

## **Динаміка показників гігієнічних та пародонтальних індексів через 6 місяців після терапії хронічного гіпертрофічного гінгівіту в ортодонтічних пацієнтів на тлі застосування брекет-техніки**

Поширеність хвороб пародонта у вигляді катарального або гіпертрофічного гінгівіту під час лікування брекет-технікою (БТ) становить 55–62 %.

Метою дослідження було визначення ефективності лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту (ХГГ) шляхом індексної оцінки стану гігієни ротової порожнини (РП) та тканин пародонта через 6 місяців від початку терапії в ортодонтічних пацієнтів на тлі застосування БТ.

Обстежено та проліковано 126 пацієнтів віком від 16 до 35 років, у яких при ортодонтічному лікуванні незнімною апаратурою розвинувся ХГГ. Пацієнтів поділили на дві групи – основну та групу зіставлення по 63 особи в кожній. Із метою об'єктивної оцінки пародонтологічного статусу досліджували стан гігієни РП за індексами ОНІ-S (Green-Vermillion, 1964) та Федорова-Володкіної (1971). Для визначення вихідного стану тканин пародонта та оцінки ефективності лікування визначали індекс РМА в модифікації Parma (1960), індекс кровоточивості – SBI за Н. R. Muhlemann (1971) та глибину зондування несправжніх ясенних кишень.

Хворим обох досліджуваних груп була проведена однакова первинна місцева пародонтологічна терапія, яка усувала локальні пародонтопатогенні чинники – зубний наліт та зубний камінь. Під час маніпуляції ясенні кишеньки промивали 0,12 % розчином хлоргексидину біглюконату. Після очищення ручним інструментом поверхні зубів обробляли ультразвуком направленої дії, що дозволяло завдяки застосуванню в апараті «Vector» полірувальної суміші з гідроксиапатитом ретельно видалити біоплівку, досягти максимально гладкої та очищеної поверхні зуба та видалити грануляції із внутрішньої стінки несправжньої кишені.

Усім пацієнтам проводили інструктаж щодо індивідуальної гігієни РП, призначали основні та додаткові засоби гігієни (зубні щітки, пасти, йоржжики, флоси, іригатори) та полоскання РП 0,12 % розчином хлоргексидину біглюконату в домашніх умовах двічі на день упродовж 60 с. Під час кожного візиту проводили контроль гігієни РП і підвищували мотивацію шляхом демонстрації нальоту, зафарбованого барвниками.

Хворим основної групи додатково призначали загальне лікування – комбінацію препаратів циклоферону, ербісолу та амізону за наступною схемою: 12,5 % розчин циклоферону вводили по 2,0 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу 5 днів поспіль, а потім – ще 5 ін'єкцій через день; ербісол – по 2 мл 1–2 рази на добу внутрішньом'язово протягом 15–20 днів; амізон – всередину по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 15–20 днів.

При аналізі показників гігієнічних і пародонтальних індексів у досліджуваних хворих було встановлено, що через 6 місяців від початку пародонтологічного лікування в обох групах вони вірогідно відрізнялися від вихідних значень. У пацієнтів основної групи відмічалася більш виражена позитивна динаміка вивчених показників, а їх значення були максимально наближеними до норми, стабільними, вказували на хорошу гігієну РП та ліквідацію запалення в пародонті. Разом з тим, у хворих групи зіставлення ми спостерігали вірогідне підвищення значень гігієнічних та пародонтальних індексів, порівняно з основною групою, що свідчило про погіршення стану пародонта і наростання запалення в ньому у хворих, яким проводилася лише місцева пародонтологічна терапія без імунокорекції.

Перспективи подальших досліджень – вивчення ефективності запропонованої терапії ХГГ на тлі лікування БТ через 12 місяців.