

Державна установа
«ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ТРОЯНЕНКО Лариса Миколаївна

УДК 616.314 008-036.8+616.31-008.1

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ
ПАРОДОНТИТ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ СИМПТОМАТИЧНОГО
ГІНГІВІТУ**

14.01.22-стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття вченого ступеня
кандидата медичних наук

Одеса – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Державній установі «Інститут стоматології НАМН України», м. Одеса.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Чумакова Юлія Геннадіївна**,
Одеський медичний інститут Міжнародного гуманітарного
університету, професор кафедри загальної стоматології

Офіційні опоненти:

– доктор медичних наук, професор **Куцевляк Валентина Федорівна**,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувач
кафедри стоматології, терапевтичної стоматології

– доктор медичних наук, доцент **Самойленко Андрій Валерійович**,
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
завідувач кафедри терапевтичної стоматології

Захист відбудеться 5 липня 2016 р. о 10.00 годині на засіданні спеціалізованої
вченої ради Д 41.563.01 в Державній установі «Інститут стоматології НАМН
України» за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Інститут
стоматології НАМН України» (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11).

Автореферат розісланий 3 червня 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Г. О. Бабеня

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За визначенням, генералізований пародонтит (ГП) є своєрідним дистрофічно-запальним процесом (судинно-нервовою дистрофією тканин пародонту), що виникає внаслідок поєданого впливу різних екзогенних та ендогенних факторів (Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В., 2000).

Розвиток пародонтиту починається із запалення ясен (гінгівіту) з подальшим залученням в патологічний процес усіх структур пародонту. Основними симптомами, без яких не може бути діагностований пародонтит, є пародонтальний карман, оклюзійна травма і прогресуюча резорбція альвеолярної кістки (Белоклицкая Г.Ф., 1996; Григорьян А.С., 1999; Мащенко І.С., 2003; Мельничук Г.М., 2011).

У той же час, гінгівіт, як захворювання, – це самостійне запалення ясен, яке обумовлене несприятливим впливом місцевих і загальних факторів і протікає без порушення цілісності зубоясенного з'єднання (Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В., 2000).

Таким чином, потрібно розглядати гінгівіт, як самостійне запалення пародонту (запалення ясен) і як симптом генералізованого пародонтиту. Тому з'явився термін «симптоматичний гінгівіт».

Згідно з класифікацією хвороб пародонта Данилевського М.Ф. (1994) виділяють наступні форми гінгівіту: катаральний (КГ), гіпертрофічний (ГГ), виразковий та атрофічний. У класифікації захворювань слизової оболонки порожнини рота (Рибаков О.І., Банченко Г.В., 1978) відзначені катаральний, виразково-некротичний, гіпертрофічний, атрофічний і десквамативний (ДГ) гінгівіти.

За даними Чумакової Ю.Г. (2008), у 82,9 % хворих на ГП визначається симптоматичний катаральний гінгівіт, у 10,6 % – виразковий або виразково-некротичний гінгівіт, у 3,8 % - гіпертрофічний гінгівіт і у 2,7 % хворих – десквамативний гінгівіт.

Різноманіття клінічних проявів патологічного процесу в тканинах пародонту, у тому числі і різні форми симптоматичного гінгівіту, створюють труднощі при виборі засобів і методів лікування ГП з метою найшвидшої ліквідації запальних явищ і відновлення структури і функції пародонту (Самойленко А.В., 2003; Колесова Н.А. с соавт., 2006; Белоклицкая Г.Ф., 2007; Armitage G.C., 1999; Kornman K.S., 2008).

Гіпертрофічний і десквамативний симптоматичні гінгівіти значною мірою ускладнюють перебіг пародонтиту (Markopoulos A.K. et al., 1996; Russo L.Lo et al., 2009; Ramachandra S.S. et al., 2012; Agrawal A.A., 2015; Fardal O., 2015), що вимагає уточнення протоколів лікування із зазначенням особливостей індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота, медикаментозного супроводу, строків повторних оглядів та підтримуючої терапії.

Останніми роками широке розповсюдження у практичній стоматології

набула фотодинамічна терапія (ФДТ). Враховуючи механізм дії ФДТ і переваги її перед традиційними методами лікування запальних захворювань пародонту (Лукавенко А.А., 2011; Попова А.Е., Крихели Н.И., 2012; Шугайлов И.А. с соавт., 2012; Takasaki A.A. et al., 2009; Azarpazhooh A. et al., 2010; Sgolastra F. et al., 2013; Betsy J. et al., 2014;), представляє інтерес вивчення ефективності ФДТ у хворих на гіпертрофічний гінгівіт.

Усе вищевикладене визначає актуальність дослідження, спрямованого на розробку патогенетично обґрунтованої схеми лікувально-профілактичних заходів з оптимізацією методів професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота у хворих на ГП залежно від форми симптоматичного гінгівіту.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до плану 2-х НДР Державної установи «Інститут стоматології НАМН України», м. Одеса: 1) «Вивчити особливості клінічного перебігу та лікування захворювань пародонту при тютюнопалінні» (шифр АМН 072.08, № ДР 0108U001407); 2) «Вивчити та обґрунтувати міждисциплінарний підхід у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на генералізований пародонтит» (шифр АМН 083.11, № ДР 0111U000513). Здобувач була безпосереднім виконавцем окремих фрагментів зазначених НДР.

Мета і завдання дослідження. *Мета* дослідження – підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит шляхом диференційованого підходу до терапії та вибору гігієнічних засобів залежно від форми симптоматичного гінгівіту.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні *завдання*:

1. Визначити основні етіологічні чинники, критерії діагностики та особливості клінічного перебігу різних форм симптоматичного гінгівіту у хворих на ГП.

2. Дослідити в експерименті, на моделі пародонтиту у щурів, терапевтичні ефекти різних лікувально-профілактичних зубних паст з цілеспрямованою дією на тканини пародонту.

3. Розробити та обґрунтувати схеми ініціальної терапії та рекомендованої індивідуальної гігієни порожнини рота в хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральним, гіпертрофічним, десквамативним). Оцінити ефективність методу фотодинамічної терапії у хворих на ГП з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом.

4. Оцінити ефективність методу фотодинамічної терапії у хворих на ГП із симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом.

5. Обґрунтувати тактику лікування пацієнтів із медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен.

6. Обґрунтувати алгоритм обстеження і лікування хворих на ГП із симптоматичним десквамативним гінгівітом.

Об'єкт дослідження – різні форми симптоматичного гінгівіту (катаральний, гіпертрофічний, десквамативний) у хворих на генералізований

пародонтит.

Предмет дослідження – клініко-лабораторне та експериментальне обґрунтування схем ініціальної терапії та індивідуальної гігієни порожнини рота у хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральним, гіпертрофічним, десквамативним).

Методи дослідження: клінічні – обстеження пацієнтів з використанням індексної оцінки рівня гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта; рентгенологічні; експериментальні на тваринах – моделювання патології, біохімічні, морфометричні; лабораторні (біохімічні, морфометричні ротових змивів) – для оцінки ферментативної активності ротової рідини та стану неспецифічної резистентності ротової порожнини; імунологічні – імунограма крові; статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше проаналізовані основні етіологічні фактори різних форм симптоматичного гінгівіту (катарального, гіпертрофічного і десквамативного) у хворих на ГП з урахуванням віку, статі та наявності загальносоматичної патології. Уточнено діагностичні критерії для визначення форми симптоматичного гінгівіту у хворих на ГП та складання плану лікування.

В результаті ретроспективного аналізу 539 ортопантомограм встановлена висока поширеність резорбтивно-деструктивних змін в альвеолярній кістці в осіб 15-30 років – 71,1 %.

В умовах експериментальної патології пародонта у щурів досліджені пародонтопротекторні ефекти різних за складом лікувально-профілактичних зубних паст.

Вперше отримані дані про те, що фіброзна форма гіпертрофічного гінгівіту частіше зустрічається у осіб чоловічої статі (65,0 %). При цьому в 95 % випадків гіперплазія ясен була пов'язана з прийомом лікарських препаратів (медикаментозно-індукована), переважно – антагоністів кальцію (73,3 %).

За результатами патоморфологічних досліджень біоптатів гіперплазованих ясен внаслідок прийому антагоністів кальцію діагностована фіброзна форма гіпертрофічного гінгівіту з незворотньою деструкцією тканинних структур, що є показанням до операції гінгивектомії.

Вперше обґрунтовано і запропоновано протокол лікування гранулюючої та фіброзної форми симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту з використанням методу фотодинамічної терапії.

За даними імунологічних досліджень крові встановлено, що у жінок постменопаузального віку з десквамативним гінгівітом є висока ймовірність аутоімунного синдрому. У 41,7 % жінок даної групи була підтверджена системна аутоімунна патологія.

Теоретично обґрунтовано та розроблено схеми лікувально-профілактичних заходів для хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральний, гіпертрофічний, десквамативний), які включають

раціональне інструментальне видалення зубних відкладень, диференційоване призначення медикаментозних засобів (антимікробних, протизапальних) та індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено та запропоновано до впровадження в практику алгоритм професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота в хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту.

Розроблені практичні рекомендації по застосуванню препарату Тантум Верде в комплексному лікуванні хворих із загостренням перебігом ГП поч.-І, І ступеня з симптоматичним катаральним і гіпертрофічним гінгівітом.

Розроблено і запропоновано до впровадження у практику метод фотодинамічної терапії з різними режимами роботи при гранулюючій та фіброзній формах симптоматичного гінгівіту в хворих на ГП.

Теоретично обґрунтована і запропонована тактика лікування пацієнтів з медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен.

Теоретично обґрунтовані, розроблені та запропоновані до впровадження в практику схеми лікувально-профілактичних заходів для хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральний, гіпертрофічний, десквамативний), які включають професійну гігієну порожнини рота, диференційоване призначення медикаментозних засобів (антимікробних, протизапальних) та індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота.

Розроблені методи діагностики та схеми лікування хворих впроваджені у клінічну практику консультативно-поліклінічного відділення ДУ "ІС НАМН", кафедр терапевтичної стоматології і стоматології дитячого віку ОНМедУ, Одеської обласної клінічної стоматологічної поліклініки. Матеріали дисертації включені в навчальний процес ОНМедУ МОЗ України. Опубліковано 2 медико-біологічних нововведення в Інформаційному бюлетені НАМН України.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є особистою науковою працею здобувача. Автором самостійно проведено патентно-інформаційний пошук, проаналізована наукова література по темі дисертації. Разом з науковим керівником визначені мета і завдання дослідження, сформульовані основні положення і висновки роботи. Здобувачем самостійно здійснені усі клінічні спостереження і лабораторні дослідження у хворих, експериментальні дослідження на тваринах, аналіз та узагальнення отриманих даних, їх статистична обробка, написана та оформлена дисертаційна робота.

Експериментальні дослідження на білих щурах виконані у віварії ДУ «ІС НАМН»; біохімічні дослідження ротової рідини хворих, сироватки крові і тканин пародонту тварин – в лабораторії біохімії відділу біотехнології ДУ «ІС НАМН» (зав. лаб. - д.б.н., с.н.с. О.А. Макаренко); гематологічні дослідження і підрахунок лейкоцитів у ротових змивах – у клінічній лабораторії ДУ «ІС НАМН» (зав. лаб. – лікар-лаборант О.М. Малецька); імунологічні дослідження – в медичній лабораторії «Діла», м. Одеса (Ліцензія МОЗ України АД № 071280

від 22.11.2012 р.; акредитаційний сертифікат вищої категорії МОЗ № 011724 від 29.11.2013 р.); імуноферментний аналіз (ІФА) ясеневі рідини хворих – у лабораторії кафедри біохімії ВНМУ ім. М.І. Пирогова МОЗ України (зав. лаб. – д.мед.н., проф. О.О. Пентюк); морфологічні дослідження біоптатів ясен пацієнтів – в Діагностичному Центрі клінічної патології Інституту морфології імені О. Натішвілі Тбіліського державного університету (вик. – д.мед.н., асист. проф. М. Джангвадзе)¹.

Клінічне обстеження та лікування хворих проводилось у відділі захворювань пародонту ДУ «Інститут стоматології НАМН України» (зав. від. – д.мед.н., проф. Ю.Г. Чумакова).

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації оприлюднені та обговорені на науково-практичній конференції з міжнарод. участю «Стоматологія – вчора, сьогодні, завтра», присвяч. 40-річчю кафедри стоматології, терапевтичної та дитячої стоматології ХМАПО та пам'яті проф. Нікітіна В.О. (Харків, 2007); Симпозіумі молодих вчених в рамках Ювілейної східноєвропейської конференції з проблем стоматологічної імплантації «Мультидисциплінарний підхід як стратегія успіху» (Львів, 2011); XXXIX Международной науково-практичній конференції «Применение лазеров в медицине и биологии» (Харьков, 2013); 4th Congress of the World Federation for Laser Dentistry, European Division (Brussels, Belgium, 2013); науково-практичній конференції за участю міжнарод. спеціалістів «Особенности первинної, вторинної і третинної профілактики у пацієнтів з різним соматичним статусом» (Одеса, 2013); науково-практичній конференції «Досягнення науки і практики в стоматології», присвяч. пам'яті проф. К.М. Косенка (Одеса, 2014); Симпозіумі молодих вчених та лікарів в рамках 7-ої Східноєвропейської конференції з проблем стоматологічної імплантації «Принципи доказової медицини в імплантології» (Львів, 2015); 3-му Національному українському стоматологічному конгресі «Стратегія розвитку стоматології в Україні» (Київ, 2015).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 13 наукових праць, з них 6 статей у наукових фахових виданнях України, 1 стаття – у зарубіжному журналі (Чехія), 6 тез в матеріалах науково-практичних конференцій, конгресів, з'їздів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 192 сторінках принтерного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, 6 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, що містить 355 джерел, із них 206 латиницею. Дисертація ілюстрована 15 таблицями і 40 рисунками.

¹Автор висловлює щире подяку співробітникам перелічених лабораторій та установ за допомогу і сприяння у виконанні досліджень.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали та методи досліджень. Для вирішення поставленої мети і завдань роботи проведено експериментальні, клінічні і лабораторні дослідження.

Обстежено 208 осіб віком 15-73 років, які звернулися за лікувально-консультативною допомогою в ДУ «Інститут стоматології НАМН України». Серед обстежених виявлено 16 хворих на КГ, 22 хворих на ГГ, 5 хворих з ДГ, 165 хворих на ГП різного ступеня з різними формами симптоматичного гінгівіту (з КГ – 82, з ГГ – 46, з ДГ – 37 осіб).

Постановку діагнозу здійснювали на підставі даних анамнезу, клінічного огляду, рентгенографії щелеп, визначення об'єктивних пародонтальних індексів і проб відповідно до систематики хвороб пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

Клініко-рентгенологічні дослідження. З метою об'єктивної оцінки стану пародонта визначали: сумарний гігієнічний індекс Гріна-Вермільона (ОHI-S), індекс РМА (Shour I., Massler M., 1947) і РМА Parma (Parma S., 1960), індекс кровоточивості ясен (ІК) по Мюллеману-Коуеллу (Mühlemann J., 1971; Cowell I., 1975); пародонтальний індекс (ПІ) Рассела (A. Russel, 1956). Результати всіх визначень вносили в розроблену «Карту пародонтологічного обстеження».

Для оцінки ступеню і характеру деструкції альвеолярної кістки і уточнення діагнозу проводили рентгенологічні дослідження. У 2001-2003 р.р. здійснено ретроспективний аналіз цифрових ортопантомограм 539 пацієнтів віком 15-30 років, які звернулися за консультативно-лікувальною допомогою в ДУ «ІС НАМН».

Лабораторні дослідження. Забір матеріалу для лабораторних досліджень проводили у пацієнтів вранці, натщесерце. Здійснювали забір ротової рідини для біохімічних досліджень, ясенної рідини – для імуноферментного аналізу (ІФА), ротових змивів – для підрахунку ступеня еміграції лейкоцитів в порожнину рота.

В надосадовій частині ротової рідини хворих визначали: рівень процесів ПОЛ за вмістом малонового діальдегіду (МДА) по реакції з тіобарбітуровою кислотою (Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977); активність антиоксидантного ферменту каталази (Королюк М.А. с соавт., 1988); активність еластази (Visser L., Blaut E.R., 1972), кислої і лужної фосфатази мікрометодом Bessey в модифікації А.П. Левицького з співавт. (1973).

В ясенній рідині методом твердофазного ІФА визначали вміст цитокінів ІЛ-1 β та ІЛ-10 із застосуванням комерційних наборів реагентів ProCon ІЛ-1 β і ProCon ІЛ-10 (ТОВ "Протеїновий контур", С.-Петербург).

У ротових змивах рахували кількість лейкоцитів за методом О.І. Сукманського з співавт. (1980). Визначали 3 показники еміграції лейкоцитів – еміграцію інтегральну (ЕІ), еміграцію подразнення (ЕП) і еміграцію спокою (ЕС) та розраховували співвідношення показників ЕП / ЕС.

В імунограмі крові пацієнтів аналізували загальний вміст лейкоцитів, абсолютний і відносний (у %) вміст лімфоцитів. Оцінку Т-клітинної ланки імунітету проводили за абсолютним та відносним вмістом популяцій лімфоцитів з фенотипами CD3+, CD4+ (Т-хелпери/індуктори), CD8+ (Т-супресори/цитотоксичні) та значенням імунорегуляторного індексу (ІРІ) – співвідношення абсолютної кількості лімфоцитів CD4/CD8. Оцінку В-гуморальної ланки імунітету проводили за абсолютним та відносним вмістом популяції лімфоцитів CD19+ (В-лімфоцити) і концентрації імуноглобулінів IgA і IgG (г/л). Для діагностики аутоімунного синдрому оцінювали вміст середньомолекулярних і низькомолекулярних циркулюючих імунних комплексів – ЦІК (в ум. од.).

Для гістологічного дослідження за згодою пацієнтів брали біоптати ясен. Тканини фіксували у 10% нейтральному формаліні. Потім проводили стандартну обробку тканини для заливки в парафін, готували зрізи, офарблювали їх гематоксилином та еозином і вивчали під мікроскопом із збільшенням х40 і х100 (Меркулов Г.А., 1969; Волкова О.В., Елецкий Ю.К., 1982).

Експериментальні дослідження. Експеримент проведено на 40 білих щурах лінії Вістар 3-х місячного віку, які були розподілені на 5 груп, по 8 щурів у кожній. Першу групу склали інтактні щури. Щурам груп 2-5 під тіопенталовим наркозом моделювали лігатур-індукований пародонтит шляхом накладення бавовняної лігатури на центральний різець верхньої щелепи. Через 2 тижні лігатури зняли. Щурам групи 2 (модель пародонтиту) більше ніяких втручань не проводили, а щурам груп 3-5 щодня, протягом трьох тижнів (21 день), 1 раз на день чистили зуби пастами, по 3 хвилини: група 3 – пастою «Лакалут актив»; група 4 – «Лакалут фітоформула»; група 5 – «Пародонтакс класик». Тривалість експерименту склала 36 днів. Евтаназію щурів здійснювали під тіопенталовим наркозом, проводили забір крові, біоптатів ясен, виділяли блоки щелеп із зубами для біохімічних і морфометричних досліджень.

Біохімічними методами в сироватці крові і біоптатах ясен визначали вміст МДА (Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977), активність каталази (Корольок М.А. с соавт., 1988) та еластази (Visser L., Blaut E.R., 1972). Розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ) за рекомендацією Левицького А.П. із співавт. (2006) шляхом обчислення співвідношення активності каталази до концентрації МДА. Отримане значення множили на 100 і виражали в одиницях (од.).

Морфометричні дослідження включали визначення ступеня атрофії альвеолярного відростка щелеп за методом Ніколаєвої А.В. (1965).

Схеми лікування хворих. Лікування всіх хворих, незалежно від діагнозу (гінгівіт або ГП), починалося з традиційних заходів (базова терапія), які включали: ультразвуковий і ручний скейлінг, полірування зубів професійними пастами, місцеву антимікробну і протизапальну терапію, у хворих на ГП поч.-І ступеня – кюретаж пародонтальних карманів універсальними кюретами. Обсяг втручань і кількість необхідних відвідувань визначалися у відповідності з

встановленим діагнозом.

Схема застосування гігієнічних засобів «Лакалут». Обстежено 72 людини віком 17-37 років: 16 хворих на ХКГ, 10 хворих з гранулюючою формою гіпертрофічного гінгівіту і 46 хворих на ГП початкового-I, I ступеня з симптоматичним катаральним гінгівітом (22 із загостреним перебігом, 24 – з хронічним). Всім хворим після базової терапії додому призначали комплекс «Лакалут»: пасту «Лакалут-актив» на 3 тижні, ополіскувач «Лакалут-освіжаючий» на 7-10 днів, а потім постійне застосування ополіскувача «Лакалут-антиплак» (3 рази на день). Через 3 тижні проводили контрольний огляд і рекомендували пацієнтам замінити зубну пасту «Лакалут-актив» на «Лакалут-фітоформула».

Ефективність лікувально-профілактичних заходів оцінювали через 3 тижні і через 3 місяці за результатами гігієнічного та пародонтальних індексів і даними лабораторних досліджень (ферментативна активність ротової рідини, показники інтенсивності еміграції лейкоцитів в порожнину рота, вміст цитокінів в ясенній рідині). Протизапальний ефект досліджуваних засобів гігієни розраховували за рекомендаціями Улітовського С.Б., 2000.

Схема застосування препарату Тантум Верде. Під спостереженням знаходилися 36 хворих із загостреним перебігом ГП поч.-I, I ступеня віком 17-35 років: 26 хворих з симптоматичним КГ і 10 хворих з симптоматичним ГГ. Рекомендували застосування препарату Тантум Верде у вигляді полоскань ротової порожнини 15 мл розчину (без розведення) 4 рази на день протягом 5-7 днів.

Хворі на ГП були розділені на 3 групи: по 12 осіб у кожній. Першій групі пацієнтів додому призначали ополіскувач для порожнини рота на основі хлоргексидину (0,2% розчин), 3-4 рази на день; другій групі – препарат Тантум Верде за вказаною схемою; третій групі призначали два препарати – 0,2% хлоргексидин і Тантум Верде – почергові полоскання з інтервалом не менше трьох годин (5-6 разів на день).

У хворих на ГП розраховували протизапальний ефект препарату Тантум Верде через 5-6 днів від початку лікування за редукцією індексу РМА.

Схема застосування фотодинамічної терапії. Обстежено 36 хворих віком 18-32 роки: 12 хворих ГГ та 24 хворих на ГП поч.-I, I ступеня з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом. Пацієнти були розділені на 2 групи: група порівняння (n=18, 6 хворих на ГГ та 12 хворих на ГП поч.-I, I ступеня з симптоматичним ГГ) та аналогічна основна група (n=18). Хворим основної групи додатково, у 1 і 3 (через 4 дні) відвідування проводили ФДТ з використанням комплексу FotoSan (CMS Dental, Данія): світлодіодної лампи з довжиною хвилі 625-635 nm (максим. потужність: 2000 mW/cm²) і фотосенситаїзера tolouidine blue O (0,1 mg/ml).

Процедуру проводили згідно інструкції: аплікація фотосенситаїзера 3 хв., використання насадок BLUNT d 8 mm на гіпертрофовані ясенні сосочки і насадок PERIO L 15 mm для роботи в пародонтальних карманах, дія лазера по 1

хв. у кожного зуба з вестибулярної і піднебінної/язичної сторони і в кожному пародонтальному кармані. ФДТ проводили по квадрантам щелепи – одночасно 4-6 зубів.

Оцінку ефективності ФДТ проводили через 14 днів і 3 міс. за індексами РМА і кровоточивості оцінювали протизапальний ефект лікування (Улітовський С.Б., 2000).

Обробку цифрових даних проводили варіаційно-статистичними методами аналізу на персональному комп'ютері IBM PC в SPSS SigmaStat 3.0 і StatSoft Statistica 6.0 (2003). Використовували t-критерій Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Для оптимізації методів індивідуальної гігієни порожнини рота в хворих на гінгівіт і ГП проведено порівняльне вивчення терапевтичних ефектів зубних паст «Лакалут актив», «Лакалут фітоформула» і «Пародонтакс класик» на моделі пародонтиту в щурів. Експериментальні дослідження довели, що всі зубні пасти справляють виражену лікувально-профілактичну дію на тканини пародонту, про що свідчить нормалізація біохімічних показників в яснах щурів груп 3-5, а саме зниження еластазної активності, достовірне зниження рівня МДА і зростання активності каталази. При цьому найбільш виражений протизапальний ефект (по зниженню активності еластази) досягнуто при чищенні зубів пастою «Пародонтакс класик» ($p < 0,001$), а антиоксидантний ефект – при використанні зубної пасти «Лакалут актив» (по підвищенню активності каталази, $p < 0,02$) і пасти «Лакалут фітоформула» (по зниженню вмісту МДА, $p < 0,001$).

Встановлено також, що пасти «Лакалут фітоформула» і «Пародонтакс класик» при тривалому щоденному використанні значно гальмують деструктивні процеси в кістковій тканині альвеолярного відростка. Чищення зубів пастами призводить до вірогідного зниження ступеня атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи порівняно з щурами 2-ої групи ($p < 0,001$), при цьому показники практично досягають значень у інтактних тварин, особливо при застосуванні зубної пасти «Пародонтакс класик» ($23,7 \pm 0,7\%$ у порівнянні із $23,5 \pm 0,6\%$ в інтактних щурів).

Проведені дослідження підтвердили наявність виражених протизапальних та антиоксидантних властивостей у всіх трьох досліджуваних зубних паст, однак стійкий пародонтопротекторний ефект встановлено тільки для двох зубних паст – «Лакалут фітоформула» і «Пародонтакс класик», що містять екстракти лікарських рослин.

Наступним етапом роботи було визначення поширеності і структури резорбтивно-деструктивних змін кісткової тканини альвеолярного відростка у осіб молодого віку. З 539 проаналізованих рентгенограм відсутність кісткових змін було виявлено на 156 знімках, що дозволяє говорити про те, що тільки 28,9% обстежених мали інтактний пародонт або гінгівіт. У 383 осіб, що становить 71,1%, виявлені деструктивні зміни кісткової тканини альвеолярного відростка різного ступеня і характеру.

Серед пацієнтів, у яких проводили аналіз рентгенограм, переважали жінки: 62% і 38% чоловіків. Деструктивні процеси в альвеолярній кістці також частіше визначалися у жінок: у 59,3 % жінок і у 40,7% чоловіків. Найвища ступінь резорбції кістки (II, III) виявлена у 11 осіб, серед яких 9 жінок (81,8%).

Таким чином, у результаті ретроспективного аналізу ортопантограм встановлена висока поширеність резорбтивно-деструктивних змін у кістці альвеолярного відростка у осіб 15-30 років. Це підкреслює необхідність обов'язкового рентгенологічного обстеження з метою диференціальної діагностики гінгівіту і пародонтиту.

Для обґрунтування оптимальних методів лікування різних форм симптоматичного гінгівіту у хворих на ГП проведена серія клінічних досліджень з вивчення терапевтичної ефективності різних запропонованих схем лікування.

Проведені дослідження довели високу лікувально-профілактичну ефективність комплексу гігієнічних засобів «Лакалут» у всіх хворих. Про це свідчить позитивна динаміка зміни гігієнічного індексу Грін-Вермільона і пародонтальних індексів (кровоточивості, РМА Parma, III Рассела) через 3 тижні після курсу лікування і застосування ополіскувачів і зубної пасти «Лакалут актив» і через 3 місяця – після застосування зубної пасти «Лакалут фітоформула». Найбільш виражену протизапальну дію гігієнічних засобів виявлено у хворих на ХКГ (ефективність за індексом кровоточивості склала 84,4%, за індексом РМА Parma – 82,5%, за III Рассела – 69,1%) і менш виражену у хворих з гранулюючою формою ГГ. На рівні 48,3 – 68,9 % за різними індексами виявлена протизапальна ефективність гігієнічних засобів «Лакалут» у хворих із загостреним і хронічним перебігом ГП.

Результати біохімічних досліджень ротової рідини хворих дозволили уточнити механізм протизапальної дії гігієнічних засобів «Лакалут», обумовлений їх антиоксидантними і мембранотропними властивостями. У хворих с різними формами гінгівіту (ХКГ, ГГ) і в хворих на ГП поч.-I, I ступеня після лікування і застосування гігієнічних засобів визначено вірогідне зниження рівня МДА ($p < 0,05$) та підвищення активності каталази (у хворих на ХКГ і ГГ – $p < 0,05$), найбільш виразне через 3 місяці. В хворих на ХКГ і ГГ встановлено вірогідне зниження активності лужної фосфатази ($p < 0,05$) в ротовій рідині через 3 тижні і через 3 місяці від початку лікування. Спостерігається також тенденція до зниження активності кислої фосфатази у ротовій рідині хворих на ХКГ, ГГ и ГП поч.-I, I ступеня.

Встановлено, що проведене лікування з використанням гігієнічних засобів «Лакалут» у хворих на ГП поч.-I, I ступеня призводить до зниження рівня прозапального цитокіну ІЛ-1 β та підвищення вмісту протизапального цитокіну ІЛ-10 у ясенній рідині, що визначає тенденцію до зниження співвідношення ІЛ-1 β /ІЛ-10 і покращує умови для регенерації тканин пародонту.

Відомі біологічні властивості препарату Тантум Верде (бензидаміна гідрохлориду) стали підставою для вивчення його ефективності при лікуванні

хворих на ГП. Проведені дослідження показали високу лікувальну ефективність препарату у хворих із загостреним перебігом ГП поч.-І, І ступеня з місцевим застосуванням препарату Тантум Верде як самостійно (група 2), так і в поєднанні з хлоргексидином (група 3). Про це свідчить позитивна динаміка досліджуваних пародонтальних індексів (кровоточивості, РМА Parma) через 5-6 днів від початку лікування. Найбільш виражений протизапальний ефект (за індексом РМА) – 70,38 % - відзначено у хворих на ГП, які комбінували застосування 0,2% хлоргексидину і Тантум Верде, тобто дані препарати потенціюють дію один одного.

Найпоширенішою формою гінгівіту є катаральний гінгівіт. Але так як самостійний КГ по клінічній картині практично не відрізняється від симптоматичного КГ у хворих на пародонтит, ми у нашому дослідженні більше уваги приділили вивченню гіпертрофічного і десквамативного гінгівіту.

Обстежено 68 хворих на ГГ: 22 людини з діагнозом: Гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма віком 13-24 років і 46 хворих на ГП різного ступеня з симптоматичним ГГ віком 17-73 роки. Серед пацієнтів з самостійним ГГ було 8 юнаків та 14 дівчат. У 10 осіб діагностовано локалізовану форму ГГ, яка проявляється збільшенням ясенних сосочків тільки у фронтальній ділянці щелепи. У 12 осіб встановлена генералізована форма ГГ. У 13 осіб діагностовано ГГ І ступеня, у 7 осіб – II ступеня і у 2 пацієнтів – III ступеня.

При зборі анамнезу з'ясовано, що основними етіологічними факторами розвитку ГГ в молодому віці є: наявність зубощелепних аномалій, особливо скупченість зубів у фронтальній ділянці (у 7 осіб); ортодонтичне лікування з використанням незнімних апаратів (11 осіб); у дівчат – вагітність (6 осіб).

Серед 46 хворих на ГП різного ступеня з симптоматичним ГГ у 26 хворих діагностована гранулююча форма, у 20 хворих – фіброзна форма ГГ. У групі хворих з гранулюючою формою симптоматичного ГГ переважали жінки - 76,9% проти 23,1% чоловіків.

Встановлено, що основними етіологічними факторами розвитку гранулюючої форми симптоматичного ГГ у хворих на ГП є: рясні під'ясенні зубні відкладення (у 9 осіб); наявність зубощелепних аномалій (скупченість зубів, глибокий прикус та ін.) (14 осіб); носіння брекет-систем (у 7 осіб); вагітність у жінок (6 осіб).

В групі хворих на ГП з фіброзною формою симптоматичного ГГ переважали чоловіки – 65,0 % проти 35,0 % жінок. При цьому у 19 осіб (95%) гіперплазія ясен у вигляді фіброзної форми симптоматичного ГГ була пов'язана з прийомом лікарських препаратів різних груп (медикаментозно-індукована гіперплазія ясен), і лише у одного хворого на ГП фіброзна форма симптоматичного ГГ була наслідком 2-х курсів хіміо- і променевої терапії, призначеної після операції резекції шлунка з приводу раку шлунка.

Відомі кілька груп фармакологічних препаратів, які в якості побічних ефектів можуть спричинити гіперплазію ясен.

За період з 2004 р. по 2015 р. до відділу захворювань пародонту ДУ «Інститут стоматології НАМН України» звернулися 19 хворих на ГП різного ступеня з медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен. Аналіз показав, що найчастіше побічні ефекти фармакологічних препаратів у вигляді гіперплазії ясен проявляються у чоловіків. Серед 20 пацієнтів віком 24-73 роки було 7 жінок і 12 чоловіків (63,2 %). У 3 хворих на епілепсію гіперплазія ясен розвинулася на тлі прийому протисудомного препарату дифеніну (фенітоїн). У двох хлопців була проведена операція по трансплантації нирки, призначений препарат з групи імунодепресантів циклоспорин, після чого з'явилася гіперплазія ясен.

Серед пацієнтів з гіперплазією ясен найбільшу кількість склали особи, які приймають гіпотензивні препарати з групи блокаторів кальцієвих каналів (ніфедипін, амлодипін, лерканідипін) – 14 з 19, тобто 73,3 %. З них було 10 хворих на гіпертонічну хворобу II-III ступеня, які постійно приймали алодипін, троє хворих приймали ніфедипін та 1 чоловік віком 73 роки – лерканідипін.

У хворих на ГП з фіброзною формою симптоматичного ГГ при огляді порожнини рота виявлені місцеві фактори, що ускладнюють перебіг пародонтиту і сприяють підтриманню гіперплазії ясен. У 4 хворих відзначена незадовільна гігієна порожнини рота. У 12 хворих були старі ортопедичні конструкції, що вимагають заміни.

Для уточнення патоморфологічних особливостей гіперплазованих ясен на тлі прийому лікарських препаратів були проведені гістологічні дослідження біоптатів ясен, взятих за добровільною згодою у 10 пацієнтів, які приймають антагоністи кальцію. За результатами досліджень діагностовано фіброзну форму ГГ з необоротною деструкцією тканинних структур, що є показанням до операції гінгівектомії.

Дослідження з вивчення ефективності ФДТ показали поліпшення стану тканин пародонту після лікування в обох групах, що підтверджується позитивною динамікою зміни усіх показників. Однак в основній групі хворих на ГГ, де додатково проводилася ФДТ, показники через 14 днів і 3 міс. були кращими, що вказує на більш виражений і довгостроковий терапевтичний ефект ФДТ. Протизапальний ефект лікування склав в основній групі (з ФДТ) за індексом РМА 50,0 %, а по індексу кровоточивості 75,3 %, у той час як в групі порівняння – за індексом РМА всього 39,4 %, а по індексу кровоточивості – 41,5 %. Отримані дані вказують на значну перевагу використання ФДТ при лікуванні хворих на ГГ.

Необхідно також відзначити, що вже після першого сеансу ФДТ спостерігається значне зменшення гіпертрофії ясенних сосочків і кровоточивості ясен, що дозволяє знизити загальне число відвідувань в середньому на 2-3.

Аналіз результатів власних досліджень та дані літератури дозволили нам обґрунтувати тактику ведення пацієнтів з медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен. Пацієнти, які регулярно приймають фармакологічні

препарати, що здатні спричинити гіперплазію ясен, навіть при відсутності клінічних симптомів захворювання, повинні дотримуватися рекомендації з індивідуальної гігієни порожнини рота і не рідше 2-х разів на рік звертатися до лікаря-стоматолога для проведення професійної гігієни порожнини рота.

У разі появи гіперплазії ясен у пацієнта лікар-стоматолог повинен провести консультацію з лікарем-терапевтом з приводу можливості відміни препарату, зниження добової дози препарату або заміни препарату на інший аналог з цієї ж групи. Серед 19 пацієнтів лише 1 хворий зміг повністю відмовитися від прийому препарату амлодипін, у 1 хворого вдалося знизити дозу прийому амлодипіну – з 10 мг до 5 мг на добу у 2 пацієнтів замінили препарат: ніфедипін на амлодипін і амлодипін на фелодипін, після чого наступило значне поліпшення клінічної картини і практично повна регресія проліферативного процесу.

Всім хворим з медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен проводилося етіотропне консервативне лікування, яке включало: скейлінг, повітряно-абразивне полірування, промивання ясенних та пародонтальних карманів антисептичними розчинами, місцеву антимікробну і протизапальну терапію, за показаннями кюретаж пародонтальних карманів. У 12 пацієнтів додатково проведено курс ФДТ (4 процедури по квадрантам). Повторні курси лікування проводили кожні 3-4 місяці. У 7 пацієнтів з ГП II-III ступеня та гіперплазією ясен була показана операція остеогінгівопластики. Проте тільки 3 пацієнта погодилися на оперативне втручання, і їм була проведена клаптева операція з одночасною гінгівектомією.

Відома здатність фотодинамічної терапії руйнувати фотосенсибілізовані біологічні тканини й клітини зі зміненим метаболізмом стала підставою для вивчення патоморфологічних ефектів ФДТ при лікуванні медикаментозно-індукованої гіперплазії ясен. При цьому був використаний протокол ФДТ для онкологічних захворювань: більш тривала експозиція на тканини фотосенситайзера tolouidine blue – 10-15 хв. і більш тривалий час засвічування – по 1 хв. у кожного зуба з вестибулярної і піднебінної/язичної сторони і в кожному пародонтальному кармані.

Аналіз мікропрепаратів ясенної тканини до і після ФДТ показав, що збільшення часу аплікації фотосенситайзера, при якому відбувається максимальне накопичення препарату в патологічно змінених тканинах, і часу активації світлодіодною лампою приводить до повної деструкції тканини. На мікропрепаратах видна аморфна мукоїдна маса, клітини відсутні. Таким чином, фотодинамічна терапія в режимі «онкопатології», а не фотоактивуємої дезінфекції, може служити альтернативою хірургічного висічення гіпертрофованих ясенних сосочків.

Десквамативний гінгівіт – це особлива форма гінгівіту, яка проявляється еритематозним і десквамативним ураженням маргінального краю і прикріплених ясен. Захворювання відрізняється підвищеною десквамацією

епітелію, внаслідок чого окремі ділянки ясен набувають яскраво-червоний колір («поліровані ясна»).

Обстежено 42 хворих на ДГ віком 19-68 років: 7 чоловіків та 35 жінок (83,3 %). З аналізу ортопантомограм визначено, що тільки у 5 пацієнтів ДГ протікав як самостійне захворювання ясен, а у 37 хворих – як симптом ГП: у 4 осіб – поч.-I ступеня; у 21 хворого – I-II ступеня і у 12 хворих ГП II-III ступеня.

Дані анамнезу дозволили систематизувати етіологічні фактори розвитку ДГ у осіб різного віку. Тільки у 11 пацієнтів (26,2 %) ДГ був симптомом дерматозів з аутоімунним компонентом: у 1 чоловіка з червоним плеским лишаєм і у 10 жінок в пре- та постменопаузальному періоді з різними дерматозами. Серед 35 обстежених жінок з ДГ 19 (54,3%) знаходилися в постменопаузальному періоді, тобто в стані гіпоестрогенемії. Гіпотиреоз став причиною розвитку ДГ у 3 осіб. У 7 пацієнтів ДГ визначено як алергічна реакція (контактний гінгівостоматит) на різні подразники (засоби гігієни, препарати, токсичні речовини). У 5 хворих з важкими формами ГП II-III ступеня симптоматичний ДГ розвинувся на тлі тривалого хронічного запалення тканин пародонту і персистуючої інфекції. У 2 осіб діагностували ДГ при абсолютно нормальних лабораторних показниках, тобто нез'ясованої етіології.

Необхідно відзначити, що у 15 хворих на ГП ДГ ускладнювався наявністю незнімних ортопедичних конструкцій (штампованих коронок, металокерамічних протезів) зі строком користування більше 10 років.

З метою уточнення механізму розвитку ДГ у жінок постменопаузального віку проведені імунологічні дослідження крові. Встановлено, що у жінок даної групи на тлі досить низького загального вмісту лейкоцитів у крові визначається високий рівень лімфоцитів. При цьому має місце високий відносний вміст Т-лімфоцитів CD3+, Т-хелперів/індукторів CD4+, тобто їх активація, при низькому абсолютному і відносному вмісті Т-супресорів/цитотоксичних CD8+. Це, в свою чергу, призводить до підвищення імунорегуляторного індексу CD4+/CD8+ і вказує на можливий розвиток аутоімунного синдрому.

Аутоімунна природа десквамативного гінгівіту була підтверджена у 5 з 12 жінок з ДГ. При підвищеному співвідношенні CD4+/CD8+ зазначався високий вміст ЦІК, що потребує відповідного лікування з застосуванням препаратів-імуносупресорів, зокрема глюкокортикоїдів.

Таким чином, при наявності клінічних ознак десквамативного гінгівіту необхідно проводити обов'язкове імунологічне обстеження для підтвердження або виключення системної аутоімунної патології.

За результатами проведеної роботи теоретично обґрунтовані, розроблені та пропонуються до впровадження у практику схеми лікувально-профілактичних заходів для хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральний, гіпертрофічний, десквамативний), які включають раціональне інструментальне видалення зубних відкладень, диференційоване призначення медикаментозних засобів (антимікробних, протизапальних) та

індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота.

ВИСНОВКИ

1. Симптоматичний гінгівіт є одним з основних симптомів генералізованого пародонтиту. Зростання поширеності гіпертрофічного і десквамативного гінгівіту, які значною мірою ускладнюють перебіг пародонтиту, вимагає уточнення протоколів лікування із зазначенням особливостей індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота, медикаментозного супроводу, строків повторних оглядів та підтримуючої терапії.

2. В експерименті, на моделі лігатур-індукованого пародонтиту у щурів, встановлена висока лікувально-профілактична ефективність зубних паст «Лакалут актив», «Лакалут фітоформула» і «Пародонтакс класік», що обумовлена їх протизапальною та антиоксидантною дією на тканини пародонту. Зубні пасти, які містять різні екстракти лікарських рослин, при тривалому застосуванні мали порівняний пародонтопротекторний ефект (за гальмуванням резорбції альвеолярної кістки).

3. В результаті ретроспективного аналізу 539 ортопантограм встановлена висока поширеність резорбтивно-деструктивних змін в альвеолярній кістці у осіб 15-30 років. Відсутність кісткових змін визначена тільки у 28,9 %, тобто у 71,1 % виявлені зміни кісткової тканини альвеолярного відростка, характерні для пародонтиту.

4. Показано, що раціональне використання комплексу гігієнічних засобів «Лакалут» після проведення професійної гігієни порожнини рота у хворих на ХКГ, ГГ і ГП поч.-І, І ступеня сприяє поліпшенню гігієнічного стану порожнини рота, більш швидкій ліквідації запалення в тканинах пародонту, нормалізації ферментативної активності ротової рідини і рівня цитокінів в ясенній рідині.

5. Серед пацієнтів з медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен найбільшу кількість склали особи, які приймають гіпотензивні препарати з групи блокаторів кальцієвих каналів – 73,3 %. Серед препаратів найчастіше викликає побічну дію у вигляді гіперплазії ясен амлодипін (у 71,4 % випадків). За результатами морфологічних досліджень гіперплазованих ясен діагностована фіброзна форма гіпертрофічного гінгівіту з необоротною деструкцією тканинних структур, що є показанням до операції гінгівектомії.

6. Встановлено виражений протизапальний ефект ФДТ (75,3 % по індексу кровоточивості) при лікуванні хворих на ГГ і на ГП поч.-І, І ступеня з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом. Патоморфологічними дослідженнями показано, що збільшення часу експозиції фотосенситайзера на гіперплазовані ясна і часу активації світлодіодною лампою призводить до деструкції тканинних структур, що може служити альтернативою хірургічного висічення гіпертрофованих ясенних сосочків.

7. Основними етіологічними факторами десквамативного гінгівіту є

ендокринні порушення (гіпоестрогенемія, гіпотиреоз, цукровий діабет) (66,7 %) і дерматози з аутоімунним компонентом (26,2 %). Підвищення показника ІРІ ($2,87 \pm 0,24$) і високий вміст низькомолекулярних ЦК у крові жінок постменопаузального віку з десквамативним гінгівітом вказує на високу ймовірність у них аутоімунного синдрому.

8. Теоретично обгрунтовані, розроблені та апробовані схеми лікування хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральний, гіпертрофічний, десквамативний), які включають раціональне інструментальне видалення зубних відкладень, диференційоване призначення медикаментозних засобів (антимікробних, протизапальних) та індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою диференціальної діагностики гінгівіту і пародонтиту при складанні плану лікування в осіб молодого віку обов'язковим є рентгенологічне обстеження.

2. Рекомендується наступна схема застосування гігієнічних засобів серії «Лакалут» у хворих із запальними захворюваннями пародонту:

- зубна паста «Лакалут-актив» (2 рази на день, 3 тижні) і ополіскувач «Лакалут-освіжаючий» (ротіві ванночки, полоскання 3-4 рази на день, 2-3 хв., в розведенні – 15-20 крапель на 1 ст. води, 7-10 днів) під час основного курсу лікування ХКГ, ГГ і ГП поч.-І, І ступеня, відразу після видалення зубних відкладень та кюретажу пародонтальних карманів (у хворих на ГП);

- через 3 тижні – зубна паста «Лакалут-фітоформула» (2 рази на день) і ополіскувач «Лакалут-антиплак» (3 рази на день) для постійного застосування.

3. Хворим із загостреним перебігом ГП поч.-І, І ступеня з симптоматичним катаральним і гіпертрофічним гінгівітом з метою протизапальної терапії рекомендується препарат Тантум Верде (бензидаміна гідрохлорид): полоскання або ротіві ванночки 15 мл розчину (без розведення) 4 рази на день, 5-7 днів, при необхідності допускається розведення водою 1:2.

Встановлена можливість призначення бензидаміна гідрохлориду в якості монотерапії та в комплексі з 0,2 % хлоргексидином для потенціювання антимікробного і протизапального ефектів.

4. Розроблено та пропонується до впровадження метод фотодинамічної терапії з різними режимами роботи при гранулюючій та фіброзній формах симптоматичного гінгівіту у хворих на ГП.

5. Обгрунтовано та запропоновано до впровадження алгоритм лікування хворих на ГП із симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом. Теоретично обгрунтована і запропонована тактика ведення пацієнтів з медикаментозно-індукованою гіперплазією ясен.

6. Обгрунтовано та запропоновано до впровадження алгоритм лікування

хворих на ГП із симптоматичним десквамативним гінгівітом.

ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Трояненко Л. Н. Сравнительная оценка лечебно-профилактического действия зубных паст на модели пародонтита у крыс / Л. Н. Трояненко, Ю. Г. Чумакова // Вісник стоматології. – 2014. – № 3. – С. 9-14. *Участь здобувача у проведенні експерименту, аналізі результатів, написанні статті.*

2. Чумакова Ю. Г. Клинико-лабораторная оценка эффективности гигиенических средств «Лакалут» у больных с воспалительными заболеваниями пародонта / Ю. Г. Чумакова, Л. Н. Трояненко // Современная стоматология. – 2009. – № 2. – С. 26-32. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні статті.*

3. Чумакова Ю. Г. Оценка эффективности препарата «Тантум Верде» в комплексном лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта / Ю. Г. Чумакова, Л. Н. Трояненко, Н. Н. Голубкова // Современная стоматология. – 2010. – № 3 (52). – С. 55-58. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні статті.*

4. Трояненко Л. Н. Десквамативный гингивит: этиологические факторы, клинические и иммунологические характеристики / Л. Н. Трояненко, Ю. Г. Чумакова // Modern Science – Moderní věda (Чехия). – 2015. – № 6. – С. 171-177. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні статті.*

5. Уровень и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста (по анализу ортопантомограмм) / Ю. Г. Чумакова, В. И. Антипа, Ю. Е. Косоверов, М. А. Каташинская, Л. Н. Трояненко // Современная стоматология. – 2004. - № 2. – С. 56-59. *Участь в аналізі ортопантомограм, написанні статті.*

6. Оценка терапевтической эффективности зубной пасты «Лакалут фитоформула» в эксперименте на крысах / Ю. Г. Чумакова, Л. Н. Трояненко, А. А. Вишневская, И. В. Софронов // Современная стоматология. – 2011. – № 4 (58). – С. 135-138. *Участь здобувача у проведенні експерименту, аналізі результатів, написанні статті.*

7. Чумакова Ю. Г. Етіологічні фактори та критерії діагностики десквамативного гінгівіту / Ю. Г. Чумакова, Л. М. Трояненко // Новини стоматології. – 2015. – № 4 (85). – С. 162-164. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні статті.*

8. Чумакова Ю. Г. Клініко-лабораторна оцінка ефективності гігієнічних засобів «Лакалут» у хворих із запальними захворюваннями пародонту / Ю. Г. Чумакова, Л. М. Трояненко // Стоматологія – вчора, сьогодні, завтра : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 40-річчю кафедри стоматології, терапевтичної та дитячої стоматології ХМАПО та пам'яті проф. Нікітіна В.О.,

м. Харків, 8-9 листопада 2007 р.: тези допов. – Харків: ХМАПО, 2007. – С. 95-96. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні тез.*

9. Трояненко Л. Порівняльна оцінка терапевтичних ефектів зубних паст в експерименті у щурів // Мультидисциплінарний підхід як стратегія успіху : Симпозіум молодих вчених в рамках Ювілейної східноєвропейської конф. з проблем стоматологічної імплантації, м. Львів, 12 березня 2011 р.: тези допов. – Львів, 2011. – С. 70-72. *Участь здобувача у проведенні експерименту, аналізі результатів, написанні тез.*

10. Чумакова Ю. Г. Эффективность фотодинамической терапии при лечении гипертрофического гингивита / Ю. Г. Чумакова, Л. Н. Трояненко // Применение лазеров в медицине и биологии : XXXIX межд. науч.-практ. конф., г. Харьков, 22-24 мая 2013 г.: тезисы докл. – Харків: Видавництво ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2013. – С. 185-187. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні тез.*

11. Chumakova Y. Photodynamic therapy at patients with hyperplastic gingivitis / Y. Chumakova, G. Vyshnevskaya, L. Troyanenko // Photomedicine and Laser Surgery. – 2013. – Vol. 31, N. 12. – P. 643 (Abstracts from the 4th Congress of the World Federation for Laser Dentistry, European Division, July 11-12, 2013 Brussels, Belgium). *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні тез.*

12. Трояненко Л. Особливості лікування генералізованого пародонтиту в хворих з препарат-індукованою гіперплазією ясен / Л. Трояненко // Принципи доказової медицини в імплантології : 7-а Східноєвропейська конференція з проблем стоматологічної імплантації, м. Львів, 25 квітня 2015 р.: тези допов. – Львів, 2015. – С. 10.

13. Чумакова Ю. Г. Медикаментозно-індукована гіперплазія ясен: поширеність, особливості клінічного перебігу, алгоритм лікування / Ю. Г. Чумакова, Л. М. Трояненко // Новини стоматології (Стратегія розвитку стоматології в Україні : 3-й Національний український стоматологічний конгрес, м. Київ, 22-23 жовтня 2015 р.: тези допов.). – 2015. – № 4 (85). – С. 129-130. *Участь здобувача у виконанні клінічних досліджень, аналізі результатів, написанні тез.*

АНОТАЦІЯ

Трояненко Л.М. Особливості лікування хворих на генералізований пародонтит з різними формами симптоматичного гінгівіту. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Державна установа «Інститут стоматології НАМН України», Одеса, 2016.

Визначені основні етіологічні фактори різних форм симптоматичного

гінгівіту (катарального, гіпертрофічного і десквамативного) у хворих на ГП з урахуванням віку, статі та наявності загальносоматичної патології.

В умовах експериментальної патології пародонта у щурів досліджені пародонтопротекторні ефекти різних за складом лікувально-профілактичних зубних паст.

Обґрунтовано і опрацьовано протокол лікування гранулюючої та фіброзної форми симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту з використанням методу фотодинамічної терапії.

Теоретично обґрунтовано та розроблено схеми лікувально-профілактичних заходів для хворих на ГП з різними формами симптоматичного гінгівіту (катаральний, гіпертрофічний, десквамативний), які включають раціональне інструментальне видалення зубних відкладень, диференційоване призначення медикаментозних засобів (антимікробних, протизапальних) та індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота.

Ключові слова: генералізований пародонтит, симптоматичний гінгівіт, гіпертрофічний гінгівіт, десквамативний гінгівіт, медикаментозно-індукована гіперплазія ясен, фотодинамічна терапія

АННОТАЦІЯ

Трояненко Л.Н. Особенности лечения больных генерализованным пародонтитом с разными формами симптоматического гингивита. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Государственное учреждение «Институт стоматологии НАМН Украины», Одесса, 2016.

Проанализированы основные этиологические факторы разных форм симптоматического гингивита (катарального, гипертрофического и десквамативного) у больных генерализованным пародонтитом с учетом возраста, пола и наличия общесоматической патологии.

В результате ретроспективного анализа 539 ортопантомограмм установлена высокая распространенность резорбтивно-деструктивных изменений в альвеолярной кости у лиц 15-30 лет – 71,1 %.

В условиях экспериментальной патологии пародонта у крыс исследованы пародонтопротекторные эффекты разных по составу лечебно-профилактических зубных паст.

Установлено, что фиброзная форма гипертрофического гингивита чаще встречается у лиц мужского пола. В 95 % случаев гиперплазия десны была связана с приемом лекарственных препаратов (медикаментозно-индуцированная), преимущественно – антагонистов кальция.

По результатам патоморфологических исследований биоптатов гиперплазированной десны вследствие приема антагонистов кальция диагностирована

фиброзная форма гипертрофического гингивита с необратимой деструкцией тканевых структур, что является показанием к операции гингивэктомии.

Обоснован и предложен протокол лечения гранулирующей и фиброзной формы симптоматического гипертрофического гингивита с использованием метода фотодинамической терапии.

По данным иммунологических исследований крови установлено, что у женщин постменопаузального возраста с десквамативным гингивитом высока вероятность аутоиммунного синдрома. У 41,7 % женщин данной группы была подтверждена системная аутоиммунная патология.

Теоретически обоснованы и разработаны схемы лечебно-профилактических мероприятий для больных ГП с разными формами симптоматического гингивита (катаральный, гипертрофический, десквамативный), которые включают рациональное удаление зубных отложений, дифференцированное назначение медикаментозных средств (антимикробных, противовоспалительных) и индивидуальный подбор средств гигиены полости рта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, симптоматический гингивит, гипертрофический гингивит, десквамативный гингивит, медикаментозно-индуцированная гиперплазия десны, фотодинамическая терапия

ANNOTATION

Troyanenko L.M. Features of treatment of patients with generalized periodontitis with different forms of symptomatic gingivitis. – The manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.22 – stomatology. – State Establishment "Institute of Stomatology of Academy of Medical Sciences of Ukraine" Odessa, 2016.

The main etiological factors of various forms of symptomatic gingivitis (catarrhal, hypertrophic and desquamative) in patients with GP, taking into account age, gender and the presence of somatic pathology.

In conditions of experimental periodontal disease in rats investigated the periodontal-protection effects of different composition of therapeutic and prophylactic toothpastes.

Substantiated and tested treatment protocol granulation and fibrous forms of symptomatic hypertrophic gingivitis using the method of photodynamic therapy.

Theoretically substantiated and developed the scheme of treatment and preventive measures for the patients GP with various forms of symptomatic gingivitis (catarrhal, hypertrophic, desquamative) which include rational instrumental removal of dental plaque, differential prescription medication (anti-microbial, anti-inflammatory) and individual selection of oral hygiene.

Key words: generalized periodontitis, symptomatic gingivitis, hypertrophic gingivitis, desquamative gingivitis, drug-induced gingival hyperplasia, photodynamic therapy.