

## ПРИЛОГ КОН КОНЗЕРВАТИВНИОТ ТРЕТМАН НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

Пандилова М., Ивановски К., Парцанов Ѓ.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на устата и пародонтот

Со цел да дадеме придонес во честито наметнуваната дилема во секојдневната клиничка практика во однос на терапевтскиот ефект од виоторувањето обработки на пародонталните џебови, спроведовме испитување со кое сакавме да ги споредиме ефектите на еднокрајната и на повеќекрајната обработка, преку следење на индексите на инфламација и гингивораѓија, како и да го одредиме оптималниот интервал меѓу сеансите.

За оваа цел испитувањето беше спроведено во два дела. Првиот дел офаќа 30 пациенти. Пациентите беа поделени во три групи според заѓубајата на ајачмениот. Кај секој пациент беа обработувани по два џеба од едната страна еднокрајно и два џеба (со еднаква длабочина на пародонтален џеб) од контралатералната страна во три последователни сеанси. Индексните вредности беа нотираани на почетокот и три седмици по завршената терапија.

Вториот дел од испитувањето офаќа 60 пациенти поделени во две групи. Кај првата група пациентите сеансите се закажуваа ден за ден, додека кај втората група пациентите интервалот меѓу сеансите изнесуваше една седмица. Беа нотираани индексот на гингивораѓија и гингивална инфламација, како и субјективното чувство на болка.

Добиените резултати покажаа позначајна разлика во индексните вредности кај втората испитувана група (длабочина на пародонтален џеб од 3 до 6 мм), додека кај првата група (2-3 мм) и втората група (повеќе од 6 мм), изостаа позначајна разлика во индексните вредности, наметнувајќи го заклучокот дека кога се рабо-

ти за илиќки пародонтални џебови и еднокрајната обработка е доволна за да се елиминира содржината на џебот. Најголем ефект од повеќекрајната обработка имаше кај втората група, додека кај првата група, иако беа забележани разлики, повеќекрајните обиди не дадоа задоволителни резултати. Во однос на оптималниот интервал меѓу сеансите резултатите покажаа помала субјективна нелагодност кај пациентите кои доаѓаа еднаш седмично. Меѓутоа, значајно поголем процент на пациенти ја завршија терапијата во случај кога сеансите беа изведени ден за ден.

**Клучни зборови:** пародонтална терапија, конзервативна терапија, инстументација

Основниот концепт на базичната терапевтска постапка, која е примарна кај секој пациент, без разлика на понатамошниот план на терапија, во прв ред го вклучува отстранувањето на денталниот плак и на забниот камен, како и темелна обработка на пародонталните џебови, со цел да се отстранат субгингивалните конкременти, денталниот плак и некротичниот цемент. Многубројните литературни податоци, како и клиничкото искуство несомнено укажуваат дека колку што потемелно и целосно е остварена обработката на пародонталните џебови, толку е поуспешен и исходот од терапијата.

Разбирлив е широкиот интерес, како во научните кругови, така и честите дилеми кои му се наметнуваат на докторот клини-

чар во смисла: Дали е подобро да се спроведе терапијата во помалку или во повеќе сеанси? Колкав треба да биде интервалот меѓу сеансите? Дали е поефикасна повеќекратната од еднократната обработка на пародонталните џебови?

Сакајќи да дадеме придонес во разрешувањето на дел од овие парашања ја оформивме и целта на трудот:

- Да се направи компарација меѓу ефикасноста во терапијата од еднократната и од повеќекратната обработка на пародонталните џебови преку следење на инфламацијата и гингиворагијата и воедно да го одредиме оптималниот интервал меѓу сеансите.

## Материјал и метод

За реализација на поставените цели испитувањето беше изведено во два дела.

Во првиот дел од испитувањето беа проследени вкупно 30 пациенти на возраст од 20 до 50 години, кои се јавија на Клиниката за болести на устата и пародонтот за третман на пародонтопатија. Во анамнезата пациентите не дадоа податоци за некое општо заболување, а воедно кај сите беа утврдени релативно исти навики за одржување на оралната хигиена. Пациентите беа поделени во 3 еднакви групи, во зависност од длабочината на пародонталните џебови.

- Првата група ја сочинуваа пациенти со длабочина на пародонтален џеб од 2 до 3 мм.

- Втората група беше составена од пациенти со длабочина на пародонтален џеб од 3 до 6 мм.

- Третата група ја претставуваа пациенти со длабочина на пародонтален џеб повеќе од 6 мм.

Кај сите пациенти беше спроведена базична терапија на пародонтопатијата, како и обработка и киретажа на пародонталните џебови. Кај секој пациент од формираните групи еднократно беа обработувани по два џеба од едната страна, додека од контралатералната страна беа обработувани по два џеба (со еднаква длабочина на пародонталните џебови) во три последователни сеанси.

Индексот на инфламација и гингиворагијата беа одредувани на почетокот на терапијата и по 3 седмици од завршената обработка. Сите обработки и одредувањето на индексните вредности беа спроведени од ист доктор.

Во вториот дел од испитувањето беа опфатени вкупно 60 пациенти со дијагностицирана пародонтопатија во манифестен клинички стадиум. Пациентите беа поделени во две групи по случаен избор.

Кај првата група пациенти терапијата опфаќаше по квадрант на сеанса секој ден последователно, додека кај втората група пациенти интервалот меѓу сеансите изнесуваше една седмица.

Кај сите пациенти беа нотирани индексот на инфламација, гингиворагијата, како и субјективното чувство на болка во работната регија. Болката беше нотирана како: 1 - слаба; 2 - умерено изразена; 3 - силно изразена.

Добиените резултати беа статистички обработени, при што се одредуваше сигнификантноста во разликите за испитуваните параметри, со помош на Студентовиот *t* тест.

## Резултати и дискусија

Клиничките искуства несомнено потврдуваат дека отстранувањето на субгингивалните конкременти и некротичниот цемент доведуваат до намалување на инфламацијата, до ублажување на текот на болеста и до редукција на длабочината на пародонталните џебови (2). Нашите наоди и кај трите групи пациенти покажаа значителна редукција

**ТАБЕЛА 1. ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНДЕКСОТ НА ИНФЛАМАЦИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ ОД ПРВА ГРУПА**

Пред терапија	X	Sd	Se	t	p
Пред терапија	1,4	0,49	0,11		
По една обработка	0,35	0,48	0,11	7,5	<0,001
По три обработки	0,25	0,43	0,09	8,21	<0,001

**ТАБЕЛА 2. ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНДЕКСОТ НА ГИНГИВОРАГИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ ОД ПРВА ГРУПА**

Пред терапија	X	Sd	Se	t	p
Пред терапија	1,15	0,57	0,13		
По една обработка	0,25	0,43	0,09	5,7	<0,001
По три обработки	0,25	0,43	0,09	5,7	<0,001

**ТАБЕЛА 3. ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНДЕКСОТ НА ИНФЛАМАЦИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ ОД ВТОРА ГРУПА**

Пред терапија	X	Sd	Se	t	p
Пред терапија	2	0,71	0,16		
По една обработка	1,3	0,46	0,1	3,74	<0,01
По три обработки	0,55	0,67	0,15	6,68	<0,01

**ТАБЕЛА 4. ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНДЕКСОТ НА ГИНГИВОРАГИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ ОД ВТОРА ГРУПА**

Пред терапија	X	Sd	Se	t	p
Пред терапија	1,2	0,81	0,18		
По една обработка	0,8	0,58	0,13	2,69	<0,05
По три обработки	0,5	0,67	0,15	2,98	<0,05

**ТАБЕЛА 5. ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНДЕКСОТ НА ИНФЛАМАЦИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ ОД ТРЕТАТА ГРУПА**

Пред терапија	X	Sd	Se	t	p
Пред терапија	2,55	0,50	0,11		
По една обработка	2,25	0,50	0,11	4,46	<0,01
По три обработки	1,78	0,43	0,09	5,44	<0,01

на индексните вредности по спроведената терапија, со тоа што најголем успех секако

**ТАБЕЛА 6. ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНДЕКСОТ НА ГИНГИВОРАГИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ ОД ТРЕТАТА ГРУПА**

Пред терапија	X	Sd	Se	t	p
Пред терапија	2,04	0,57	0,13		
По една обработка	1,87	0,71	0,16	2,71	<0,01
По три обработки	1,73	0,64	0,14	2,88	<0,01

имаше кај првата група каде индексот на инфламација и гингиворагија имаа средна вредност 0,25 (табела 1 и 2), додека најскромни резултати забележа третата група каде индексот на инфламација и гингиворагија изнесуваше 1,78 и 1,73 (табела 5 и 6).

Меѓутоа, обработката на пародонталните џебови е поврзана и со многу проблеми на што укажува Jones (8), кој со помош на електронска микроскопија утврдил присуство на субгингивални конкременти и по завршената обработка на коренот на забот. Ваквиот наод и ограничените резултати, кои во некои случаи ги дава конзервативната обработка, различни автори го поврзуваат со различни фактори, пред сè, како топографија на коренот на забот и тоа дали се работи за еднокорени или повеќекорени заби (7), дефекти на коренската површина (7), пристап и видливост на регијата, како и обученост и искуство на докторот (4). Најголем дел од авторите сметаат дека еден од најзначајните фактори е длабочината на пародонталниот џеб (7, 8), па поведени од тие сознанија, како и од клиничкото искуство и во нашето испитување ги поделивме пациентите во 3 групи, според длабочината на пародонталните џебови.

Во терминалниот стадиум на болеста, иако постоеше евидентно подобрување по повеќекратната обработка, сепак крајниот исход од терапијата не даде задоволителни резултати. Редукцијата на индексот на инфламација изнесуваше од 2,55 на 1,78, а за гингиворагијата од 2,04 на 1,73. Исто така, не постоеше сигнификантна разлика во индексните вредности меѓу еднократната и повеќе-

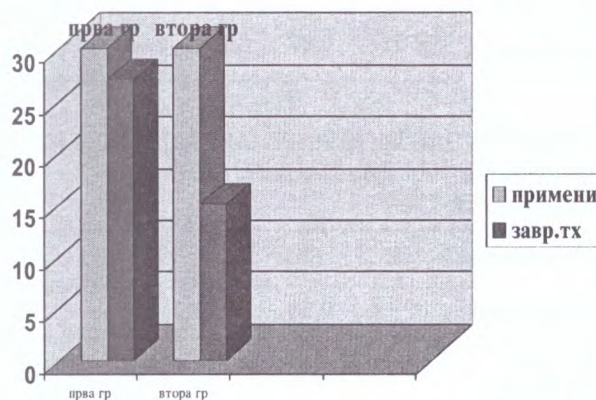
кратната обработка. Вредностите на индексот на инфламација по првата обработка беше 2,05, а по повеќекратната 1,78 (табела 5 и 6). Најверојатно ваквиот наод се должи на обемните разрушувања на цементот, инкорпорираноста на субгингивалните конкременти во дефектите и нивно задржување во подлабоките и тешко достапни делови. Ова е во согласност и со испитувањето на Badersten (3), кој испитувајќи ги ефектите од повторните обработки кај напредната пародонтопатија дошол до сличен заклучок.

Разбирливо е дека најдобри резултати и со една обработка се постигнаа кај првата група. Индексот на инфламација изнесуваше средно 1,4 пред терапијата и на крај 0,25. Разлики меѓу еднократната и повеќекратната обработка не беа забележани, што најверојатно се должи на лесната достапност и помалото количество на содржина во пародонталниот џеб, кој се отстранува и со една обработка (табела 1 и 2). Податоците добиени од тринаесет клинички студии, од кои една е изведена на експериментални животни, говорат дека повторените мануелни или ултрасонични инструментации кај пародонталните џебови со длабочина еднаква или помала од 4 мм резултираат со губење на атачментот од 0,28 мм до 1,5 мм (5). Со оглед на ваквите сознанија треба да се имаат предвид препораките на Националниот институт за дентални истражувања (NIDR), кој препорачува кај пациентите со плитки пародонтални џебови да се обрне особено внимание на плак контролата, а субгингивалните инструментации да се изведуваат со големо внимание (5).

Сигнификантна разлика меѓу еднократната и повеќекратната обработка покажа втората група, каде индексот на инфламација по една обработка изнесуваше 1,3, а по три обработки 0,55 (табела 3). Сличен наод покажа и индексот на гингиворагија каде редуцијата на индексните вредности за оваа група пациенти покажа сигнификантна разлика меѓу еднократната и повеќекратната обработка (табела 4). Повеќето автори се согласуваат со фактот дека ефектот од

повеќекратната обработка наспроти еднократната е незначителен (3). Ваквиот наш наод најверојатно се должи на различната методолошка поставеност на нивните испитувања, со тоа што ефектите од обработката се испитувани кај екстрахираните заби, додека во нашето испитување како индикатор за ефектите од спроведената терапија беа проследени клиничките параметри.

Вториот дел од нашето испитување се фокусираше на проблемот на оптималниот интервал меѓу сеансите. Индексите на инфламација и гингивално крвавење не покажаа сигнификантна разлика кај групата која беше закажувана ден за ден во однос на групата каде интервалите меѓу сеансите изнесуваа една седмица. Чувството на субјективна нелагодност во смисла на болка беше помала кај пациентите кои доагаа еднаш седмично. Ваквите наоди се во согласност со наодите на повеќе испитувања каде препорачлив интервал меѓу сеансите е една седмица (6). Меѓутоа, треба да согледаме уште еден податок. Процентот на пациенти кои го завршија третманот до крај во првата група изнесуваше 27%, односно 90%, за разлика од втората група каде имавме значајно поголемо осипување на пациентите, па така третманот го завршија 50% од пациентите (графикон 1).



**Графикон 1.** Број на примени пациенти и пациенти кои ја завршиле терапијата кај првата група (со интервал меѓу сеансите од еден ден) и втората група со интервал меѓу сеансите од 7 дена.

Добиените резултати ни дозволуваат да ја препорачаме повеќекратната обработка кај пародонталните џебови со длабочина од 3 до 6 мм, со цел да се постигне подобро елиминирање на содржината на пародонталниот џеб и подобри услови за воспоставување на нарушениот интегритет на ткивото. Во однос на оптималниот интервал меѓу сеансите, и покрај препораките за интервал од седум дена меѓу сеансите, сепак нашите согледавања зборуваат дека доколку третманот побрзо се заврши толку е поголем бројот на пациентите кои до крај го завршуваат третманот.

## CONTRIBUTION TO CONSERVATIVE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE

Pandilova M, Ivanovski K, Parcanov G.

### Summary

The intention of our investigation was to contribute in resolving the frequent dilemma in periodontal management concerning repeated periodontal subgingival instrumentation and optimal intervals between seasons.

The investigation was carried out in two parts the first one included 30 patients with different attachment loss. The patients were divided in three groups according to the attachment loss (less than 3mm: between 3-6mm and more than 6mm) In each group all patients were treated as follows One pocket once, and another pocket with same attachment loss three times in each patient.

The outcome of the therapy was assessed by indices of gingival bleeding and inflammation. Significant difference between gingival indices gained from the site with one instrumentation and the site instrumented three times was noted in the second group with attachment loss between 3-6mm.

The second part included 60 patients separated in two groups In the first group the sessions were a day

apart and in the second group the sessions were carried out once a week. There were no statistical differences between the two groups related to the employed gingival indices. The second group reported less local discomfort such as pain at the treated site. More patients from the first completed the treatment compared to the first group. The obtained results allow us to recommend multiple subgingival instrumentation in sites with attachment loss between 3-6mm and smaller time interval between the seasons in order to complete the periodontal treatment.

**Key words:** periodontal therapy, conservative, instrumentation

### Литература

1. Badersten A, Nilveus R, Edgelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy II. Severely advanced periodontitis. *J Clin periodontol* 1984; 11: 63-76.
2. Badersten A, Nilveus R, Edgelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy I. Moderately advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1981; 49: 57-72.
3. Badersten A, Nilveus R, Edgelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy III. Single versus repeated instrumentation. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 114-124.
4. Brayer WK, Mellonig JT, Dunlap RM, Marinak KW, Carson RE. Scaling and root planning effectiveness: The effect of root surface access and operator experience. *J Periodontol* 1989; 60: 402-409.
5. Dufour L.A, Bissel H.S. Periodontal attachment loss induced by mechanical periodontal instrumentation in shallow sulci. *J Dent. Hyg.* 2002 Summer 76(3):207-12.
6. Eren K.S, Gurgan C.A, Bostanci H.S. Evaluation of non surgical periodontal treatment using two time intervals. *J Periodontol* 2002; Sep 73(9):1015-9
7. Fleischer HC, Melloning JT, Brayer WK, Gray JL, Barnett Jd. Scaling and root planning efficacy in multi-rooted teeth. *J Periodontol* 1989; 60: 402-409.
8. Jones WA, O'Leary TJ. The effectiveness of in vivo root planning in removing bacterial endotoxin from the roots of periodontally involved teeth. *J Periodontol* 1978; 49 : 337-342.
9. Kepic TJ, O'Leary TJ, Kafrawy AH. Total calculus removal: An attainable objective? *J Periodontol* 1990; 61: 16-20.