

## ИЗМЕНЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ У БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТ-ТЕХНИКОЙ

Сорочинская С. И.

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Бабенко А. Д.

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»,  
кафедра детской стоматологии, Ивано-Франковск, Украина

**Ключевые слова:** ортодонтические больные, хронический гипертрофический гингивит, ультразвук направленного действия, иммунокоррекция

**Резюме.** Определение состояния гигиены полости рта и тканей пародонта, распространенности и степени тяжести хронического гипертрофического гингивита (ХГГ), глубины ложных десневых карманов, кровоточивости десен, показателей системного иммунитета до и в разные сроки после проведения лечения позволяет сравнить эффективность разноформатных комплексов с общепринятыми методами лечения.

**Resume.** Determination of the state of hygiene of oral hygiene and periodontal tissues, the prevalence and severity of chronic hypertrophic gingivitis, the depth of false gum pockets, gum bleeding, systemic immunity before and at different times after treatment allows comparing the effectiveness of complex systems with conventional methods of treatment.

**Актуальность исследования.** Современная ортодонтическая техника позволяет в ходе лечения достичь устойчивых клинических и эстетических результатов не только у детей и подростков, но и у взрослых. Однако, ортодонтическое лечение взрослых пациентов предусматривает наличие ряда особенностей. Одной из них является наличие заболеваний пародонта [1, 8]. Патологические изменения в тканях пародонта при наличии зубо-челюстных аномалий на фоне ортодонтического лечения несъемной техникой исследователи объясняют недостаточной нагрузкой вследствие употребления мягкой пищи, ухудшение условий для проведения гигиены полости рта [2, 9]. При лечении несъемной техникой воздействие на ткани пародонта осуществляется через действие силовых элементов аппарата, что приводит к изменению кровообращения, перемещения зубов и способствует морфологической перестройке костной ткани. Непосредственными раздражителями десен во многих случаях являются брекететы. Дополнительные ретенционные пункты способствуют накоплению зубного налета и быстрому образованию зубной бляшки, роль которой в развитии кариеса и гингивита является общепризнанной как отечественными, так и зарубежными авторами [6].

**Цель исследования:** Повышение эффективности комплексного лечения хронического гипертрофического гингивита у ортодонтических больных путем определения его клинико-патогенетических особенностей.

**Задачи.** Исследовать эффективность метода терапии ультразвуком направленного действия в комплексном лечении ортодонтических больных с хроническим гипертрофическим гингивитом.

**Материалы и методы:** На первом этапе было обследовано и проведено лечение 56 пациентов в возрасте от 16 до 35 лет, у которых на фоне проводимой ортодонтической терапии несъемной аппаратурой развился хронический гипертрофический гингивит. Исследуемые пациенты были разделены на две равные группы - основную и сравнения. В зависимости от степени тяжести ХГГ и возрастной принадлежности. В частности первая группа, 32 пациента (57,14%) в возрасте от 16 до 22 лет, у которых на этапах ортодонтического лечения был обнаружен ХГГ. Из них I степень тяжести была обнаружена у 13 человек (40,63%), а II степень тяжести у 19 человек (59,38%). Вторую группу составляли пациенты зрелой возрастной группы (22-35 лет), в которой данное деление выглядело следующим образом: I степень тяжести выявлено 9, а II степень тяжести выявлена 15 человек, что составляет 42,86% , соответственно, 62,5% обследованных. При первичном осмотре у большинства пациентов с ХГГ было обнаружено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта (ПР). В связи с этим до начала лечения ХГГ исследуемых больных, для количественной оценки состояния гигиены ПР нами было проведено определение индекса гигиены ОНI-S по Грину-Вермильону и индекса Федорова-Володкиной. Степень воспаления в десне, оценивали на основании анализа значений индексов РМА, йодного числа Свракова, индекса кровоточивости SBI и глубины зондирования. С целью исключения пародонтита, исследовали состояние костной ткани пародонта с помощью контактной внутриворотной рентгенографии и ортопантомографии. Всем больным проведена одинаковая первичная местная парадонтологическая терапия (ППТ). Однако, пациентам основной группы назначали общее лечение комбинацией препаратов циклоферона, эрбисола и амизона [3].

**Результаты исследования и их обсуждение.** У пациентов двух исследуемых групп нами обнаружено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Учитывая ведущую роль микрофлоры в развитии ХГГ, нами были применены малоинвазивные методики, в частности терапия ультразвуком направленного действия (ТУНД) [4, 5, 7], которая направлена на создание биологически принятого биопласта на поверхности корня и внутренней выстилки эпителия десны. Метод терапии ориентирован на принцип “дезинфекция за один раз”. Поскольку в предупреждении развития гингивита большое значение имеет удаление зубного налета и тем самым – снижение микробной обсемененности, стабильную продолжительность достигнутого эффекта у больных можно объяснить тщательным дебридментом именно поддесневой зоны. Кроме того, как показали наши исследования, большое значение имеет периодичность проведения профессиональных гигиенических манипуляций у больных ХГГ, что подтверждается стабильностью результатов у больных группы сравнения в течение года с начала комплексного лечения. Поэтому после очистки ручным инструментом поверхности зубов осуществляли ТУНД, что позволяло, благодаря применению полировочной смеси с гидроксипатитом, тщательно удалить биопленку, достичь максимально гладкой и чистой поверхности зуба и удалить грануляции с внутренней стенки ложного кармана. У больных обеих групп отмечалась положительная динамика со стороны показателей гигиены полости рта (ПР) и состояния тканей пародонта, при этом существенные изменения значений этих показателей были зарегистрированы у больных основной группы. По нашему мнению, это обусловлено тем, что пациентам

основной группы кроме ППТ нами было назначено общее лечение комбинацией препаратов циклоферона, эрбисола и амизона. В результате индексы ОНI-S и Федорова-Володкиной оказались ниже исходного значения в 5,2 раза и в 1,9 раза соответственно, что указывало на хорошее гигиеническое состояние ПР на этом этапе лечения. Под влиянием проведенного комплексного лечения через 3 месяца значение йодного числа Свракова и индекса РМА снизились относительно исходного в 3,2 раза и в 5,7 раза соответственно, а индекс кровоточивости SBI снизилась в 2 раза. Показатель глубины зондирования у больных основной группы изменился на 59,7%.

**Выводы.** Анализ индексной оценки гигиены ПР и состояния тканей пародонта через 3 месяца после начала лечения установил наличие положительной динамики у всех больных, хотя в основной группе, где применялась комплексная терапия, результаты были лучше. Использование иммунокорректоров в общем лечении хронического гипертрофического гингивита целесообразно, поскольку значительно улучшает результаты даже в ближайшие сроки после предложенной терапии. Поскольку через 3 месяца не было выявлено нормализации исследуемых показателей необходимо продолжение общей терапии хронического гипертрофического гингивита ортодонтических пациентов на фоне использования брекет-техники.

### Литература

1. Березина Н.А. Ортодонтическое лечение при заболеваниях пародонта / Н.А. Березина, Д.В. Абрамов // Стоматология XXI века: новейшие достижения и материалы. – Пермь, 2000. – С. 154-155.
2. Блюмкина И.М. Гигиена полости рта при ортодонтическом лечении / И.М. Блюмкина // Стоматологический бюллетень. – 2002. – № 12. – С. 6-8.
3. Ершов Ф.И. Интерфероны и их индукторы / Ф.И. Ершов, О.И. Киселев // [2-е изд.]. – М: Гэотар-Медиа, 2005. – 356 с.
4. Клинические исследования эффективности нового ультразвукового прибора для пародонтотерапии / М. Городко, Т. Бюрклин, П. Раецке, [и др.] // ДентАрт. – 2004. – № 1. – С. 56-61.
5. Применение ультразвукового прибора Vector при лечении пародонтита / Андреа Браун, Феликс Краузе, Андреа Шиффер, Матиас Френтцен // Клиническая стоматология. – 2001. – № 3. – с. 62-65.
6. Слабковская А.Б. Гигиена полости рта у пациентов с брекет-системой / А.Б. Слабковская, Н.В. Панкратова, Ю.В. Родионова // Современная стоматология. – 2001. – № 2. – С. 92-94.
7. Хан Райнер. Пародонтальные аспекты Вектор-системы. Часть 2. Возможности использования аппарата Vector / Райнер Хан // Клиническая стоматология. – 2002. – № 1. – С. 64-67.
8. Aslangul E. A chronic gingival hypertrophy / E. Aslangul, H. Gadhoun, C. Badoual // Rev. Med. Interne. – 2009. – Vol. 30(3). – P. 260-261.
9. Aslihan M. Perception of pain during orthodontic treatment with fixed appliances / M. Aslihan, Erding Ertan, Dincer Banu // Eurp. J. Orthod. – 2004. – Vol. 26. – P. 79-85.