критерии, как индекс гигиены (ИГ) по Green-Vermillion (1960) и папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) по Рагга С. (1960) в различные сроки до лечения, во время лечения (7-й день) и после проведенной терапии (через 1 месяц после начала лечения).

Также была проведена сравнительная оценка аэробной микрофлоры пародонтальных карманов до и после лечения в зависимости от применяемого препарата. Забор биоматериала из пародонтального кармана производили стерильным стоматологическим экскаватором № 2 и помещали в гелевые транспортные системы со средой Стюарта в полистироловой пробирке, которые доставляли в лабораторию в течение 12 часов. Далее материал засеивался на различные питательные среды и инкубировался до выделения отдельных микроорганизмов. Оценка микрофлоры пародонтальных карманов после лечения проводилась на 7-е сутки у больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести и на 9-е сутки у больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести соответственно.

Для получения объективных результатов больные 1, 2 и 3-й групп были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности болезни, характеру и глубине поражения тканей пародонта.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные о ИГ (абс.) у исследуемой (и), группы сравнения (с) и контрольной (к) групп занесены в табл. 1

По данным табл. 1 видно, что при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени

тяжести через 7 дней после начала лечения значение показателя ИГ снизилось в 4,4 раза в исследуемой группе, в 3,3 раза в группе сравнения и в 3 раза в контрольной группе по отношению к данным показателям до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение показателя ИГ было в 3,4 раза, в группе сравнения в 2,6 раза, а в контрольной группе в 2,5 раза ниже данных показателей до лечения.

При лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести показатели ИГ через 7 дней после начала лечения снизились в исследуемой группе в 4,7 раза, в группе сравнения в 3,8 раза и в контрольной группе в 3,7 раза соответственно по отношению к данным показателям до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение показателя ИГ было ниже в 3,9 раза, в группе сравнения в 3 раза, а в контрольной группе в 2,9 раза по сравнению с данными показателей до лечения.

Данные о индексе РМА (%) у исследуемой (и), группы сравнения (с) и контрольной (к) групп занесены в табл. 2.

При сравнении индекса РМА у исследуемой и контрольной групп оказалось, что при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести через 7 дней после начала лечения значение РМА снизилось в 5,2 раза в группе сравнения, в 4 раза в исследуемой группе и в 3,4 раза в контрольной группе по отношению к данным до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение РМА было в 3,8 раза, в группе сравнения в 3,3 раза, а в контрольной группе в 2,8 раза ниже данных до лечения.

При лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести показатели РМА через 7 дней после начала лечения снизи-

ТАБЛИЦА 1

Сравнительная оценка значений ИГ у пациентов различных групп исследования, абс.

Критерии индексной оценки	Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести (n = 30)			Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (n = 30)		
	1-я группа (и)	2-я группа (с)	3-я группа (к)	1-я группа (и)	2-я группа (с)	3-я группа (к)
До лечения	2,76 ± 0,12	2,61 ± 0,10	2,66 ± 0,10	3,79 ± 0,14	3,48 ± 0,16	3,60 ± 0,19
7-й день лечения	0,63 ± 0,39	0,80 ± 0,04	0,89 ± 0,02	0,80 ± 0,05	0,91 ± 0,06	0,97 ± 0,01
После лечения (через 1 мес.)	0,81 ± 0,19	0,99 ± 0,14	1,06 ± 0,09	0,96 ± 0,19	1,16 ± 0,17	1,23 ± 0,11

ТАБЛИЦА 2

Сравнительная оценка значений индекса РМА у пациентов различных групп исследования, %

Критерии индексной оценки	Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести (n = 30)			Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (n = 30)		
	1-я группа (и)	2-я группа (с)	3-я группа (к)	1-я группа (и)	2-я группа (с)	3-я группа (к)
До лечения	37,59 ± 1,76	37,21 ± 1,88	36,61 ± 1,88	49,23 ± 1,60	49,71 ± 1,70	51,05 ± 1,61
7-й день лечения	7,18 ± 0,46	9,11 ± 0,34	10,71 ± 0,27	9,79 ± 0,42	10,65 ± 0,63	12,11 ± 0,27
После лечения (через 1 мес.)	9,86 ± 0,46	11,16 ± 1,42	13,06 ± 1,33	11,83 ± 2,19	13,00 ± 1,86	14,32 ± 1,08

лись в исследуемой группе в 5 раз и в контрольной группе в 4,1 раза соответственно по отношению к данным до лечения. Через 1 месяц после лечения в исследуемой группе значение РМА было ниже в 4,1 раза, а в контрольной группе в 3,5 раза по сравнению с данными до лечения.

При этом 19 пациентов (95 %) в исследуемой группе через 1 месяц после лечения жалоб не предъявляли, при объективном исследовании слизистая оболочка десны имела нормальную окраску, плотную консистенцию, кровоточивости не наблюдалось. У 1 больного (5 %) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести отмечалась умеренная гиперемия десневых сосочков, сохранилась кровоточивость при чистке зубов и приеме пищи.

В группе сравнения исчезновение признаков заболевания отмечалось у 17 больных (85 %), а у 3 больных (15 %) сохранились воспалительные явления в тканях пародонта и жалобы на зуд в деснах и кровоточивость.

В контрольной группе исчезновение признаков заболевания отмечалось у 16 больных (80 %), а у 4 больных (20 %) сохранились воспалительные явления в тканях пародонта и жалобы на зуд в деснах и кровоточивость.

Данные о состоянии микрофлоры больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести (ХГП-1) и хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (ХГП-2) представлены в табл. 3.

Анализ влияния геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м на изменение микрофлоры полости рта у разных групп больных позволяет сделать следующие обобщения. После его применения улучшение состояния микрофлоры регистрировали по двум позициям: нормализация микробной флоры [при этом патогенная (*S. aureus*, *S. Haemolyticus*) и условно-патогенная микрофлора (*S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. faecalis*, *S. faecium*, *S. viridians*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. vulgaris*, *C. Albicans*) не высевалась] и снижение количества (уменьшение титра) патогенной и условно-патогенной микрофлоры. У части больных положительных

изменений не отмечено: количественный и видовой состав микрофлоры существенно не менялся.

Как видно из данных табл. 3, в исследуемой группе после применения геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м наблюдалась нормализация микробной флоры у 14 (70 %) больных и снижение количества (уменьшение титра) патогенной и условно-патогенной микрофлоры у 4 (20 %) больных. У 2 (10 %) больных положительных изменений не отмечено.

В группе сравнения после применения раствора «Поликатан» нормализация микробной флоры наблюдалась у 11 (55 %) больных, уменьшение титра патогенной и условно-патогенной микрофлоры у 5 (25 %) больных и отсутствие положительных изменений у 4 (20 %) больных.

В контрольной группе при использовании препарата «Ируксол» нормализация микробной флоры наблюдалась у 9 (45 %) больных, уменьшение титра патогенной и условно-патогенной микрофлоры у 6 (30 %) больных и отсутствие положительных изменений у 5 (25 %) больных.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в исследовании гелеобразный препарат «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести оказался более эффективен по сравнению с раствором «Поликатан» и со стандартной схемой лечения с применением контрольного препарата «Ируксол». Применение геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м способствует более быстрой ликвидации проявлений воспалительного процесса, нормализации состояния тканей пародонта.

Применение геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м повышало эффективность элиминации патогенно и условно-патогенной микрофлоры по сравнению с использованием раствора «Поликатан» и контрольного препарата «Ируксол». Эффективность применения геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м зависит также от степени поражения пародонта: она выше у больных хро-

ТАБЛИЦА 3

**Влияние проводимой терапии на патогенную и условно-патогенную аэробную микрофлору полости рта у больных с воспалительными заболеваниями пародонта**

Диагноз	Количество больных до лечения	Количество больных после лечения					
		С нормализацией микрофлоры		С уменьшением титра микрофлоры		Без улучшения	
		n	%	n	%	n	%
гель «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м							
ХГП-1	8	6	75	2	25	-	-
ХГП-2	12	8	66,6	2	16,7	2	16,7
раствор «Поликатан»							
ХГП-1	12	7	58,3	3	25	2	16,7
ХГП-2	8	4	50	2	25	2	25
препарат «Ируксол»							
ХГП-1	10	5	50	3	30	2	20
ХГП-2	10	4	40	3	30	3	30

ническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести и сравнительно ниже у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. При применении препарата «Ируксол» данная зависимость не существенна.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова Т. А. Эффективность применения препарата «Поликатан» при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта: автореф. дис. ... к. м. н. — Волгоград, 2009. — 26 с.
2. Булкина Н. В. Хронический пародонтит при заболеваниях органов пищеварения: клинико-инструментальные, морфологические и иммуногистохимические критерии возникновения и прогнозирования течения: дис. ... д. м. н. — Волгоград, 2005. — 290 с.
3. Грудянов А. И., Овчинникова В. В., Дмитриева Н. А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. — М.: МИА, 2004. — 80 с.: ил.

4. Дмитриева Л. А., Крайнова А. Г. // Пародонтология. — 2003. — № 1, Т. 30.
5. Иванов В. С. Заболевания пародонта — 4-е изд., перераб. и доп. — М., 2001. — 300 с.
6. Салех Ахмед И. Ш. Волгоградский бишофит. Возможности освоения, глубокой переработки и использование природного бишофита. — Волгоград, 2010. — 432 с.
7. Спасов А. А., Темкин Э. С., Бабаева А. Р., и др. Местная терапия бишофитом. — Волгоград, 2003. — 158 с.
8. Спасов А. А., Темкин Э. С., Островский О. В. и др. // Стоматология. — 1999. — № 5. — С. 16—19.
9. Темкин Э. С., Калинина Н. В., Андрус В. Н. // Актуальные вопросы стоматологии. — Волгоград, 1999. — Т. XXXXV, выпуск 1. — С. 128—132.
10. Genco R., Tamboon J., Christensen L. // Adv. Dent. Res. — 1998. — № 2. — P. 245—259.
11. Michalowicz B. S., Ronderos M., Camara-Silva R., et al. // J. Periodontol. — 2000. — Vol. 71, № 6. — P. 981—988.
12. Socransky S.S., Smith C., Haffajee A.D. // Clin. Periodontol. — 2002. — Vol. 29, № 3. — P. 260—268.

**Т. Н. Климова, В. И. Шемонаев, К. А. Саргсян, Е. С. Борщева**

Кафедра ортопедической стоматологии ВолгГМУ

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФУНКЦИЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

УДК 616.314-089.23:616.742.7

Протетическое лечение пациентов с парафункцией жевательных мышц подразумевает не только устранение эстетических нарушений, возникших вследствие повышенной стираемости зубов, но и комплексную стоматологическую реабилитацию таких пациентов, конечной целью которой является восстановление функциональной окклюзии.

*Ключевые слова:* парафункция жевательных мышц, бруксизм, стираемость зубов, протетические конструкции, окклюзия.

**T. N. Klimova, V. I. Shemonaev, K. A. Sargsyan, E. S. Borsheva**

## COMPREHENSIVE APPROACH TO DENTAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MASTICATORY MUSCLE PARAFUNCTION

Prosthetic treatment of patients with masticatory muscle parafunction means not only elimination of esthetic defect that occurred due to increased abrasion of teeth but also a comprehensive dental rehabilitation of patients in order to recover functional occlusion.

*Key words:* masticatory muscle parafunction, bruxism, dental abrasion, prosthetic design, occlusion.

Одной из наиболее сложных задач в стоматологической практике является комплексная реабилитация пациентов с парафункцией мышц, связанной с повышенной нецелесообразной активностью, напряжением или даже спазмом жевательной и мимической мускулатуры [1].

Парафункции жевательных мышц чаще встречаются у людей, чья профессиональная деятельность протекает в экстремальных условиях, требующих чрезмерного нервно-эмоционального и физического на-

пряжения, и проявляются симптомами бруксизма. В целом, люди с бруксизмом являются очень ранимыми, возбудимыми, очень тщательно чистят зубы, что усиливает потерю твердых тканей. Кроме того, отмечена и роль наследственности в возникновении бруксизма [2].

В зависимости от группы зубов, на которые приходится наибольшая нагрузка при их сжатии и скрежетании, определяется повышенная их стираемость, которая может быть как локализованной, так и генерализованной.