

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ПОЖИЛЫХ

**Ю. Пинелис**, доктор медицинских наук, профессор  
Читинская государственная медицинская академия

**E-mail:** pinelism1@mail.ru

*Оптимизировано комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста с применением биорегулирующей терапии.*

**Ключевые слова:** стоматология терапевтическая, пародонтит, пожилой и старческий возраст.

**П**о прогнозам, к 2055 г. пожилые люди составят 40–55% всего населения страны [7], что потребует существенной корректировки медицинского и социального обеспечения здравоохранения [2].

Физиологическое старение – это неизбежно возникающий, закономерный разрушительный процесс, связанный с ослаблением функций организма на всех уровнях, начиная с молекулярного [1, 10]. К пенсионному возрасту у людей имеется большое число хронических заболеваний, вследствие чего снижается работоспособность, увеличивается число случаев временной и стойкой утраты трудоспособности, повышается потребность в специализированной и интегральной медицинской помощи [4, 8, 11].

Увеличивающаяся продолжительность жизни человека и процесс его старения, несомненно, отражаются на состоянии структур и тканей полости рта [4–6]. У людей старше 60 лет в связи с развивающимися возрастными изменениями отмечается вялое и длительное течение стоматологических заболеваний, что нередко приводит к хронизации процесса и требует более продолжительного, чем в молодом и среднем возрасте, лечения [8, 9]. По данным А.И. Грудянова [3], распространенность пародонтита у людей пожилого и преклонного возраста достигает почти 100%, а проводимое общепринятое лечение не обеспечивает стойкую и длительную ремиссию.

Целью нашей работы явилась оптимизация лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у больных пожилого и старческого возраста с применением биорегулятора вилон (синтетический дипептид лизилглутаминовая кислота).

Обследованы 258 пациентов 60–89 лет с ХГП, поступивших в Госпиталь ветеранов войн и труда (Чита) и Дом ветеранов труда «Милосердие» (п. Атамановка Забайкальского края). Контрольные показатели получены при исследовании крови и ротовой жидкости 25 обследованных без заболеваний пародонта и соматической патологии в момент обследования.

Все больные с учетом рекомендаций ВОЗ были разделены на 4 группы – 2 группы сравнения (традиционная терапия): 104 пациента пожилого возраста (60–74 года) и 100 – старческого возраста (75–89 лет) и 2 основные группы (традиционной терапии ХГП в комплексе с вилон): 28 пациентов пожилого возраста (60–74 года) и 26 – старческого возраста (75–89 лет).

Всем больным проводили клиническое (упрощенный индекс гигиены – ИГ – ОНI-S) определение глубины пародонтальных карманов, оценку кровоточивости десен, рецессии десны, патологической подвижности зубов, пародонтальный индекс) и лабораторные исследования.

Традиционное лечение больных с ХГП в обеих возрастных группах включало: обучение гигиене полости рта; проведение профессиональной гигиены и санации полости рта; антисептическую обработку тканей пародонта раствором ромазулана, 0,06% раствором хлоргексидина, 1% раствором перекиси водорода; наложение нетвердеющей повязки (в ее состав входили дикаин, гепарин, преднизолон, синтомицин) на 20 мин; по показаниям – закрытый кюретаж патологических карманов, ротовые ванночки раствором Ротокана – 3 раза в день, аутомассаж с гелем Метрогил-Дента – 2 раза в день в течение 5 дней. Одновременно проводили рациональное протезирование или наложение ортопедических шинирующих аппаратов. Кроме того, пациенты получали противовоспалительные, десенсибилизирующие и антибактериальные препараты в течение 10–12 дней. В основных группах больным, кроме традиционной терапии, дополнительно вводили внутримышечно по 100 мкг вилона на протяжении 5 дней.

Статистическая обработка материала выполнена с применением программы Statistica 6,0 (StatSoft Inc., США) и определением статистической значимости различий при  $p < 0,05$ . При сравнении количественных показателей использовали непараметрические методы в связи с ненормальным распределением значений в вариационных рядах. Исследуемые параметры представлены в виде медианы (Ме [25-й; 75-й процентиля]). Значимость различий между группами по количественным признакам оценивали с помощью критерия Манна–Уитни (U-тест), по сравнению с исходным уровнем – с помощью критерия Уилкоксона.

При изучении стоматологического статуса больных ХГП пожилого возраста после курса базисной терапии (группа сравнения) отмечен положительный клинический эффект (табл. 1). Улучшилось общее состояние больных, в 63,9% наблюдений отмечены прекращение гноетечения из пародонтальных карманов, уменьшение болевых ощущений в десне (на 68,0%;  $p < 0,01$ ), кровоточивости десен при чистке зубов (на 41,8%;  $p < 0,01$ ), запаха изо рта (на 61,5%;  $p < 0,01$ ), редукция пародонтальных карманов (на 40,2%;  $p < 0,01$ ). Обучение навыкам личной гигиены и проведение профессиональной гигиены улучшили гигиеническое состояние полости рта на 45,1% ( $p < 0,01$ ). В меньшей степени проявлялись призна-

ки воспалительных и деструктивных процессов в пародонте. В частности, слизистая оболочка десны становилась бледной, менее отечной, уменьшалась кровоточивость десен, хотя усеченные вершины десневых сосочков сохраняли цианотичный оттенок. ИГ (ОНI-S) улучшился и составил  $1,7 \pm 0,5$  балла ( $p < 0,05$ ), кровоточивость снизилась до II степени по Мюллеману. Данные рентгенографии свидетельствовали об отсутствии выраженной репарации костной ткани альвеолярных отростков.

У больных, получавших дополнительно биорегулятор вилон (основная группа), отмечена более заметная положительная динамика: слизистая оболочка становилась бледно-розовой, ее отек и кровоточивость практически отсутствовали, подвижность зубов уменьшалась. Это подтверждалось и оценкой состояния тканей пародонта. Хотя значения изученных показателей и не достигли нормы, но понизились в среднем в 2–3 раза по отношению к группе сравнения (см. табл. 1). Данные рентгенографии практически не отличались от таковых в группе сравнения.

Эффект от базисной и биорегулирующей терапии у больных старческого возраста был менее значимым (табл. 2). После стандартного лечения у больных группы сравнения также произошло улучшение общего самочувствия, более чем у половины из них не было отделяемого из пародонтальных карманов, у 40 и 68,0% соответственно прекратились боли и зуд в десне ( $p < 0,01$ ), кровоточивость при чистке зубов – у 50% ( $p < 0,01$ ), запах изо рта – у 60,0% ( $p < 0,01$ ). Значительно улучшилось гигиеническое состояние полости рта. Слизистая оболочка десны стала менее гиперемированной и отечной, уменьшилась кровоточивость десен, хотя вершины десневых сосочков были синюшными. Улучшился ИГ ( $1,6 \pm 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), кровоточивость понизилась до II степени по Мюллеману, тем не менее значения индексов после базовой терапии не изменились, за исключением ИГ, хотя и он оставался довольно высоким. Данные рентгенографии свидетельствовали об отсутствии нарастания деструктивных процессов в костной ткани альвеолярных отростков.

По окончании лечения в основной группе (вилон) отмечено более заметное улучшение общего состояния, у 90 % больных жалобы отсутствовали. Слизистая оболочка десны была влажной, обычного цвета, сохранялись незначительный отек и кровоточивость при чистке зубов. Значения индексов состояния полости рта и тканей пародонта понизились (на 40–60%) по сравнению с исходными и с таковым в группе сравнения (см. табл. 2). Данные рентгенографии в сравниваемых группах были одинаковыми.

Таблица 1  
Состояние полости рта и тканей пародонта у больных ХГП пожилого возраста до и после лечения (Ме [25-й; 75-й процентиля])

| Показатель | Контроль (n=25)   | Группа сравнения (n=104)       |                                | Основная группа (n=28)         |                                       |
|------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
|            |                   | до лечения                     | после лечения                  | до лечения                     | после лечения                         |
| КПИ        | 0,25 (0,21; 0,30) | 3,0 (2,9; 3,1) <sup>a</sup>    | 2,75 (2,7; 2,8) <sup>a</sup>   | 3,50 (2,9; 3, 7) <sup>a</sup>  | 1,15 (0, 8; 1,3) <sup>a, 6, 8</sup>   |
| ИГ         | 0,80 (0,6; 0,9)   | 3,0 (2,90; 3,18) <sup>a</sup>  | 2,60 (2,5; 2,7) <sup>a</sup>   | 3,10 (2,8; 3,3) <sup>a</sup>   | 1,45 (1,2; 1,6) <sup>a, 6, 8</sup>    |
| РМА        | 9,5 (7,4; 10,2)   | 54,0 (52,0; 58,0) <sup>a</sup> | 50,0 (48,0; 52,0) <sup>a</sup> | 52,0 (50,0; 56,0) <sup>a</sup> | 22,0 (17,0; 24,0) <sup>a, 6, 8</sup>  |
| СРITN      | –                 | 6,0 (4,50; 6,50)               | 5,0 (4,0; 5,0)                 | 6,50 (5,0; 7,0)                | 3,5 (2,9; 4,0) <sup>a, 6</sup>        |
| ИК         | 0,45 (0,39; 0,51) | 1,90 (1,8; 2,1) <sup>a</sup>   | 1,50 (1,4; 1,6) <sup>a</sup>   | 1,95 (1,7; 2,6) <sup>a</sup>   | 0,85 (0, 69; 1,10) <sup>a, 6, 8</sup> |

**Примечание.** Здесь и в табл. 2: КПИ – комплексный пародонтальный индекс; СРITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) – индекс нуждаемости в пародонтологическом лечении; РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс; ИК – индекс кровоточивости; <sup>a</sup> – различия достоверны по сравнению с контролем; <sup>6</sup> – по сравнению с исходным уровнем; <sup>8</sup> – между сравниваемыми группами (здесь и в табл. 2).

Таблица 2

**Динамика значений индексов состояния полости рта и тканей пародонта  
у больных ХГП старческого возраста (Ме [25-й; 75-й процентиля])**

| Показатель | Контроль (n=25)   | Группа сравнения (n=100)       |                                 | Основная группа (n=26)         |                                    |
|------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
|            |                   | до лечения                     | после лечения                   | до лечения                     | после лечения                      |
| КПИ        | 0,25 (0,21; 0,30) | 3,10 (2,9; 3,2) <sup>a</sup>   | 2,80 (2,7; 2,9) <sup>a</sup>    | 3,0 (2,8; 3,1) <sup>a</sup>    | 2,0 (1,7; 2,2) <sup>a, б</sup>     |
| ИГ         | 0,80 (0,6; 0,9)   | 2,70 (1,7; 2,9) <sup>a</sup>   | 2,20 (2,0; 2,6) <sup>a, б</sup> | 2,80 (1,9; 3,0) <sup>a</sup>   | 1,60 (1,4; 2,0) <sup>a, б</sup>    |
| PMA        | 9,5 (7,4; 10,2)   | 52,0 (48,0; 55,0) <sup>a</sup> | 46,0 (42,0; 50,0) <sup>a</sup>  | 51,0 (45,0; 53,0) <sup>a</sup> | 31,20 (29,0; 32,0) <sup>a, б</sup> |
| CRITN      | –                 | 5,0 (4,5; 5,5) <sup>a</sup>    | 4,50 (5,0; 6,0) <sup>a</sup>    | 5,0 (4,5; 5,5) <sup>a</sup>    | 3,20 (3,0; 4,1)                    |
| ИК         | 0,45 (0,39; 0,51) | 2,10 (2,0; 2,1) <sup>a</sup>   | 1,50 (1,5; 1,7) <sup>a</sup>    | 2,30 (1,9; 2,5) <sup>a</sup>   | 1,10 (1,0; 1,2) <sup>a, б</sup>    |

Сравнительный анализ показал, что более существенные положительные изменения происходили в группах больных пожилого возраста. Это в определенной степени свидетельствует о большем резервном потенциале у них местного иммунитета ротовой полости и возможности стимуляции защитных механизмов. Однако несмотря на проведенное стандартное лечение, значения показателей состояния полости рта и тканей пародонта (ИГ, КПИ, PMA, CRITN, ИК) оставались достаточно высокими, что указывало на сохранение очагов хронической инфекции в полости рта. В то же время под действием вилона очаги хотя и не нормализовались, но заметно уменьшались, что свидетельствует об эффективности терапии с биорегулятором.

Таким образом, под действием стандартного лечения улучшение клинического статуса проявлялось в основном уменьшением субъективных жалоб пациентов и снижением степени воспаления десны на фоне улучшения гигиенического состояния полости рта. Включение в комплекс базисной терапии биорегулятора вилон способствовало значительному улучшению клинических результатов.

Через 3 мес у пациентов обеих групп сравнения (стандартное лечение) жалобы, клиническая картина и значения индексов стали такими же, как и до лечения. Всем им назначен повторный курс лечения. Между тем у 50% больных обеих основных групп клиническая картина указывала на фазу ремиссии заболевания.

## Литература

1. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения / СПб: Наука, 2008; Т.1: 480 с.

2. Блашкова С.Л. Разработка критериев качества патогенетической терапии хронического генерализованного пародонтита. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Казань, 2010; 38 с.

3. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / М.: Медицинское информационное агентство, 2009; 336 с.

4. Линник Л.Н. Реабилитация лиц старческого возраста с хроническим генерализованным пародонтитом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2011; 24 с.

5. Малезик Л.П., Малезик М.С., Пинелис Ю.И. Состояние системы иммунитета при хроническом генерализованном пародонтите у пожилых людей, страдающих ишемической болезнью сердца // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012; 3 (85, ч. 2): 109–12.

6. Алимский А.В. и др. Нерешенные проблемы геронтостоматологии // Экономика и менеджмент в стоматол. – 2010; 2 (31): 19–21.

7. О положении граждан старшего поколения в Российской Федерации: Гос. доклад / М.: Департамент по делам ветеранов, пожилых людей и приема населения МЗ РФ, 2011; 226 с.

8. Рахимов Р.М., Блинов С.В., Минаев Ю.Л. Исследование стоматологического статуса пожилого населения г. Самары // Изв. Самар. НЦ РАН. – 2010; 12 (1): 1625–8.

9. Farrell S. et al. Oral malodor reduction combination of hemotherapeutic and mechanical treatments // Clin. Oral. Invest. – 2006; 56: 157–63.

10. Krtolica A. Stem cell: balancing aging and cancer // Int. J. Biochem. Cell. Biol. – 2005; 37 (5): 935–41.

11. Myers K. Optimal oral health and 2020 // Dent. Today. – 2005; 24: 14.

### COMBINATION THERAPY FOR CHRONIC PERIODONTITIS IN THE ELDERLY

*Professor Yu. Pinelis MD  
Chita State Medical Academy*

*Combination treatment for chronic generalized periodontitis has been optimized using bioregulatory therapy in elderly and senile patients.*

**Key words:** preventive dentistry, periodontitis, elderly and senile age.