УДК 616.8-009.812:616.314-001.4]:616.311.2-002-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ И БРУКСИЗМОМ

Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, e-mail: gerasimovalarisa@rambler.ru

На сегодняшний день среди актуальных проблем стоматологии ведущее место занимают заболевания тканей пародонта. Это связано не только с высокой распространенностью данного заболевания, но и с тем, что пародонтит является причиной частичной или полной утраты зубов. Согласно данным ВОЗ, частота поражений тканей пародонта в разных странах среди лиц старше 35 лет составляет от 40 до 75–100 %. В статье представлены результаты обследования 60 пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, связанным с бруксизмом. Дана характеристика клиническим, функциональным особенностям этих больных. Рассмотрены вопросы диагностики координированной работы мышц челюстно-лицевой области, вопросы коррекции функциональной активности жевательной группы мышц. Получены новые данные о функциональном состоянии мышц челюстно-лицевой области у больных хроническим генерализованным пародонтитом и определена эффективность метода лечения амплипульстерапией.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, бруксизм, амплипульстерапия, биоэлектрическая активность, синусоидально-модулированные токи

THE EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS AND BRUKSIZM

Khaibullina R.R., Gerasimova L.P.

Bashkir state medical University of the Ministry of the Russian Federation, Ufa, e-mail: gerasimovalarisa@rambler.ru

Among the topical problems of dentistry leading place is occupied with the diseases of fabrics of parodont. It is connected not only with a high prevalence of the disease, but with the fact that periodontitis is the reason for the partial or full loss of teeth. According to the who, the rate of defeat periodontal tissues in different countries among those older than 35 years of age is 40 to 75-100 **%**. The paper presents the results of a survey of 60 patients with chronic generalized periodontitis associated with bruksizm. The characteristic clinical, functional characteristics of these patients. The problems of diagnosis of coordinated muscle function maxillofacial region, issues correction of functional activity of the posterior muscles. New data on the functional state of the muscles maxillofacial region in patients with chronic periodontitis genearlizovannym, and the efficiency of treatment amplipuls.

Keywords: chronic generalized periodontitis, bruksizm, electromyography, electrical activity, amplipuls, sinusoidal modulated currents

На сегодняшний день среди актуальных проблем стоматологии ведущее место занимают заболевания тканей пародонта. Это связано не только с высокой распространенностью данного заболевания, но и с тем, что пародонтит является причиной частичной или полной утраты зубов.

Согласно данным ВОЗ, частота поражений тканей пародонта в разных странах среди лиц старше 35 лет составляет от 40 до 75–100 %.

Наличие многообразия теорий и гипотез формирования данного заболевания доказывает, что пародонтит, обусловленный той или иной причиной, имеет свои характерные особенности клинического течения, а значит, необходимость разработки новых эффективных методов лечения пародонтита на сегодняшний день остается наиболее актуальной задачей.

Одной из наиболее распространенных патологий зубочелюстной системы (70 %) на сегодняшний день является бруксизм. Существуют различные мнения о влиянии бруксизма на развитие травматической окклюзии. Некоторые авторы считают, что бруксизм является самостоятельной причиной заболеваний пародонта [1]. Многие авторы считают основной причиной развития пародонтита перегрузка пародонта при отсутствии оптимальных нагрузок на ось зуба [2]. Также фактором, влияющим на прогрессирование пародонтита, является бруксизм, который является ответной реакцией на стресс.

Из данных литературы очевидно, что до настоящего времени не решены многие вопросы причинно-следственных отношений между такими факторами, как заболевания пародонта, бруксизм, окклюзионная дисгармония и нарушение функции жевательных мышц [3, 4, 5, 6].

Повышенный тонус жевательной мускулатуры у пациентов приводит к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, неравномерному патологическому стиранию твердых тканей зубов, но в большей степени при данной патологии страдают ткани

пародонта. Однако данных о закономерностях изменения тканей пародонта у больных бруксизмом в доступной литературе мы не обнаружили, что и определило актуальность исследования. **Целью исследования** явилась разработка комплексного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом и бруксизмом с использованием физиотерапевтических технологий.

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 60 пациентов в возрасте 30–35 лет с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит».

Основную группу А составили 60 пациентов, которые предъявляли жалобы на кровоточивость десен, зубной налет, запах изо рта, утомляемость, скованность в области жевательных мышц.

Контрольная группа – 20 человек, которые были обследованы для уточнения параметров нормы.

Критериями отбора пациентов были: возраст 30–35 лет; диагноз «хронический генерализованный пародонтит»; согласие на длительное и многократное обследование.

Сбор анамнеза включал паспортные данные, изучение жалоб пациента, причин обращения в клинику, данные о перенесенных заболеваниях, а также установление заболеваний, предшествующих развитию пародонтита.

При изучении стоматологического статуса обращали особое внимание на ткани пародонта, слизистой оболочки альвеолярных отростков и полости рта (наличие и интенсивность воспалительных и трофических процессов), наличие пародонтальных карманов, подвижность зубов, гигиеническое состояние полости рта, состояние зубов и состояние височно-нижнечелюстного сустава. Объективно в полости рта у пациентов определялась различной степени стертость режущего края и бугров зубов.

Кроме общеклинического обследования, всем пациентам применялись специальные методы исследования. При осмотре в полости рта определялись наличие зубного налета, гиперемия и отечность десны. Для объективизации активности воспалительного процесса в десне и тканях пародонта проводится изучение проб и индексов, которые рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения для оценки состояния тканей пародонта – гигиенические индексы Грин-Вермиллиона (OHI-S), проба Шиллера–Писарева, пародонтальный индекс. Ортопантомография и дентальная компьютерная томография проводилась для оценки состояния костной ткани и височно-нижнечелюстного сустава. Также для оценки состояния мышц челюстно-лицевой области применялся метод электромиографии жевательных, височных и надподъязычных мышц.

После устранения всех травмирующих факторов (некачественные пломбы, восстановление контактных пунктов, коррекция ортопедических конструкций и дефектов протезирования, устранения травматической окклюзии, восстановление жевательной эффективности) всем пациентам проводился комплекс мероприятий включающих в себя базовую терапию и процедуры, направленные на нормализацию тонуса жевательной мускулатуры.

Базовая терапия включала в себя соблюдение диеты, проведение профессиональной гигиены полости рта, удаление зубных отложений, полоскание антисептиком хлоргексидин, аппликации составом нистатин + левомеколь + трихопол.

Пациентам группы А были изготовлены релаксирующие шины, которыми пациенты пользовались в ночное время, в течение 6 месяцев, и приходили на коррекцию. Также пациентам подгруппы А проводили самомассаж десен, лечебную физкультуру для мышц челюстно-лицевой области и амплипульстерапию.

Лечебный фактор: применялся второй род работы (II РР, ПП, посылки-паузы) вид модуляции, при котором происходит чередование посылок тока, модулированного определенной частотой в пределах 10–150 Гц, и пауз-посылка – пауза (ПП) – при этом длительность посылок тока и пауз дискретна в пределах от 1 до 6 с (рисунок), что позволяет изменять нагрузку на стимулируемые мышцы. Такой режим обеспечивает выраженную контрастность воздействия синусоидальных модулированных токов на фоне пауз и обладает наиболее выраженным нейростимулирующим эффектом. Продолжительность процедур составляет 10–15 мин. Курс лечения – 10–12 сеансов, которые проводятся ежедневно. Всего проводилось 2 курса через месяц.

Графическое изображение СМТ: II род работы
Чередование посылок тока и пауз (ПП)

Результаты исследования и их обсуждение

До проводимого лечения основным проявлением заболевания у пациентов была развернутая клиническая картина хронического генерализованного пародонтита. Практически в 100% наблюдений присутствовала кровоточивость из десневых карманов, в 70% – наличие мягкого и твердого зубного налета. У 74,5% больных наблюдались признаки деструкции костной ткани. В 33% случаев у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на дентальной компьютерной томографии было выявлено смещение суставной головки. В 70,3% случаев пациенты предъявляли жалобы на скованность, утомляемость в области жевательной группы мышц. 53% пациентов после ношения релаксирующих шин нуждались в ортодонтическом лечении, которое проводилось по показаниям.

Для определения состояния мышц челюстно-лицевой области проводилась электромиография. При анализе электромиографии определяли амплитуду в (мкВ), в период физиологического покоя и при заданной нагрузке. Результаты электромиографического исследования контрольной группы совпали с показателями нормы. Результаты электромиографического исследования группы А приведены в таблице.

Сводные показатели биоэлектрической активности жевательной группы мышц пациентов с бруксизмом до и после лечения

Группы	Средняя максимальная амплитуда ВМ в мкВ, М ± т		Средняя максимальная амплитуда ВМ в мкВ, М ± т		Средняя максимальная амплитуда ЖМ в мкВ, М ± т		Средняя максимальная амплитуда ЖМ в мкВ, М ± т	
	В покое (справа)	При нагрузке (справа)	В покое (слева)	При нагрузке (слева)	В покое (справа)	При нагрузке (справа)	В покое (слева)	При нагрузке (слева)
Группа А (до лечения)	38,2 ± 2,6*	431,8 ± 8,5*	40,5 ± 2,3*	437, ± 6,3*	34,2 ± 2,4**	455,2 ± 2,9**	39,2 ± 2,8	431,0 ± 94
Группа А (после лечения)	32 ± 2,2*	395,3 ± 2,7**	36,2 ± 2,8*	397,2 ± 7,4*	30,8 ± 2,4*	397,3 ± 3,8*	33,2 ± 2,2	399,0 ± 94
Контрольная группа	24,0*	376,0 ± 9,8*	32,3 ± 2,1	360,5 ± 8,3	18,0*	24,0 ± 5,1*	24,0 ± 5,2	387,0 ± 10,0
N	не > 25	362,0 ± 10,0	не > 25	362 ± 10,0	не > 25	387,0 ± 10,0	25,0	385,0 ± 10,0
p	p < 0,05	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,05	p < 0,03	p < 0,03	p < 0,03	p < 0,03

Примечания: ЖМ – собственно жевательная мышца, ВМ – височная мышца. N – нормальные величины позаимствованы из литературных источников (В.А. Хватова, Л.С. Персин, И.Г. Ерохина, 1998).

По результатам обследования пациентов группы А можно отметить, что у больных хроническим генерализованным пародонтитом и бруксизмом имеются нарушения в координированной работе мышц челюстно-лицевой области, что приводит к более частым обострениям данного заболевания.

Картина электромиографии характеризуется значительным снижением амплитуды биопотенциалов жевательных и височных мышц, присутствием спонтанной активности всей группы мышц.

Так как биоэлектрическая активность жевательной и височной мышцы повышена. Жевательные и височные мышцы в покое напряжены.

Выводы

У больных с хроническим генерализованным пародонтитом, связанным с бруксизмом, при проведении электромиографического исследования выявлены нарушения миодинамического равновесия жевательной группы мышц у основной группы: наличие спонтанной активности в покое, уменьшение биоэлектрической активности жевательной и височной мышцы при функциональной нагрузке в 3 раза по сравнению с нормой и увеличение биоэлектрической активности надподъязычных мышц в 2 раза по сравнению с нормой.

Элктромиографическое исследование мышц челюстно-лицевой области у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом дает возможность оценить эффективность проведения лечебных процедур.

Применение метода амплипульстерапии, воздействующего на мышечную активность, позволило добиться положительного эффекта в нормализации функции жевательных мышц у всех пациентов. Под действием амплипульстерапии биоэлектрическая активность увеличилась: у собственно жевательной мышцы на 20%, височной мышцы на 18%, активность надподъязычных мышц снизилась на 18% по сравнению с исходными данными, что привело к уменьшению болезненности и скованности. В результате анализа отдаленных результатов в динамике, после лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом методом амплипульстерапии были получены данные, свидетельствующие о стабильности результатов проведенного лечения.

Данные, полученные при анализе результатов лечения, проведенного методом СМТ-терапии, свидетельствуют о том, что СМТ-терапия является эффективным методом лечения функциональной недостаточности собственно жевательных, височных и надподъязычных мышц на фоне базового лечения и способствует восстановлению функции жевательной мускулатуры.

Пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом, у которых нарушена функция жевательной группы мышц,

нуждаются в длительном реабилитационном лечении, включающем в себя терапевтические, ортопедические и ортодонтические методы лечения.

Список литературы

1. Герасимова Л.П. Применение программного многоканального биоэлектрического управления в реабилитации детей с врожденными и приобретенными пороками челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – 38 с.

2. Грудянов А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 96с.

3.Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта // Медицинская книга. –2003. – 160 с.

4. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. – Нижний Новгород: изд-во «НГМА», 2005. – 322 с.

5. Мюллер Х.П. Пародонтология. – Львов: изд-во «ГалДент», 2004 – 256 с.

6. Хватова, В.А. Классификация видов окклюзии с учетом состояния височно- нижнечелюстного сустава: Часть 5 (окончание) // Новое в стоматологии. – 1998. – № 7. – С. 49–55.

References

1. Gerasimova L.P. Application software multichannel bioelectric management in rehabilitation of children with congenital and acquired defects of the maxilla-facial region: Avtoref. dis. ... Dr. med. Sciences. M., 1997. 38 p.

2. Грудянов A.I. Etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases. M: LLC «Medical informational Agency, 2010 96 p.

3. Курякина N.V., Kutepova T.Ф. periodontal Disease // Meditsinskaya kniga, 2003, 160 p.

4. Лукиных L.M. periodontal Disease. Clinic, diagnostics, treatment and prevention. Nizhniy Novgorod: Izd-vo «state Maritime Academy», 2005–322 p.

5. Muller MM Periodontics. Lviv: publishing house «ГалДент», 2004 256 p.

6. Khvatova, V.A. Classification of types of occlusion with regard to the state of TMJ: Part 5 (continued) / VA khvatova // New in dentistry. 1998. № 7. pp. 49–55.

Рецензенты:

Блашкова С.Л., д.м.н., доцент, зав. кафедрой терапевтической стоматологии, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань;

Кабирова М.Ф., д.м.н., профессор кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИПО, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 17.01.2014