

имеет ряд преимуществ перед другими способами введения лекарственных веществ:

- сочетанное действие постоянного электрического тока и лекарственного вещества;
- отсутствие общего токсического действия лекарственного вещества;
- возможность вводить избирательно тот или иной ион в зависимости от его полярности

в ткани, малодоступные для других способов введения лекарственных веществ.

Пациенты, которые прошли курс физиотерапии с последующим покрытием зубов фторсодержащим препаратом, отмечали полное исчезновение жалоб. Лечебное действие осуществляется одновременно на все зубы челюсти. В результате чего мы наблюдали стойкую ремиссию от 6 месяцев до года.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни зубов некариозного происхождения: учебное пособие для студентов III–V курсов стоматологического факультета / В. Ф. Михальченко, Н. Ф. Алешина, Т. Н. Радышевская и др.; отв. ред. Н. Ф. Алешина. – Волгоград, 2005.
2. Корнеева Н. М., Михальченко А. В. Социально-психологические аспекты в вопросах профилактики стоматологических заболеваний у студентов вузов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 10. – С. 35–38.
3. Маслак Е. Е. Реминерализация твердых тканей зубов для профилактики кариеса в ходе стоматологического приема // Стоматолог-практик. – 2013. – № 4. – С. 54–56.
4. Медведева Е. А., Федотова Ю. М., Жидовинов А. В. Мероприятия по профилактике заболеваний твердых тканей зубов у лиц, проживающих в районах радиоактивного загрязнения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12 (1). – С. 79–82.
5. Михальченко Д. В., Михальченко А. В., Корнеева Н. М. Проблемы мотивации студентов к профилактике стоматологических заболеваний // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7 (1). – С. 129–132.
6. Опыт применения фторидной пены «SNOW FLOAM» при лечении гиперестезии твердых тканей зубов: [Электронный ресурс] / Е. А. Филук, С. В. Гаврикова, Д. Ю. Дьяченко и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15679>.
7. Орехова Л. Ю. Определение чувствительности зубов // Пародонтология. – 2009. – № 1. – С. 85–88.
8. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей, подвергшихся воздействию «чернобыльского фактора» / А. В. Севбитов, Н. В. Панкратова, Л. С. Персин и др. // Ортодонтия. – 2000. – № 3. – С. 8–12.
9. Севбитов А. В. Отдаленные последствия чернобыльской катастрофы: оценка состояния зубочелюстной системы детей // Стоматология. – 2004. – Т. 83, № 1. – С. 44–47.
10. Социальные проблемы профилактики стоматологических заболеваний у студентов / Д. В. Михальченко, Е. А. Филук, А. В. Жидовинов др. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 474.

### ПРИМЕНЕНИЕ СЕПТОЛЕТЕ И ТОНЗИЛГОНА ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко, А. Н. Попова, С. В. Крайнов*

**Кафедра терапевтической стоматологии ВолгГМУ**

Заболевания пародонта являются актуальнейшей проблемой современной стоматологии. Во многом это связано с высокой их распространенностью (которая стремится к 100 %), сложностью этиопатогенеза и, несомненно, лечения. Именно пародонтопатии являются ведущей причиной инвалидизации жевательного аппарата, связанной с ранней потерей зубов и возникающими в связи с этим осложнениями [2, 9, 15].

Безусловно, деструктивные воспалительные процессы свойственны в большей степени представителям старших возрастных групп. Тем не менее в молодом и среднем возрасте пародонтологическая проблема не менее насущна. Каким бы необратимым не был пародонтит у «взрослых», следует помнить, что начинается он с банального гингивита в молодом возрасте [11, 20]. Тонкая грань, которая отделяет два этих процесса, едва

уловима. Ее детерминируют отчасти меняющаяся (на более агрессивную) микрофлора биопленки, отчасти иммунная система самого организма и возникающие каскадные патофизиологические процессы, а также множество иных факторов, как общих, так и местных [1, 5, 7, 14]. Таким образом, ранняя диагностика, лечение и, несомненно, профилактика гингивита у молодых лиц – это, по сути, ключ к сохранению зубов и повышению качества жизни в пожилом возрасте [4, 17].

Лечение катарального гингивита, как правило, не вызывает больших затруднений, его прогноз всегда благоприятный, что еще раз доказывает необходимость ранней диагностики. Терапия включает в себя антисептическую обработку полости рта в виде ротовых ванночек, полосканий или же аппликаций на десны. Далее следует этап снятия зубных отложений. Как правило, такое лечение укладывается в 1–2 посещения. Главной задачей стоматолога в этот период – обучить пациента *правильной* гигиене полости рта, именно *обучить* и мотивировать, давая рекомендации по предметам и средствам гигиены, проводя контролируемую чистку, демонстрационное окрашивание и т. д. [6, 10, 19]. При гингивите средней/тяжелой степеней тяжести к вышеперечисленному добавляются местные противовоспалительные и антибактериальные препараты [18, 21].

Иными словами, при лечении катарального гингивита чаще используют местные препараты. Они хорошо известны каждому стоматологу: хлоргексидин, метрогил-дента, ромазулан, ротокан, стоматофит и т. д.

Между тем следует помнить о таких явлениях, как чувствительность и «приспособляемость» пародонтопатогенных микроорганизмов к препаратам, что диктует необходимость поиска новых решений, в том числе из смежных со стоматологией дисциплин, например, оториноларингологии [3, 8, 12].

Существуют препараты, обладающие и антисептическим, и противовоспалительным эффектами, такие как септолете и тонзилгон [13, 16].

**Септолете** – препарат с противомикробным и противовоспалительным действием для местного применения в ЛОР-практике и стоматологии. Выпускается в виде круглых, выпуклых пастилок. В состав каждой пастилки входят: бензалкония хлорид – 1 мг,

левоментол – 1,2 мг, масло мяты перечной – 1 мг, масло эвкалиптовое – 0,6 мг, тимол – 0,6 мг. Содержащиеся в препарате бензалкония хлорид и тимол обладают антисептическими свойствами, активны в отношении грамположительных бактерий, оказывают фунгицидное действие на *Candida albicans* и некоторые липофильные вирусы. Ментол и эфирное масло мяты перечной оказывают умеренное обезболивающее и дезодорирующее действие. Режим дозирования: медленно рассасывать (до полного растворения) в полости рта по 1 пастилке каждые 2–3 часа, до 8 пастилок в сутки. Среди показаний к препарату: воспаление десен и слизистой оболочки полости рта (гингивит, стоматит).

**Тонзилгон** – антисептическое средство растительного происхождения, в состав которого входят активные ингредиенты: корень алтея – 0,4 г; цветки ромашки – 0,3 г; трава хвоща – 0,5 г; листья грецкого ореха – 0,4 г; трава тысячелистник – 0,4 г; кора дуба – 0,2 г; трава одуванчика лекарственного – 0,4 г. Выпускается в виде капель для приема внутрь, во флаконах объемом 50/100 мл с дозирующим капельным устройством. Существует также в виде драже. Фармакологические свойства обусловлены биологически активными веществами, входящими в состав препарата. Тонзилгон обладает противовоспалительным и антисептическим действием. Компоненты входящих в состав препарата (ромашка, алтей и хвощ) способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и тысячелистника, танины коры дуба оказывают противовоспалительное действие и способствуют уменьшению отека слизистой оболочки. Режим дозирования: капли для приема внутрь принимают в неразбавленном виде, некоторое время подержав во рту перед проглатыванием: по 25 капель 5–6 раз в день. Среди показаний к препарату: также воспаление десен и слизистой оболочки полости рта.

Учитывая фармакологические свойства септолете и тонзилгона, показания, удобство лекарственной формы и применения, целесообразно рассматривать данные средства в качестве препаратов выбора при лечении хронического катарального гингивита.

**Цель исследования.** Оптимизировать лечение хронического катарального гингивита у лиц молодого возраста путем включения в схему терапии местных антисептических

и противовоспалительных средств «Септолете» и «Тонзилгон».

**Материалы и методы.** Для реализации поставленной цели нами было проведено обследование и лечение 37 молодых людей 18–27 лет. Из них 21 девушка и 16 юношей. Больные жаловались преимущественно на кровоточивость десен при чистке зубов. Всем пациентам был верифицирован диагноз: хронический генерализованный катаральный гингивит легкой и средней степени тяжести (К 05.1 – «хронический гингивит»). Также были осмотрены 10 учащихся стоматологического факультета с интактным пародонтом, составивших группу контроля.

Все обследованные были разделены на 3 клинические группы: I (12 человек) осуществлялось традиционное лечение катарального гингивита, включающее антисептическую обработку (0,06%-й раствор хлоргексидина), снятие зубных отложений (ультразвуком),

рекомендации по предметам и средствам гигиены; II (13 человек), помимо традиционного лечения, был назначен септолете в виде пастилок (по 1 пастилке каждые 2 часа, всего 5 пастилок в день в течение 5 дней); III (12 человек), помимо традиционного лечения, был назначен тонзилгон (по 25 капель 5 раз в день в течение 5 дней).

Для оценки состояния тканей пародонта производился осмотр с применением индексов: упрощенного индекса гигиены полости рта (УИГР), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса в модификации Парма (РМА), индекса кровоточивости десневой борозды по Мюлеманну и Коуэллу (ИК), а также Йодного числа Свракова (ЙЧ). Динамическое наблюдение осуществлялось до лечения и через 3, 5, 7, а также 14 дней после начала лечения. Значения индексной оценки заносились в таблицу и анализировались.

**Динамика пародонтальных индексов обследованных лиц**

Динамическое наблюдение		Контроль	I группа. Традиционное лечение	II группа. Септолете	III группа. Тонзилгон
До лечения	УИГР	0,82 ± 0,03	2,64 ± 0,13	2,71 ± 0,14	2,68 ± 0,12
	ЙЧ	0	1,92 ± 0,09	1,87 ± 0,08	1,9 ± 0,08
	РМА	0	25,2 ± 0,82	24,6 ± 0,75	25,1 ± 0,86
	ИК	0	0,96 ± 0,06	0,91 ± 0,06	0,94 ± 0,07
Через 3 дня	УИГР	0,76 ± 0,022	0,92 ± 0,056	0,89 ± 0,049	0,91 ± 0,051
	ЙЧ	0	0,96 ± 0,08	0,75 ± 0,072	0,71 ± 0,083
	РМА	0	14,4 ± 0,94	9,8 ± 0,84	7,2 ± 0,81
	ИК	0	0,81 ± 0,05	0,42 ± 0,04	0,34 ± 0,042
Через 5 дней	УИГР	0,79 ± 0,024	0,65 ± 0,04	0,63 ± 0,05	0,62 ± 0,04
	ЙЧ	0	0,67 ± 0,037	0,34 ± 0,03	0,25 ± 0,025
	РМА	0	3,8 ± 0,035	2,1 ± 0,026	1,5 ± 0,02
	ИК	0	0,48 ± 0,03	0,21 ± 0,02	0,19 ± 0,021
Через 7 дней	УИГР	0,81 ± 0,038	0,61 ± 0,04	0,58 ± 0,052	0,6 ± 0,05
	ЙЧ	0	0,62 ± 0,043	0,31 ± 0,033	0,23 ± 0,013
	РМА	0	2,7 ± 0,08	1,8 ± 0,022	1,4 ± 0,019
	ИК	0	0,44 ± 0,021	0,23 ± 0,017	0,18 ± 0,015
Через 14 дней	УИГР	0,87 ± 0,034	0,56 ± 0,04	0,54 ± 0,05	0,53 ± 0,05
	ЙЧ	0	0,81 ± 0,06	0,36 ± 0,04	0,28 ± 0,024
	РМА	0	5,7 ± 0,67	2,6 ± 0,037	2,1 ± 0,043
	ИК	0	0,54 ± 0,035	0,25 ± 0,032	0,21 ± 0,022

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как видно из таблицы во всех трех группах лечение катарального гингивита оказалось успешным (данная патология является обратимой, и указанных выше мероприятий стандартного лечения оказалось достаточно).

Тем не менее следует обратить внимание, что во II и III группах нормализация индексных показателей происходила быстрее и интенсивнее, что подтверждалось клиническим осмотром: значительно раньше исчезала гиперемия, отечность десен, признаки венозного застоя (цианоз), а также кровоточивость.

Наиболее выраженная положительная динамика имела место в III группе (рис. 1–3). Представляется, что данный факт связан со способностью компонентов тонзилгона повышать активность неспецифических факторов защиты организма.

Что крайне важно, учитывая особенности патогенеза гингивита и требования к этиопатогенетической направленности при лечении пародонтопатий.

В дизайн исследования целенаправленно были включены этапы осмотра через 7 и 14 дней после начала лечения. Через 7 дней (то есть через 2 дня после отмены септолете и тонзилгона во II и III когортах) во всех 3 клинических группах отмечалась уверенная положительная динамика.

Однако через 14 дней ситуация в I группе отличалась от таковой во II и III, хотя гигиенические индексы у пациентов всех трех групп были сопоставимы.

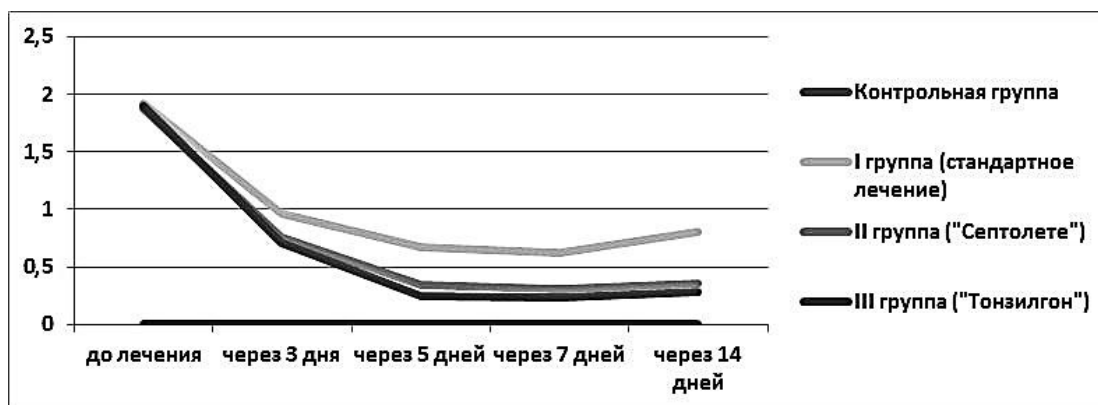


Рис. 1. Динамика показателей Йодного числа Свракова (ЙЧ)

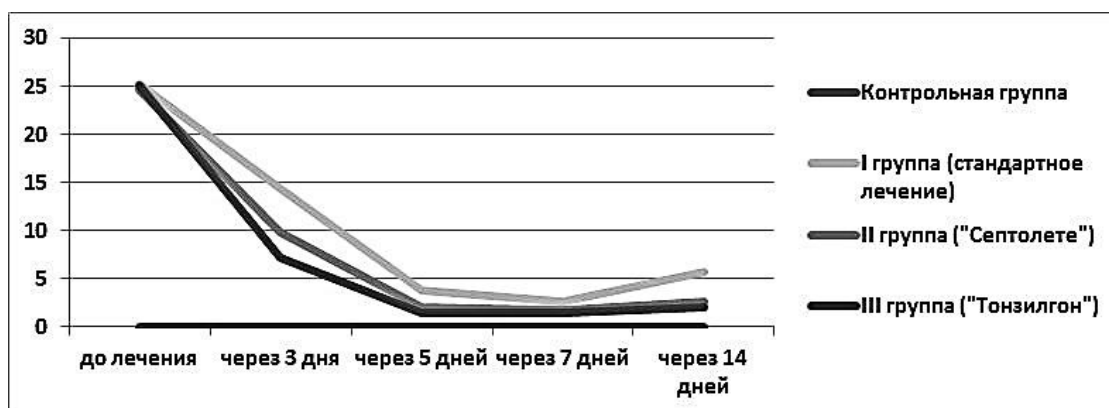


Рис. 2. Динамика показателей индекса РМА (в %)

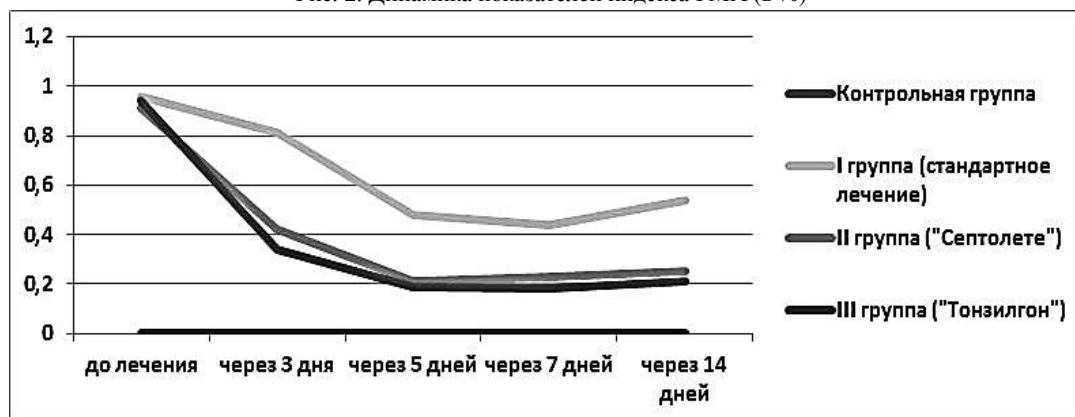


Рис. 3. Динамика показателей индекса кровоточивости (ИК)

Следовательно, можно сделать вывод, что включение в схему лечения хронического катарального гингивита препаратов «Септолете» и «Тонзилгон» не только ускоряет процесс выздоровления, но также пролонгирует полученные в ходе лечения результаты. Представляется, что это связано с выраженными антибактериальными и противовоспалительными действиями указанных препаратов, которые в купе с профессиональной гигиеной и антисептической обработкой повышают эффективность лечения.

Кроме того, лекарственная форма препаратов (пастилки и капли), достаточная большая кратность их приема увеличивают время экспозиции, а значит – воздействия на микрофлору и очаг воспаления.

Для клинического обоснования применения септолете и тонзилгона при лечении катарального гингивита у молодых людей нами была использована «формула индекса эффективности лечения Улитовского» (ИЭФЛУ):

$$\text{ИЭФЛУ (\%)} = \frac{100 \times (PMA1 - PMA2)}{PMA1},$$

где PMA1 – значение индекса до лечения;

PMA2 – значение индекса после отмены септолете и тонзилгона.

В I группе пациентов ИЭФЛУ составил 84,9 %; во II – 91,5 %; в III – 94,0 %.

Таким образом, наибольшую эффективность продемонстрировал тонзилгон (рис. 4).

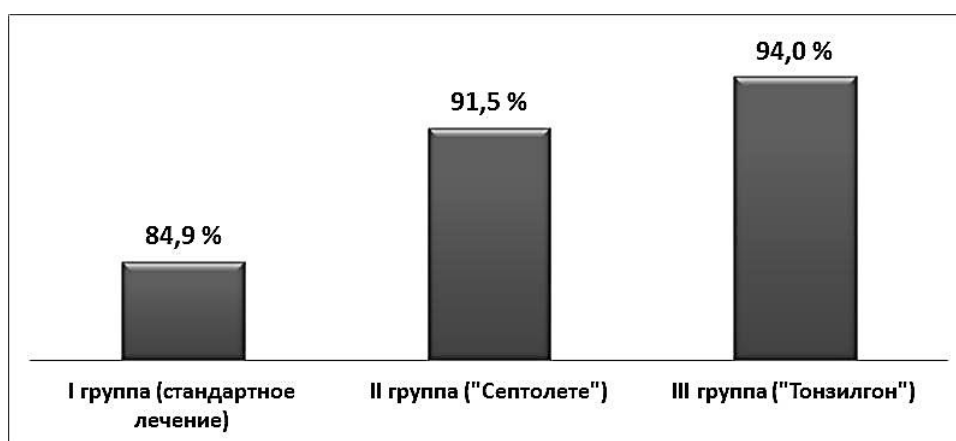


Рис. 4. Динамика показателей ИЭФЛУ

Следует также отметить, что при опросе пациентов II и III групп нами было выяснено, что во II группе из 13 человек 12 (92,3 %) остались довольны препаратом «Септолете» и лишь 1 (7,7 %) высказался о «неудобстве данной лекарственной формы» (пастилка). Зато в III группе из 12 обследованных лишь 7 (58,3 %) «одобрили» капли в качестве лекарственной формы, 5 (41,7 %) оценили ее, как неудобную. Думается, что во многом это может быть связано с «юношеской нетерпимостью»: необходимо отмерять 25 капель, максимально долго удерживать их во рту. Мы целенаправленно выбрали две разные лекарственные формы: пастилки и капли, чтобы в ходе выполнения работы выяснить, какая из них наиболее «близка» молодым людям. Учитывая результаты опроса пациентов

III группы, а также тот факт, что тонзилгон оказался наиболее эффективным, можно сделать вывод о целесообразности назначения данного препарата лицам молодого возраста в виде драже.

**Заключение.** Проведенное исследование демонстрирует клиническую эффективность включения септолете и тонзилгона в схему лечения хронического катарального гингивита у лиц молодого возраста.

Простота использования, удобные лекарственные формы (капли, пастилки, драже), относительно небольшая стоимость дают возможность рассматривать данные лекарственные средства в качестве препаратов выбора при оптимизации терапии воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф Г. Ф., Ратейцхак Э. М., Ратейцхак К. Пародонтология / Под ред. проф. Г. М. Барера: пер. с нем. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.

2. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
3. Грудянов А. И., Фоменко Е. В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 96 с.
4. Данилова Л. А., Чайка Н. А. Биохимия полости рта: учеб. пособие. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 62 с.
5. Еловикова Т. М. Арифметика пародонтологии: Ручные инструменты в пародонтологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 80 с.
6. Жулев Е. Н., Круглова Н. В., Кочубейник А. В. Лечение заболеваний пародонта: учеб. пособие. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2016. – 162 с.
7. Ильина Н. И., Гудима Г. О. Воспаление и иммунитет в общеклинической практике. Общая концепция // Цитокины и воспаление. – 2005. – Т. 4, № 3. – С. 42–44.
8. Исследование микрофлоры в области соединения дентального имплантата с абатментом / А. Т. Яковлев, Е. Ю. Бадрак, Д. В. Михальченко и др. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 46–49.
9. Канкян А. П., Леонтьев В. К. Болезни пародонта: Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении. – Ереван: Тигран Мед, 1998. – 360 с.
10. Ковалевский А. М. Лечение пародонтита: практическое руководство. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 160 с.
11. Лечение пародонтита в пожилом и старческом возрасте / А. К. Иорданишвили, С. В. Солдатов, Г. А. Рыжак и др. – СПб.: МАНЭБ-Нордмедиздат, 2011. – 128 с.
12. Лукиных Л. М., Жулев Е. Н., Чупрунова И. Н. Болезни пародонта. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2005. – 322 с.
13. Лукиных Л. М., Круглова Н. В. Оптимизация комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта: монография. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2013. – 122 с.
14. Микробиология, вирусология и иммунология полости рта: учебник / В. Н. Царев и др.; под ред. В. Н. Царева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 576 с.
15. Пародонтология: национальное руководство / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 704 с.
16. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: рук. для практикующих врачей / Г. М. Барер, Е. В. Зорян, В. С. Агапов и др.; под общ. ред. Г. М. Барера, Е. В. Зорян. – М.: Литтерра, 2006. – 568 с.
17. Улитовский С. Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте: учеб. пособие / С. Б. Улитовский. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
18. Ушаков Р. В., Царев В. Н. Местное антимикробное лечение в стоматологии: учеб. пособие. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 136 с.
19. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике // Вестник ВолгГМУ. – 2007. – № 2. – С. 3–9.
20. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф., Михальченко Д. В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 1 (45). – С. 3–6.
21. Ценов Л. М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА**

**Ю. М. Федотова, И. В. Фирсова, Ю. А. Македонова**

**Кафедра терапевтической стоматологии ВолгГМУ**

На сегодня проблема лечения красного плоского лишая слизистой оболочки, особенно его эрозивно-язвенной формы, обладающей наибольшей потенциальной злокачественностью, представляет собой одну из важных и до конца не решенных задач клинической стоматологии [1].

Причины возникновения красного плоского лишая окончательно не выяснены. Выделяют нейрогенную, вирусную, бактериальную, аутоиммунную теории этого заболевания. В последнее время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием. Это объясняется возросшим контактом с вирусной