

Опыт применения магнитотерапии в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом

К.м.н. А.В. ПЬЯНЗИНА

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия; Московская областная стоматологическая поликлиника, Москва, Россия

Цель исследования — разработка и научное обоснование методики магнитотерапии на этапе восстановительного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП). Приведены результаты наблюдения за 60 пациентами в возрасте от 35 до 65 лет с диагнозом ХГП средней тяжести. Пациентам контрольной группы проводилось импульсное углекислое орошение индифферентной температуры по 12 мин №10. Пациентам основной группы дополнительно проводилась магнитотерапия №10 по 5 минут с каждой стороны на область проекции верхней и нижней челюсти по лабильной методике. При анализе результатов клинического обследования, динамики пародонтальных и реографических индексов установлено, что курсовое применение магнитотерапии в комплексном пародонтологическом лечении позволяет ликвидировать очаги воспаления, добиться длительной стабилизации состояния пародонта, восстановления структурных и функциональных элементов пародонтального комплекса.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, магнитное поле, магнитотерапия.

Magnetic therapy for complex treatment of chronic periodontal disease

A.V. PIANZINA

Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russia; Moscow Regional Dental Clinic, Moscow, Russia

The aim of the study was to elaborate the methodology of magnetic therapy for complex treatment of chronic periodontal disease (CPD). The study included 60 patients aged 35 to 65 years with moderate CPD divided in 2 groups. Patients in group 1 (controls) received impulse carbonate irrigation for 12 min №10, group 2 additionally received magnetic therapy for 5 min №10 in maxillary and mandibular areas. Clinical results, periodontal and rheological indices proved magnetic therapy to be useful tool for eradication of inflammation, periodontal tissue functional recovery and stabilization.

Keywords: chronic periodontal disease, magnetic field, magnetic therapy.

Воспалительные заболевания пародонта являются медико-социальной проблемой [1–3]. В России распространенность этих заболеваний в основной группе трудоспособного населения (35–44 года) приближается к 100% [4]. На фоне воспалительных заболеваний пародонта возникают нарушения микроциркуляции, проявляющиеся изменением тонуса, периферического сопротивления, эластичности сосудов, явлениями венозного застоя, повышением проницаемости сосудистой стенки [3], и нарастающие в зависимости от клинической тяжести процесса и выраженности клинических его проявлений [5].

Основные лечебные мероприятия при пародонтите должны быть направлены на купирование воспаления в тканях и предупреждение распространения процесса [1]. Так как деструкция опорных тканей зуба происходит именно во время обострений, одной из главных целей лечения становится сокращение количества и длительности периодов обострения и увеличение длительности периодов ремиссии [1, 6–8].

Применение магнитотерапии рекомендуется в качестве наиболее адекватного и доступного метода в ком-

плексном лечении воспалительных заболеваний пародонта для купирования свободнорадикального окисления и инволютивных изменений соединительной ткани. Магнитотерапия проводится для улучшения репаративных процессов и восстановления гомеостаза пародонтального комплекса. Этот метод позволяет быстро купировать отек, воспаление и болевой синдром [9, 10]. Важно отметить, что применение магнитотерапии хорошо зарекомендовало себя в комплексном лечении соматически отягощенного контингента больных [9].

Цель работы — разработка и научное обоснование методики магнитотерапии на этапе восстановительного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП).

Материал и методы

На базе Московской областной стоматологической поликлиники было проведено обследование и лечение 60 человек в возрасте от 35 до 65 лет (12 мужчин и 48 женщин) с диагнозом ХГП средней степени тяжести. Обсле-

дование включало в себя опрос и осмотр, измерение глубины пародонтальных карманов, определение пародонтальных индексов (модифицированного индекса кровоточивости Мюлеманна—Коуэла (Muhlemann—Cowell, 1975), гигиенического индекса Силнесса—Лоэ (Silness—Loe, 1964), индекса ПМА (I. Shour, M. Massler, 1947), рентгенологическое исследование (ортопантомография и прицельные дентальные снимки) и реопародонтографию (двухканальная реографическая приставка РПКА2-01 ЗАО Научно-технический центр МЕДАСС, Россия). Пациентов обследовали до начала лечения, сразу после его окончания и через 6 мес после окончания курсового физиотерапевтического лечения.

Курс магнитотерапии назначали после комплексного пародонтологического лечения, которое включало в себя устранение всех травмирующих факторов, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений. В процессе лечения проводился контроль гигиены рта и коррекция навыков индивидуальной гигиены полости рта.

Пациенты были разделены на две равные группы методом простой рандомизации. Пациентам контрольной группы проводилось импульсное углекислородное орошение индифферентной температуры по 12 мин курсом из 10 ежедневных процедур. Пациентам основной группы дополнительно проводилась магнитотерапия аппаратом Магофон-30 (РУ ФСР 2009/04946 от 28 мая 2009 г.) №10 по 5 мин с каждой стороны на область проекции верхней и нижней челюсти по лабильной методике.

Результаты и обсуждение

По данным клинического обследования перед началом лечения достоверных различий между группами не было. После проведенного комплексного лечения отмечено значительное снижение выраженности симптомов воспаления. Жалобы на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи и ощущение зуда в деснах отсутствовали у всех пациентов. При клиническом исследовании тканей пародонта выявлено более плотное прилегание края десны к коронковой части зубов, что выражалось незначительным уменьшением глубины патологических пародонтальных карманов в среднем на 0,3 мм и снижением степени подвижности зубов. Десна приобрела бледно-розовый оттенок, явлений цианоза не было. Межзубные сосочки стали более плотными, однако в единичных случаях установлена их гиперемия. Кровоточивость десен отсутствовала. Наблюдали значительное улучшение гигиены рта у всех пациентов. Индекс Силнесс—Лоэ составил в среднем $0,16 \pm 0,06$, что соответствовало хорошему уровню гигиены. Проведение инструктажа и напоминание о правилах индивидуальной гигиены рта помогло сохранить этот индекс на низком уровне и тем самым исключить влияние на результат фактора личной гигиены (рис. 1). При контроле через 6 мес жалоб на неприятный запах изо рта и на зуд и болезненность в деснах больные не предъявляли. Жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов отмечены у 23,3% пациентов в основной группе и у 36,7% в контрольной группе. Изменения степени подвижности зубов и глубины патологических пародонтальных карманов не зафиксировано.

Значения индекса Мюллемана (рис. 2) и ПМА (рис. 3) были достоверно лучше в основной группе и сразу после лечения, и через 6 мес, что свидетельствует о пролонгированном купировании воспалительного процесса.

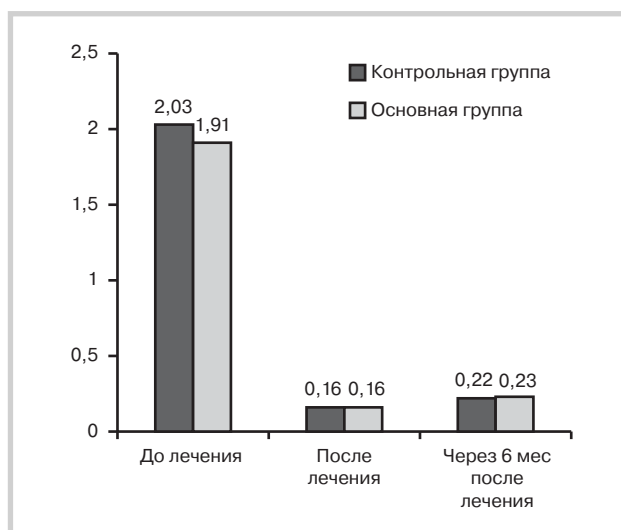


Рис. 1. Динамика индекса Силнесс—Лоэ в контрольной и опытной группах.

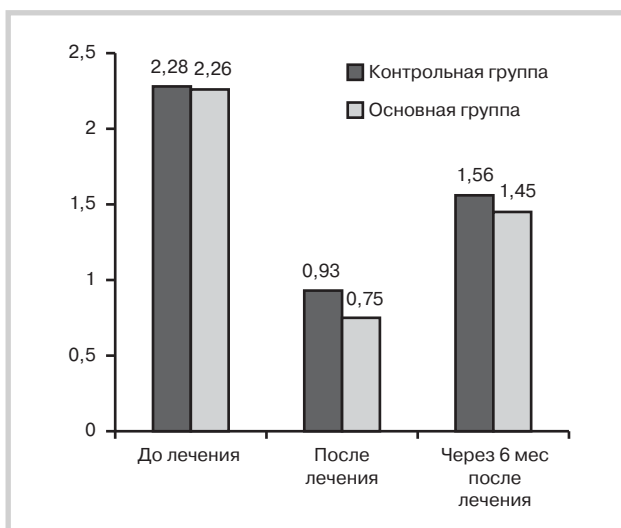


Рис. 2. Динамика индекса Мюллемана в контрольной и опытной группах.

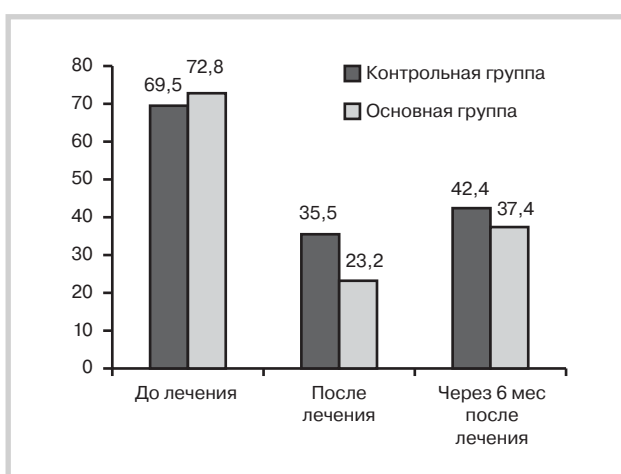


Рис. 3. Динамика индекса ПМА (%) в контрольной и опытной группах.

Динамика изменения показателей реопародонтографии

РПГ	Группа	До лечения	После лечения	Через 6 мес после лечения
ИПС (% , норма 80—90%)	Контрольная	110,5±6,4	102,5±4,5*	107,3±5,5
	Основная	111,5±5,3	97,3±4,3** **	103,2±4,1** **
РИ (Ом, норма 0,08—0,09 Ом)	Контрольная	0,035±0,004	0,052±0,004*	0,051±0,005*
	Основная	0,038±0,004	0,065±0,003** **	0,056±0,003** **
ИЭ (% , норма 70—80%)	Контрольная	61,5±3,2	64,1±2,5	63,3±2,7
	Основная	60,3±3,3	70,5±3,2** **	64,4±3,5*

Примечание. * — достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с показателями до лечения; ** — достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с показателями после лечения в контрольной группе.

Значение индексов периферического сопротивления, эластичности и реографического индекса на стадии обследования до начала лечения в обеих группах достоверно не отличалось. При обследовании сразу после курса лечения и через 6 мес после его окончания отмечено улучшение данных показателей, достоверно менее значимое в группе контроля по сравнению с основной группой (см. таблицу). Установлено, что под действием магнитного поля в слизистой оболочке десны происходят благоприятные изменения микроциркуляции и транскапиллярного обмена. Отмечается возрастание скорости кровотока, увеличивается емкость сосудов, наблюдается разжижение крови и улучшение ее реологических свойств, происходит раскрытие резервных капилляров, анастомозов и шунтов. Изменения реопародонтограммы свидетельствуют об устранении венозного застоя.

Заключение

Контроль результатов проведенного лечения показал, что предложенная нами методика магнитотерапии

позволяет ликвидировать очаги воспаления, добиться длительной стабилизации состояния пародонта, восстановления структурных и функциональных свойств элементов пародонтального комплекса. Данная методика может также применяться при реабилитации пациентов после хирургических манипуляций на тканях пародонта.

Курсы магнитотерапии можно проводить амбулаторно в специализированных ЛПУ по месту жительства пациентов. Достигнутый эффект сохраняется на протяжении 6 мес, однако через 6 мес после окончания курса лечения мы наблюдали ухудшение контрольных показателей различной степени выраженности, что позволяет рекомендовать проведение повторных курсов магнитотерапии через 3—4 мес. Разработанная методика магнитотерапии в комплексном лечении больных ХГП средней тяжести обеспечивает возможность прицельного воздействия на основные звенья патогенеза пародонтита, тем самым увеличивая эффективность лечения ХГП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И. *Заболевания пародонта*. М.: Медицинское информационное агентство; 2009.
2. Дмитриева Л.А. *Пародонтит*. М.: Медпресс-информ; 2007.
3. Иванов В.С. *Заболевания пародонта*. М.: МИА; 2001.
4. Кузьмина Э.М. *Стоматологическая заболеваемость населения России*. Минздравсоцразвития РФ. М.: МГМСУ; 2009.
5. Кречина Е.К., Маслова В.В., Фролова С.А., Рассадина А.В., Мардахаева В.Н., Харькова А.А., Петренко А.В. Оценка состояния гемомикроциркуляции в тканях пародонта по данным лазерной и ультразвуковой доплерографии. *Стоматология (спец. выпуск)*. 2007;45-47.
6. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. *Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта*. М.: МЕДпресс-информ; 2008.
7. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza's Clinical Periodontology: Expert Consult*. 11th edition. 2011;823.
8. Rateitschak Klaus H, Rateitschak Edith M, Wolf Herbert F. *Color Atlas of Dental Medicine: Periodontology (Color Atlas of Dental Medicine)* University of Basle Dental Institute, Switzerland. 1989;321.
9. Боголюбов В.М. *Физиотерапия и курортология*. М.: БИНОМ; 2009.
10. Пономаренко Г.Н. *Частная физиотерапия*. М.: Медицина; 2005.