

## **СОРБЦІЙНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)**

**grig.natalia@gmail.com**

Дана робота є фрагментом комплексної теми НДР «Інноваційні підходи до діагностики та лікування твердих тканин зубів, захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота» кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, № держ. реєстрації 0114U001355.

**Вступ.** Підвищення ефективності та профілактика ускладнень комплексного лікування генералізованого пародонтиту (ГП) лишаються актуальними проблемами стоматології. Сучасний підхід у лікуванні даного захворювання передбачає комплексну та цілеспрямовану терапію, з урахуванням індивідуальних особливостей пародонтального статусу та загальносоматичного стану хворого.

Відомо, ГП виникає та протікає на тлі хронічної, часто полісистемної, соматичної патології [3, 5, 9, 11], що призводить до накопичення в тканинах (біологічних рідинах) ендогенних токсинів та обумовлює розвиток ендогенної інтоксикації [1, 6]. Водночас, наявність запального процесу в тканинах пародонта є потужним джерелом токсичних метаболітів (ендотоксинів лізосомального походження, продуктів тканинного розпаду, бактеріальних токсинів тощо) та негативно впливає на соматичний статус. Встановлено підвищення рівня маркерів ендогенної інтоксикації (молекул середньої маси – МСМ) у хворих на ГП, визначено кореляцію інтенсивності токсикозу зі ступенем тяжкості пародонтиту [2], за допомогою математичного моделювання розроблено нормативи для оцінки рівня інтоксикації при ГП та спосіб прогнозування розвитку ускладнень на етапах комплексного лікування [4]. Розвиток синдрому ендогенної інтоксикації у хворих на ГП не має специфічних ознак, проте призводить до дисбалансу гомеостазу, супроводжується комплексом патофізіологічних і біохімічних змін та призводить до дисфункції всіх органів і систем. Наявність прихованої ендотоксемії значно обтяжує перебіг ГП, є предиктором розвитку ускладнень та вимагає включення у комплексне лікування еферентної терапії («efferens» – виводити).

Еферентна терапія є сукупністю методів (екстракорпоральних, інтракорпоральних) активної детоксикації, спрямованих на виведення з організму патологічних речовин, реологічну та імунну корекцію гомеостазу. Екстракорпоральні методи (гемодіаліз, плазмаферез, гемосорбція, озонування крові тощо)

є інвазивними, в тій чи іншій мірі травматичними, мають ряд протипоказань та вимагають застосування спеціального обладнання, а відтак обмежені для використання у терапевтичній стоматології. Сучасним та високоефективним методом інтракорпоральної детоксикації є ентеросорбція: пероральний прийом медикаментозних засобів (ентеросорбентів), здатних адсорбувати різноманітні токсичні речовини ендо- та екзогенного походження, що накопичуються та проникають у порожнину шлунково-кишкового тракту при будь-яких патологічних процесах [10]. Метод неінвазивний, є одним з найбезпечніших, практично не має протипоказань, при цьому сорбційний ефект 3-денної ентеросорбції (за умови використання сучасних сорбентів з високою сорбційною ємкістю) прирівнюють до одного сеансу гемосорбції [7]. Прямий ефект лікування досягається за рахунок вилучення, фіксації і виведення токсинів, біологічно активних речовин, патогенних мікроорганізмів. Опосередкований ефект дії ентеросорбції – запобігання або ослаблення токсико-алергічних реакцій; профілактика токсикозу, викликаного різними зовнішніми факторами, зниження навантаження на органи екскреції та детоксикації; корекція процесів обміну речовин, відновлення цілісності та проникності слизових оболонок, поліпшення кровопостачання тощо [11].

Ентеросорбентів існує значна кількість, і вони абсолютно різні – від відомого з незапам'ятних часів вугілля з деревини до сучасних аеросилів, від висівок до штучних похідних полівінілпірролідону [8]. Ефективність дії сорбенту залежить від хімічного складу, фізичного стану поверхні, характеру пористості та від площі активної поверхні (**табл. 1**).

Вибір сорбенту, для включення в комплексну терапію ГП, повинен ґрунтуватися на певних вимогах: висока ефективність сорбції при повній нешкідливості і нетоксичності; добра біосумісність з тканинами; висока сорбційна ємність по відношенню до компонентів, що видаляються; селективна сорбція середньомолекулярних токсичних метаболітів (500-5000 Да); відсутність шкідливої дії на слизові оболонки шлунково-кишкового тракту; відсутність впливу або позитивний вплив на процеси секреції і мікробіоценоз кишківника; зручна фармацевтична форма.

Ефективним сорбентом, що відповідає вищенаведеним вимогам, є препарат Атоксил («Орісіл-Фарм»).

**Площа активної поверхні адсорбції на 1 г речовини**

| Групи сорбентів | Представники   | Площа активної поверхні    |
|-----------------|--|----------------------------|
| I               | Вуглецеві сорбенти за поколіннями:<br>I – натуральної сировини (фруктові кісточки, кокосова шкаралупа);<br>II – продукти піролізу синтетичних смол;<br>III – волокнисте активоване вугілля з різноманітними зв'язувальними (крохмаль, целюлоза);<br>IV – волокнисте активоване вугілля у формах, де зв'язувальним є вода | 1,5-2000 м <sup>2</sup> /г |
| II              | На основі природних і синтетичних смол, синтетичних полімерів і ліпідів, що не перетравлюються   | До 100 м <sup>2</sup> /г   |
| III             | Кремневі, в т. ч. гідро-гелеві   | 150-300 м <sup>2</sup> /г  |
|                 | Кремневі вискодисперсні, в т. ч. аеросіли  | 400-600 м <sup>2</sup> /г  |
| IV              | Природні органічні на основі харчових волокон, гідролізованого лігніну, хітину, пектинів і альгінатів  | Залежно від складу         |
| V               | Комбіновані  | Залежно від складу         |

Основа препарату – природний вискодисперсний діоксид кремнію, очищений від будь-яких сумішей. Кремній діоксид, що входить до складу препарату Атоксіл, пройшов тест на відповідність стандартам FDA і фармакопеї USA за монографічними тестами USP 29-NF24. Оригінальна мікросферична структура Атоксілу, отримана в результаті спеціальної обробки, забезпечує:

- Виражену сорбційну активність – сорбційна ємкість токсичних речовин 600 мг/г;
- Бакаглютинуючу дію відносно мікроорганізмів і вірусів (10<sup>10</sup> на 1 г);
- Високу швидкість сорбції, вже через кілька хвилин (через 4 хв.), після потрапляння в ШКТ;
- Селективність дії – зберігає в організмі вітаміни, мікроелементи, відновлює мікрофлору, що забезпечує безпеку навіть при тривалому прийомі;
- Розчин без запаху і смаку, забезпечує легкість прийому в порівнянні з гелевими та іншими формами сорбентів;
- Атраumaticність для слизової ШКТ. Показаний для дорослих і дітей з 1 року життя.

Атоксіл – препарат з високим профілем безпеки, він не розщеплюється і не всмоктується в шлунково-кишковому тракті. Враховуючи широкий спектр сорбційної активності, Атоксіл є вискоелективним препаратом, має протимікробну, дезінтоксикаційну і протиалергічну дію. Атоксіл зареєстрований як лікарський препарат, що пройшов усі етапи клінічних досліджень і підтвердив свою високу ефективність і безпеку в застосуванні [12].

**Мета дослідження** – підвищити ефективність комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит шляхом розробки етіотропно та патогенетично спрямованої медикаментозної терапії з використанням засобів місцевої детоксикації тканин пародонта та загальної корекції стану ендогенної інтоксикації.

**Об'єкт і методи дослідження.** Під спостереженням знаходилось 42 хворих на ГП I (16) і II (26) ступеня хронічного перебігу, віком 21-40 років. Всім пацієнтам проведено клініко-лабораторне та рентгенологічне обстеження згідно Протоколів надання

медичної допомоги за спеціальністю «Стоматологія терапевтична», МОЗ України, 2007. Рівень ендогенної інтоксикації оцінено за показником МСМ в ротовій рідині експрес-методом за модифікованою методикою Габриелян Н. І. та співавт., 1984.

Всіх хворих навчено методикам раціональної гігієни порожнини рота, проведено контроль якості її виконання індексним методом, корекцію призначень здійснено на всіх етапах лікування. Виконано професійну гігієну порожнини рота, іммобілізацію рухомих зубів, вибіркоче пришліфування зубів та санацію порожнини рота (в тому числі депульпування за відповідними показаннями). Призначено лікування загальносоматичних захворювань фахівцями відповідного профілю. Медикаментозну терапію призначено в залежності від клінічного статусу та результатів лабораторних досліджень. Хворі розділені на 2 групи, репрезентативні за віком, статтю та нозологічними формами: Контрольна група (20 хворих) отримала у складі комплексного лікування ГП традиційний комплекс медикаментозної терапії (без сорбентів). Основна група (22 хворих) – традиційне лікування доповнене сорбційною терапією (ентеро- та локальна сорбція).

Атоксіл використано перорально та у вигляді аплікацій на слизову оболонку ясен на 10-15 хв. Всередину призначено в залежності від клініко-лабораторних показників, в тому числі рівня МСМ, перорально по 1-2 пакетики-саше, які розведено в 50-100 мл кип'яченої води до однорідної суспензії, 3 рази на добу за 1 год. до їжі або прийому інших лікарських засобів. Курс складав 5-10 днів.

За показаннями проведено хірургічне лікування ГП. Післяопераційний супровід передбачав виконання гігієнічних програм; медикаментозне лікування (у хворих основної групи з використанням сорбційної терапії за вищезазначеною схемою); відновлення оклюзійного співвідношення, постійне протезування (шинування); фізичні методи реабілітації; диспансерне спостереження. На всіх етапах лікування проаналізовано ефективність обраної методики та, за потребою, призначено корекцію медикаментозного лікування. Повторне обстеження хворих проведено

**Динаміка клініко-лабораторних показників після проведення консервативної терапії хворих на ГП ( $M \pm m$ )**

| Показники                    | ОНИ-S       |             | РМА, %       |              | МСМ, опт. од |              |
|------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                              | Основна     | Контрольна  | Основна      | Контрольна   | Основна      | Контрольна   |
| До лікування                 | 2,34 ± 0,07 | 2,19 ± 0,06 | 40,47 ± 0,79 | 39,24 ± 0,87 | 338,36 ± 4,8 | 332,52 ± 3,9 |
| Після консервативної терапії | 0,43 ± 0,04 | 0,49 ± 0,05 | 13,14 ± 0,86 | 19,67 ± 0,84 | 261,97 ± 4,7 | 307,1 ± 4,3  |

**Примітка:** Показник відмінності даних у основній та контрольній групах до та після лікування достовірний ( $p < 0,05$ ).

після виконання професійної гігієни, консервативної терапії та після хірургічного лікування.

**Результати досліджень та їх обговорення.** За результатами обстеження спеціалістами загального профілю у 100% хворих на ГП встановлено наявність супутніх загальносоматичних захворювань: патологію шлунково-кишкового тракту мали 42,85% осіб (хронічний гастрит, коліт, дисбактеріоз кишківника тощо), печінки (дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний гепатохолецистит, жовчокам'яна хвороба тощо) – 40,47%, нирок – 11,9%, органів дихання – 7,14% тощо. У більшості пацієнтів діагностовано кілька захворювань одночасно. При наявності таких захворювань значно уповільнюється елімінація токсичних речовин, погіршуються процеси детоксикації, що призводить до накопичення продуктів обміну в організмі хворих та створює передумови для розвитку ендогенної інтоксикації.

При проведенні оцінки рівня гігієни визначено відсутність належного догляду за порожниною рота. Так, у хворих на ГП I ступеня гігієнічний стан оцінено як «задовільний» (ОНИ-S – 1,69 ± 0,08 балів), виявлено високу швидкість утворення зубного нальоту за індексом PFRI (36,12 ± 1,27%). Значення індексу РМА (35,01 ± 0,61%) відповідало картині гінгівіту середньої тяжкості. Клінічно діагностовано симптоматичний хронічний катаральний гінгівіт. У хворих на ГП II ступеня за показниками ОНИ-S (3,0 ± 0,06 балів) та PFRI (44,12 ± 1,04%) встановлено «незадовільний» рівень гігієни. Діагностовано середній ступінь тяжкості симптоматичного катарального гінгівіту (РМА – 47,02 ± 1,2%). Незадовільна гігієна порожнини рота та запальний процес в яснах обумовлювали утворення додаткового, потужного джерела ендоінтоксикації.

Наявність ендогенної інтоксикації у хворих на ГП підтверджено результатами визначення показника МСМ. При первинному обстеженні встановлено значне підвищення рівня МСМ – 313,36 ± 5,3 опт. од (в середньому) при I ступені захворювання, 347,58 ± 4,8 опт. од. – при II ступені. Ці дані статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялись від даних вмісту МСМ в ротовій рідині практично здорових осіб (259,6 ± 5,5 опт. од.). Виявлено кореляцію кількості середньомолекулярних пептидів зі ступенем розвитку ГП і, відповідно, рівнем руйнування тканин пародонта. При первинному обстеженні хворих на ГП тільки у 14,28% осіб діагностовано дуже низький рівень ендогенної інтоксикації. Решта хворих мали ендогенну інтоксикацію організму

низького, середнього та високого ступеня, що вказувало на наявність ризику виникнення ускладнень при проведенні оперативного втручання та необхідність проведення належної передопераційної підготовки.

По закінченню першого етапу лікування ГП – Фази I, спрямованої на усунення запальних явищ в тканинах пародонта, відмічено достовірне зниження рівня МСМ в обох досліджуваних групах, що свідчило про зменшення кількості токсичних продуктів порушеного обміну білків, проявів альтеративних та ексудативних процесів, що розвивалися у хворих на ГП. При цьому, хворі основної групи, що отримували сорбційну терапію, вже через 1-2 доби лікування спостерігали зменшення галітозу, свербіжу ясен, кровоточивості. Об'єктивно – зменшення кількості ексудату пародонтальних кишень, набряку, гіперемії ясен. Позитивну динаміку у хворих контрольної групи діагностовано лише на 3-4 добу лікування.

Динаміку основних клініко-лабораторних показників після проведення консервативної терапії хворих на ГП відображено в **таблиці 2**.

Привертало увагу, що після проведення консервативної терапії показники ендогенної інтоксикації 81,81% хворих основної групи опинилися в межах, які відповідали дуже низькому (174-294 опт. од.) та низькому (295-320 опт. од.) значенню ступеня інтоксикації та свідчили про мінімальний (низький) ризик виникнення ускладнень при проведенні хірургічного лікування. 18,18% осіб основної групи мали середній ступінь інтоксикації. В контрольній групі низькі показники ендогенної інтоксикації мали лише 45,0% хворих. Водночас, показник МСМ у 30,0% пацієнтів контрольної групи залишився в групі середнього (331-332 опт. од.) та високого 25,0% (більше 333 опт. од.) рівня інтоксикації (**рис.**). Даний результат свідчив про наявність високого та дуже високого ризику виникнення ускладнень у хворих контрольної групи, необхідність продовження консервативної терапії або пошуку додаткового джерела інтоксикації.

Проведення хірургічного лікування хворих сприяло подальшому зниженню рівня ендогенної інтоксикації та загальному оздоровленню організму хворих на ГП. Післяопераційний період у 100% хворих основної групи проходив без ускладнень. Рівень МСМ після проведення хірургічного лікування (через 2 тижні) у них склав, в середньому, 217,87 ± 3,3 опт. од. і відповідав показникам практично здорових осіб (259,6 ± 5,5 опт. од.). Водночас, середній показник МСМ у

хворих контрольної групи був вищим –  $270,19 \pm 5,1$  опт. од. У 15,0% хворих контрольної групи в післяопераційному періоді спостерігались ускладнення запального характеру, рівень МСМ у цих хворих свідчив про наявність інтоксикації середнього ступеня (рис.).

Динаміка основних клініко-лабораторних показників хворих на ГП основної та контрольної груп на етапах комплексного лікування відображена в таблиці 3.

Через 6 місяців обстежено 20 (90,9%) хворих основної групи та 17 (85,0%) хворих контрольної групи. При обстеженні виявлено задовільні результати лікування: виражену клініко-рентгенологічну стабілізацію процесу в пародонті діагностовано у 100% обстежених пацієнтів основної групи. У хворих були відсутні неприємні суб'єктивні відчуття в яснах. Рівень гігієни, досягнутий після професійного чищення, в подальшому підтримувався пацієнтами. Слизова оболонка ясен була щільною, не кровоточила, гіперемії не діагностовано. Прояви запалення в яснах були виражені незначно, індекс РМА після лікування становив в середньому  $11,14 \pm 0,99\%$ , а через 6 місяців –  $12,14 \pm 0,71\%$ . Про задовільний стан тканин пародонта після лікування свідчили дані рентгенографії. На рентгенограмах виявлено зменшення ділянок остеопору, відсутність значного розширення періодонтальних щілин та подальшої атрофії міжальвеолярних перегородок. Рівень ендогенної інтоксикації залишався в межах дуже низького (в середньому  $243,87 \pm 4,3$  опт. од.). Проведена клініко-лабораторна оцінка стану тканин пародонта через 6 місяців після лікування вказує на позитивний вплив проведеного комплексного (із застосуванням сорбційної терапії) лікування ГП у пацієнтів основної групи, ускладнень лікування не спостерігалось (табл. 3).

У хворих контрольної групи стабілізації досягнуто у 13 з 17 (76,47%) обстежених осіб. Клініко-лабораторні показники були задовільними, проте гіршими, ніж у хворих на ГП основної групи (табл. 3). У 4 (23,52%)

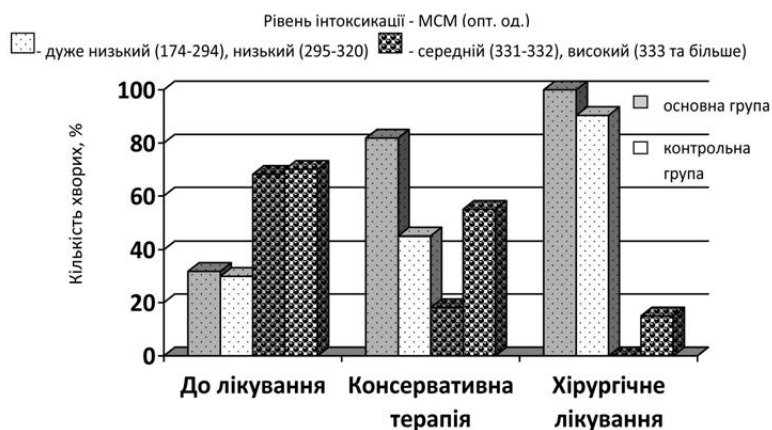


Рис. Динаміка показника рівня ендогенної інтоксикації на етапах комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.

хворих відмічено прогресування дистрофічно-запального процесу в пародонті. Індекс РМА, що після лікування становив, в середньому,  $15,84 \pm 0,92\%$ , через 6 місяців погіршився до  $19,53 \pm 0,82\%$ . Відмічено підвищення рівня середньомолекулярних пептидів у пацієнтів контрольної групи (в середньому  $297,19 \pm 4,4$  опт. од.).

Отримані дані дають змогу констатувати стабільний задовільний клініко-рентгенологічний та лабораторний результат комплексного лікування хворих на ГП із застосуванням сорбційної терапії у пацієнтів основної групи. Після проведеного лікування тривалий час спостерігалася стадія стабілізації дистрофічно-запального процесу пародонта. У хворих контрольної групи діагностовано погіршення стану тканин пародонта вже через 6 місяців після проведеного лікування.

**Висновки.** На підставі отриманих клініко-лабораторних результатів, вважаємо доцільним та патогенетично обґрунтованим включення сорбційної терапії в комплексне лікування генералізованого пародонтиту. Застосування локальної та ентеросорбції сприяє зниженню рівня ендогенної інтоксикації та загальному оздоровленню організму хворих. Оцінка ефективності запропонованого комплексного лікування генералізованого пародонтиту з корекцією рівня ендогенної

Таблиця 3

### Динаміка клініко-лабораторних показників на етапах комплексного лікування хворих на ГП (M ± m)

| Показники                           | ОНИ-S                           |                 | РМА, %                           |                  | МСМ, опт. од                     |                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|
|                                     | Основна                         | Контрольна      | Основна                          | Контрольна       | Основна                          | Контрольна       |
| До лікування                        | $2,34 \pm 0,07$                 | $2,19 \pm 0,06$ | $40,47 \pm 0,79$                 | $39,24 \pm 0,87$ | $338,36 \pm 4,8$                 | $332,52 \pm 3,9$ |
| Після консервативної терапії        | $0,43 \pm 0,04$                 | $0,49 \pm 0,05$ | $13,14 \pm 0,86$                 | $19,67 \pm 0,84$ | $261,97 \pm 4,7$                 | $307,1 \pm 4,3$  |
| Після хірургічного лікування        | $0,41 \pm 0,08$                 | $0,45 \pm 0,09$ | $11,14 \pm 0,99$                 | $15,84 \pm 0,92$ | $217,87 \pm 3,3$                 | $270,19 \pm 5,1$ |
| Через 6 міс. комплексного лікування | $0,47 \pm 0,07$<br>$p_1 < 0,05$ | $0,62 \pm 0,05$ | $12,14 \pm 0,71$<br>$p_1 < 0,05$ | $19,53 \pm 0,82$ | $243,87 \pm 4,3$<br>$p_1 < 0,05$ | $297,19 \pm 4,4$ |

Примітка:  $p_1$  – показник достовірності відмінності даних між основною та контрольною групою відразу після лікування та через 6 місяців.

інтоксикації показала, що використання даної методики дозволяє запобігти розвитку ускладнень при проведенні хірургічного лікування, досягти тривалої стабілізації процесу в пародонті та суттєво підвищує ефективність комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на вивчення та порівняльний аналіз ефективності застосування сорбентів різних класів при лікуванні захворювань тканин пародонта, розробка та впровадження алгоритмів їх застосування у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

## Література

1. Афанасьева А. Н. Сравнительная оценка уровня эндогенной интоксикации у лиц разных возрастных групп [Текст] / А. Н. Афанасьева // Клини. лаб. диагн. – 2004. – № 6. – С. 11–13.
2. Борисенко А. В. Оцінка рівня ендогенної інтоксикації організму на етапах комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит [Текст] / А. В. Борисенко, Н. І. Григ // Современная стоматология. – 2010. – № 5. – С. 44–47.
3. Горбачева И. А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита [Текст] / И. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // Стоматология. – 2001. – № 1. – С. 26–34.
4. Григ Н. І. Ендогенна інтоксикація як фактор ризику у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту / Н. І. Григ // Современная стоматология. – 2015. – № 1. – С. 28–32.
5. Лукиных Л. М. Хронический генерализованный пародонтит. Часть I. Современный взгляд на этиологию и патогенез [Текст] / Л. М. Лукиных, Н. В. Круглова // Стоматология. – 2011. – № 1. – С. 123–125.
6. Малахова М. Я. Методы верификации донозологических состояний организма [Текст] / М. Я. Малахова, О. В. Зубаткина // Эффер. терапия. – 2006. – № 1. – С. 43–50.
7. Мурзина Э. А. Обоснование применения энтеросорбентов в комплексной терапии хронических аллергодерматозов [Текст] / Э. А. Мурзина // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 2/3. – С. 50–53.
8. Николаев В. Г. Современные энтеросорбенты и механизмы их действия [Текст] / В. Г. Николаев, С. В. Михаловский, Н. М. Гурина, А. К. Мартынов // Эфферент. терапия. – 2005. – № 4. – С. 3–17.
9. Тамарова Э. Р. Исследование распространенности соматической патологии у больных пародонтитом [Текст] / Э. Р. Тамарова, А. Р. Мавзютов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2013. – № 3. – С. 53–56.
10. Урсова Н. И. Место энтеросорбентов в терапии синдрома эндогенной интоксикации [Текст] / Н. И. Урсова // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 6. – С. 26–31.
11. Fowler E. B. Periodontal disease and its association with systemic disease [Text] / E. B. Fowler, L. G. Breault, M. F. Cuenin // Mil Med. – 2001. – Vol. 166, № 1. – P. 85–89.
12. Орсіл-Фарм (офіційний веб-сайт). Загальні відомості. Атоксіл® – мікросферичний сорбент нового покоління: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://orisilpharm.com/index.php?page=1&cid=336&m=334>

УДК 616.314.17-008.1-031.81-085

### СОРБЦІЙНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Григ Н. І.

**Резюме.** У статті наведено обґрунтування доцільності та методика застосування сорбційної терапії (локальної та ентеросорбції) на етапах комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит. Показано високу лікувальну ефективність запропонованої методики, що сприяє зниженню рівня ендогенної інтоксикації, загальному оздоровленню організму хворих, дозволяє запобігти розвитку ускладнень при проведенні пародонтальної хірургії, досягти тривалої стабілізації процесу в пародонті та суттєво підвищує ефективність комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.

**Ключові слова:** ендогенна інтоксикація, генералізований пародонтит, сорбційна терапія, ентеросорбція, локальна сорбція.

УДК 616.314.17-008.1-031.81-085

### СОРБЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Григ Н. И.

**Резюме.** В статье приведено обоснование целесообразности и методика применения сорбционной терапии (локальной и энтеросорбции) на этапах комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом. Показано высокую лечебную эффективность предложенной методики, которая способствует снижению уровня эндогенной интоксикации, общему оздоровлению организма больных, позволяет предотвратить развитие осложнений при проведении пародонтальной хирургии, добиться длительной стабилизации процесса в пародонте и существенно повышает эффективность комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом.

**Ключевые слова:** эндогенная интоксикация, генерализованный пародонтит, сорбционная терапия, энтеросорбция, локальная сорбция.

UDC 616.314.17-008.1-031.81-085

### The Sorptive Therapy in the Complex Treatment of Patients with Generalized Periodontitis

Gryg N. I.

**Abstract.** Aim: To enhance the efficiency of complex treatment of patients with generalized periodontitis by developing of etiotropic and pathogenetic directed medical therapy using the means of local detoxification of periodontal tissues and general correction of a condition of endogenous intoxication.

*Subjects and methods:* We observed 42 patients with GP I (16) and II (26) degree of chronic course in the age of 21-40 years. All patients were carried out clinical and laboratory and X-ray examinations according to the protocols of medical care in "Therapeutic Dentistry", Ministry of Health of Ukraine, 2007. The level of endogenous intoxication was evaluated to indexes of MMM in the oral fluid with express method to modified method by Gabrielyan N. I. et al. 1984. Patients are trained with techniques of rational hygiene, professional hygiene is performed, immobilization of mobile teeth, selective grinding of teeth and sanitation of oral cavity. Treatment of general diseases is prescribed by experts with specialized background. Medical therapy is prescribed depending on the clinical status and laboratory results. The patients are divided into 2 groups, representative by age, sex and nosological forms: a control group (20 patients) has received as part of the complex treatment of generalized periodontitis traditional complex of medical therapy (without sorbents), the main group (22 patients) – traditional treatment completed of sorption therapy (entero- and local sorption). Enterosorbent is used inward and as applications on mucosa membrane of gums for 10-15 min. Inside is prescribed depending on the clinical and laboratory indexes, including the level of MMM, orally 1-2 packets- sachets, which are dissolved in 50-100 ml of boiling water until homogeneous suspension, 3 times per day for 1 hour before eating or taking other medicines. The course is 5-10 days. According to the indications surgical treatment of generalized periodontitis is carried. Postoperative support provided for implementation of hygiene programs; medical treatment (in patients of basic group using sorption therapy by abovementioned scheme); physical methods of rehabilitation, permanent prosthesis (splinting), restore occlusion ratio; clinical supervision. At all stages of treatment effectiveness of selected methods is analyzed and, if necessary, the correction of medical therapy is prescribed. Re-examination of patients is carried out after performing professional hygiene, conservative therapy and after surgery.

*Results and Discussion:* At the end of the first phase of the treatment of generalized periodontitis – conservative therapy, patients of the basic group, who received sorption therapy after 1-2 days of treatment was observed reduction of galitosis, itching gums, bleeding. Objectively – reducing the number of exsudate in periodontal pockets, edema, hyperemia of the gums. Positive dynamics in patients of the control group were diagnosed only on 3-4 days of treatment. After medicamentous treatment indicators of endogenous intoxication 81.81% patients of the group were within that corresponded very low (174-294 opt. od.) and low (295-320 opt. od.) value of the degree of intoxication and showed minimal (low) risk of complications during surgery. 18,19% of the basic group had an average degree of intoxication. In the control group, low indices of endogenous intoxication had only 45.0% of patients. However, the rate of MMM at 30.0% of patients in the control group remained in the group of average (331-332 opt. od.) and high 25.0% (more than 333 opt. od.) level of intoxication. This result testified to the presence of high and very high risk of complications during periodontal surgery patients in the control group, the need to continue conservative treatment or seek additional sources of intoxication.

Carrying out of surgical treatment contributed to the further reduce the level of endogenous intoxication and general improvement of the body of patients with generalized periodontitis. The postoperative period at 100% patients of the basic group took place without complications. In 15.0% of patients in the control group were observed postoperative inflammatory complications, the level of MSM in these patients testified to the presence average degree of intoxication.

After 6 months of complex treatment satisfactory results: pronounced clinical and radiological stabilization process in periodontium was diagnosed in 100% of examined patients of basic group. The level of endogenous intoxication in these patients remained within very low (average of  $243,87 \pm 4,3$  opt. od.), treatment of complications was not observed. At patients in the control group stabilization was achieved in 76.47% of the surveyed people. Clinical and laboratory indexes were satisfactory, but worse than that of patients with generalized periodontitis of basic group. In 23.52% of patients dystrophic progression of inflammatory process in the periodontium are noted. It is marked increase the level middle molecular peptides in patients of the control group (average of  $297,19 \pm 4,4$  opt. od.).

These data allow to admit stable satisfactory clinical, radiological and laboratory results of treatment of patients with generalized periodontitis using sorption therapy in patients of basic group.

*Conclusions:* Based on the obtained clinical and laboratory results, we consider reasonable and pathogenetic substantiated the inclusion of sorption therapy in treatment of generalized periodontitis. The high therapeutic effectiveness of the proposed technique that reduces the level of endogenous intoxication, overall improvement of the patient, can prevent the development of complications during periodontal surgery to achieve a lasting stabilization process in periodontium and significantly increases the efficiency of complex treatment patients with generalized periodontitis.

**Keywords:** endogenous intoxication, generalized periodontitis, sorption therapy, enterosorption, local sorption.

*Рецензент – проф. Скрипнікова Т. П.*

*Стаття надійшла 01. 04. 2015 р.*