

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Согласно данным ВОЗ (2000) интактный пародонт встречается лишь в 2-10% наблюдениях. Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта свидетельствует о значительной актуальности данной проблемы в стоматологии. Наиболее часто встречающейся нозологической формой указанной патологии является пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости [4].

Многочисленные исследования указывают на важную роль в патогенезе заболеваний пародонта нарушений микроциркуляции, сопровождающихся структурно-функциональными изменениями тканей пародонта на фоне выраженной гипоксии [7]. Состояние гипоксии способствует интенсификации свободнорадикальных процессов, вызывающих повреждение клеточных и субклеточных мембран [2].

В связи с этим применение фармакологических средств, обладающих антигипоксантами, антиоксидантными и мембранопротекторными свойствами, может оказаться весьма эффективным в лечении воспалительных заболеваний пародонта. Одним из препаратов, нормализующим кислотно-основное состояние при ацидозах различной этиологии, усиливающим внутриорганный кровоток и тканевой метаболизм, является димефосфон [3]. Он обладает мембраностабилизирующим и противовоспалительным действием. При наружном применении димефосфон оказывает антисептическое действие, повышает защитные функции кожи и слизистых оболочек. Данный препарат способен связывать свободные радикалы, запуская цепные реакции перекисного окисления липидов.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение влияния 15% водного раствора димефосфона на показатели гемодинамики у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 52 пациента с диагнозом хронический

генерализованный пародонтит средней степени тяжести в возрасте от 68 до 73 лет.

Пациенты были распределены на 4 группы: лицам 1-ой группы (n=15) проводилось традиционное лечение (профессиональная гигиена полости рта с применением антимикробного препарата 0,06% раствора хлоргексидина и аппликаций нестероидного противовоспалительного препарата - 5% бутадионовой мази) в течение 10 дней. Во 2-ой группе (n=13) на фоне традиционной терапии проводили фармакологическую коррекцию 15% водным раствором димефосфона, который вводился на турундах в пародонтальные карманы. По мере купирования воспалительного процесса переходили от турунд к аппликациям. Больным 3-ей группы (n=12), после предварительной проведенной традиционной терапии в течение 3 дней, было добавлено физиолечение - электрофорез 15% водного раствора димефосфона по общепринятой методике на область слизистой десны (10 процедур). В 4-ой группе (n=12) к лечению, как во второй группе, добавлен прием 15% водного раствора димефосфона per os по 1мл на 5 кг массы тела в течение 10 дней.

Оценка состояния гемодинамики тканей пародонта осуществлялась с помощью метода реопародонтографии, который проводится на программно-аппаратном комплексе на базе реографа Р4-02 по традиционной методике [5,6]. Регистрация и количественный расчет показателей гемодинамики: реографический индекс (РИ), показатель тонуса сосудов (ПТС), индекс эластичности сосудистой стенки (ИЭ) и индекс периферического сопротивления (ИПС) проводился с помощью программы "Реостом".

Клиническими показателями, позволяющими судить о состоянии тканей пародонта и определять степень тяжести воспалительного процесса, служили: индекс гигиены (Green, Vermillion, 1960), индекс РМА (Parma, 1960), пародонтальный индекс (Russell A., 1956), индекс кровоточивости (Muhlemann, Cowell, 1975). Больных обследовали до начала лечения и непосредственно после завершения курса лечения.

В качестве контроля использовались показатели, полученные у лиц (n=10) с характерными для данного возраста клиническими проявлениями со стороны пародонта без воспалительных явлений в возрасте от 68 до 73 лет. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента.

Таблица.

Показатели гемодинамики у больных ХГП средней степени тяжести в зависимости от метода лечения.

Параметры	РИ, Ом	ПТС, %	ИПС, %	ИЭ, %
Контроль n = 10	0,07 ± 0,01	27,9 ± 1,7	114,0 ± 4,0	79,4 ± 1,9
Больные пародонтитом до лечения n = 52	0,11 ± 0,01*	40,9 ± 1,1*	173,9 ± 6,5*	36,8 ± 2,5*
1 группа (после лечения) n = 15	0,07 ± 0,02	32,9 ± 1,1* p<0,001	158,9 ± 3,3* p<0,001	46,3 ± 2,1* p<0,001
2 группа (после лечения) n = 13	0,06 ± 0,01 p<0,05	28,0 ± 1,9 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,05	111,1 ± 2,1 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001	69,5 ± 1,4* p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001
3 группа (после лечения) n = 12	0,04 ± 0,01* p<0,001	25,1 ± 1,9 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001	105,0 ± 2,5 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,01	74,5 ± 2,2 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,01
4 группа (после лечения) n = 12	0,06 ± 0,02 p<0,01	28,2 ± 1,6 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,05	112,7 ± 2,2 p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>3</sub> <0,05	68,7 ± 2,6* p<0,001 p <sub>1</sub> <0,001

Примечание: \* - достоверные различия с контролем; p - уровень значимости достоверных различий между показателями до и после лечения; p<sub>1</sub> - уровень значимости достоверных различий между показателями 1 и другими группами, p<sub>2</sub> - уровень значимости достоверных различий между показателями 2 и 3,4 группами, p<sub>3</sub> - уровень значимости достоверных различий между показателями 3 и 4 группы.

**Результаты исследования.** Предварительный анализ параметров гемодинамики у пациентов с заболеванием пародонта до лечения не выявил достоверных различий между группами, что позволило нам объединить их в одну группу.

Выявлено, что хроническое воспаление пародонта приводило к росту периферического тонуса сосудов на 46,5% (p<0,001), индекса периферического сопротивления на 52,5% (p<0,001) и снижению индекса эластичности на 53,7% (p<0,001) по сравнению с контролем (табл.). Величина реографического индекса (РИ) увеличилась на 57,7% (p<0,001), что свидетельствовало о высокой интенсивности воспаления.

После проведенного лечения обращает на себя внимание тот факт, что традиционная терапия в меньшей степени оказывала влияние на параметры гемодинамики. Так, цифры ПТС, ИПС уменьшились на 19,6% и 8,6% соответственно, индекс эластичности возрос на 25,8% по сравнению с таковыми до лечения, тем не менее, они оставались выше контрольных значений. Необходимо подчеркнуть, что клинические проявления заболевания у данных пациентов купировались.

Применение димефосфона приводило к более существенным сдвигам со стороны исследуемых показателей. Одинаковое влияние, независимо от способа применения, препарат оказывал на все изученные параметры (табл.). По сравнению

с пациентами, получавшими традиционную терапию, отмечалось снижение ПТС во 2-ой, 3-ей и 4-ой группе на 14,9%, 23,8% и 14,3% соответственно. Подобные изменения были характерны и для индекса периферического сопротивления. Напротив, величины индекса эластичности во всех группах возрастали на 50%, 60,9% и 48,3% соответственно. Полученный эффект препарата, по всей вероятности, обусловлен восстановлением кровотока в капиллярной сети за счет улучшения метаболических процессов в сосудистой стенке, что уменьшает выраженность ишемических повреждений тканей.

Интересно отметить, что наиболее благоприятное действие димефосфон оказывал у лиц 3-ей группы. Так, цифры ИПС и ИЭ достоверно отличались от таковых у больных 2-ой группы, при этом индекс периферического сопротивления в 3-ей группе был статистически значимо ниже данного показателя в 4-ой группе.

Таким образом, у лиц пожилого возраста с воспалительными заболеваниями пародонта, учитывая характер сопутствующей патологии, необходимо включение в комплексную терапию препаратов, улучшающих метаболические процессы и обладающих антигипоксантами действием. В том случае, когда не имеется противопоказаний для проведения физиотерапевтических процедур, целесообразно назначение электрофореза димефосфона.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта / А. И. Грудянов // Пародонтология. - 1998. - №3. - С. 8 - 12.
2. Грудянов А. И. Пародонтология: современное состояние вопроса и направления научных разработок/ А. И. Грудянов, Л. А. Дмитриева, Ю. М. Максимовский // Пародонтология. - 1998. - №3. - С. 5 - 7.
3. Зарубина И.В. Молекулярная фармакология антигипоксантов / И.В. Зарубина, П.Д. Шабанов // изд-во Н - Л., 2004. - С. 45 - 56.
4. Иванов В.С. Заболевания пародонта / В.С. Иванов М.: 1998. - С.56 - 62.
5. Прохончуков А.А. Функциональная диагностика стоматологической практики. /А.А. Прохончуков Н.К. Логинова, Н.А. Жижина // Медицина. - 1980. - С 26 - 37.
6. Ронкин М.А. Реография в клинической практике М.А. Ронкин, Л.Б. Иванов // М., 1997. - С. 66 - 74
7. Цепов Л.М., В.Г. Морозов, А.И. Николаев и др. Комплексный подход к диагностике и лечению хронического генерализованного пародонтита / Стоматология. // - 2001. - № 1. - С. 35 - 38.