

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЗМІНЕНИХ У КОЛЬОРІ ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА

М.О. Дуднікова, К.О. Палчей

Резюме. *Результати проведених досліджень показали, що проблема дисколоритів зубів є поширеною, особливо у пацієнтів із захворюваннями пародонта. У роботі приведені результати ефективності використання індивідуальних алгоритмів лікувально-гігієнічних заходів, направлених на усунення дисколоритів зубів при захворюваннях пародонта і профілактику ускладнень.*

Ключові слова: *дисколорити, захворювання пародонта, відбілювання, індивідуальна гігієна порожнини рота, пародонт.*

Захворювання тканин пародонта відносяться до найбільш поширених стоматологічних захворювань і займають друге місце після карієсу, а у віковій групі після 40 років – зустрічаються частіше, ніж карієс. У наш час поширеність захворювань пародонта різко збільшилась, і за даними ряду авторів, показник захворюваності тканин пародонта в Україні складає від 80 до 86% дорослого населення, тобто тільки двоє з десяти жителів нашої країни не мають захворювань тканин пародонта [1, 2].

В останні роки опубліковано значну кількість робіт, присвячених встановленню причинно-наслідкових зв'язків між розвитком захворювань пародонта і генетичними, інфекційними, імунними, травматичними та іншими чинниками на фоні анатомо-топографічної специфіки тканин порожнини рота. У багатьох дослідженнях вітчизняних та зарубіжних авторів обґрунтовується багатофакторний вплив екзогенних та ендогенних чинників на розвиток та перебіг захворювань пародонта [3, 4, 5, 6].

Мета дослідження – обґрунтувати вибір методів корекції дисколоритів зубів при захворюваннях тканин пародонта.

Матеріали та методи

Було обстежено 30 пацієнтів у віці 20–35 років (із них чоловіків – 21, жінок – 9), в яких діагностували захворювання пародонта та дисколорити зубів. Дослідження включало клінічне обстеження, індексну оцінку стану індивідуальної гігієни порожнини рота (ОHI-S, API), тканин пародонта (РМА), стану зубів – визначення кольору за шкалою VITA [7].

Дизайн лікувально-профілактичних заходів:

Перший етап – клінічні методи обстеження пацієнтів:

1. Первинне обстеження всіх пацієнтів, оцінка стану індивідуальної гігієни порожнини рота та запального процесу в яснах клінічно і за допомогою індексів, визначення кольору твердих тканин зубів.

2. Проведення професійної гігієни порожнини рота.

Другий етап – розробка та впровадження алгоритмів лікувально-профілактичних заходів з метою корекції дисколоритів зубів у пацієнтів із захворюваннями пародонта та оцінка їх ефективності.

Результати дослідження та їх обговорення

При клінічному обстеженні рівень гігієни порожнини рота як «поганий» оцінювався у 60,0% пацієнтів, у 33,3% гігієна була «задовільною» і тільки у 6,7% – «доброю».

В 90% обстежених показники індексу РМА коливалися в межах 25,5–35,0%, тобто «середній ступінь тяжкості гінгівіту», і лише у 10% показник доходив позначки «легкий ступінь тяжкості гінгівіту».

Дисколорити зубів були виявлені у 90% пацієнтів і лише у 10% емаль зубів мала світлий відтінок, і пацієнти були задоволені кольором своїх зубів (рис. 1).

Враховуючи вищенаведене, актуальним є створення алгоритмів усунення дисколоритів зубів у пацієнтів із захворюваннями пародонта з акцентом на індивідуальну гігієну порожнини рота, оскільки це вирішує ряд проблем. Відомий факт, що пацієнтам, які мають захворювання пародонта, не рекомендується, а у ряді випадків, протипоказано проведення відбілюючої терапії з використанням агресивних відбілюючих компонентів, таких як пероксид водню та карбаміду, різні кислоти. Крім того, проведення процедури професійного відбілювання займає тривалий період часу і потребує більших фінансових затрат.

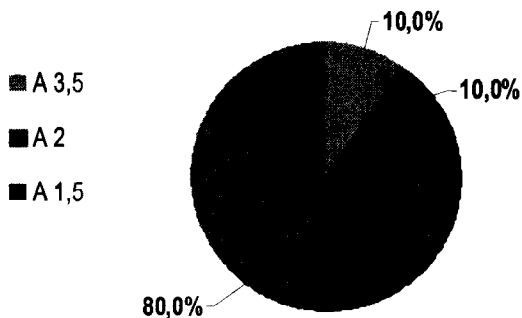


Рис. 1. Колір зубів при первинному огляді пацієнтів

Нами були сформульовані вимоги до засобів індивідуальної гігієни порожнини рота для усунення дисколоритів зубів у пацієнтів з захворюваннями пародонта: ефективно усувати дисколорити зубів, не травмувати емаль, мати високі очищувальні властивості, виражений капіляропротекторний та пародонтопротекторний ефект, крім того не подразнювати тканини пародонта та слизову оболонку порожнини рота. Але відсутність такого «ідеального» засобу диктує необхідність створення лікувально-профілактичних комплексів для цієї групи пацієнтів.

Був створений та апробований комплекс, до складу якого входять:

1. Зубна паста з відбілювальними властивостями;
2. Зубна паста з протизапальними властивостями;
3. Зубна паста серії «сенситив» – з метою профілактики ускладнень;
4. Зубна щітка середньої жорсткості;
5. Ополіскувач з протизапальними властивостями та захистом твердих тканин зубів;
6. Засоби інтердентальної гігієни.

Тривалість гігієнічних процедур – 3–5 хвилин, двічі на день, після прийому їжі, курс – 2–4 тижні (за показанням).

Відбілюючий ефект почав проявлятися через 7–10 днів і через 2 тижні колір зубів покращився на 1,5–2,5 бала за шкалою VITA (рис. 2).

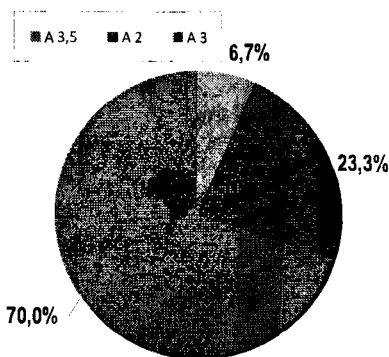


Рис. 2. Динаміка зміни кольору зубів при використанні запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів (через 4 тижні від початку використання)

Стан гігієни у 83,3% випадків оцінювався як «добрий». Пародонтопротекторний ефект виявився досить високим – у всіх пацієнтів показники індексу РМА знаходилися на такому рівні, що не потребували додаткових втручань. Результати приведені на рис. 3.

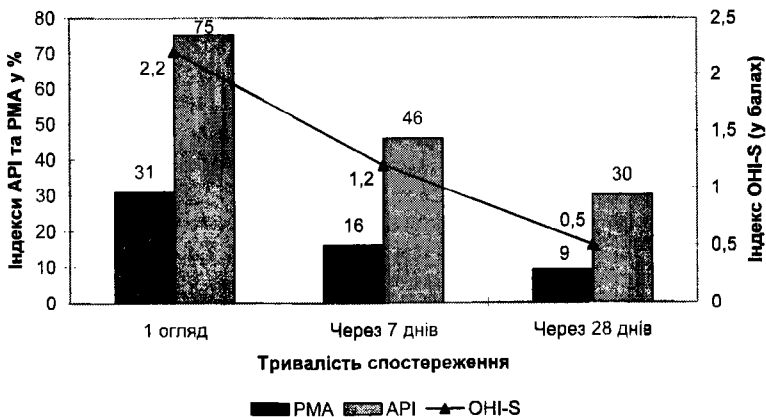


Рис. 3. Ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу

Провідним етіологічним чинником в розвитку запальних захворювань пародонта визнаний мікробний наліт, що містить мікроорганізми з високою патогенністю, здатністю до адгезії до тканин зуба і виділення ферментів інвазивності. ВООЗ визначає таку групу мікроорганізмів як пародонтопатогенна флора. Продукти життєдіяльності мікроорганізмів здатні ініціювати ланцюг реакцій з боку макроорганізму, наслідком якої стає деструкція та руйнування тканин [8, 9].

Запальний процес у тканинах пародонта починається з утворення зубної бляшки, оскільки в ній створюються сприятливі умови для розмноження як аеробних, так і анаеробних мікроорганізмів. В подальшому відбувається накопичення зубного нальоту, прогресування запального процесу, руйнування тканин пародонта і розвиток дисколориту зубів.

Дисколорит, дисколорація зубів (англ. – discoloration) – слітка зміна кольору зубів внаслідок дії екзо- або ендогенних чинників на різних етапах їхнього морфогенезу [10]. Дисколорити – розповсюджена естетична проблема, що зустрічається у будь-якому віці в осіб обох статей. Поширеність дисколоритів зубів в структурі стоматологічної захворюваності, за даними Ронь Г.І., становить приблизно 15%, тоді коли звернення пацієнтів для їх корекції – в 3,5 рази нижче, ніж поширеність даної патології. Так, за даними деяких авторів, у жінок віком 20–30 років (100 пацієнтів) найбільш поширеними були скарги на незадовільну форму зубів, що у 27% випадків супроводжувалося змінами кольору емалі [11]. Серед чоловіків цього ж віку (100 пацієнтів) найбільш поширеними були скарги на наявність пігментованого нальоту (73%), який викликав зміну кольору зубів.

Чинники, які призводять до виникнення дисколорації, мають назву дисколоратів. Класифікацію дисколоратів представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Класифікація дисколоритів за механізмом впливу на тканини зуба

Типи дисколоритів	Механізми впливу
1. Дисколорати прямої дії	1. Хромогени
	2. Прехромогени
2. Дисколорати опосередкованої дії	1. Фізіологічні
	2. Патологічні

Дисколорати прямої дії змінюють колір зуба внаслідок безпосереднього контакту з поверхнею зуба, дисколорати опосередкованої – зумовлюють зміни кольору зуба через зміни в організмі. Дисколорати опосередкованої дії бувають фізіологічними, тобто внаслідок вікових змін, та патологічними – пов'язані з захворюваннями органів і систем організму. Дисколорати прямої дії поділяють на хромогени – барвники, що безпосередньо викликають зміну кольору зуба та прехромогени – безколірні речовини, що набувають властивостей барвника при зв'язуванні з твердими тканинами зуба) [10].

Зміни кольору твердих тканин зубів можуть бути вродженими – порушення розвитку і мінералізації, спадкові аномалії кольору твердих тканин зуба, або набутими та різного ступеню вираження. Класифікація дисколоритів зубів представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

Класифікація зміни кольору твердих тканин зубів залежно від різних факторів

№ п/п	Фактор виникнення дисколоритів	Різновид
1.	За механізмом розвитку	Вроджена дисколорація
		Набута дисколорація
2.	За етіологією	Зовнішні дисколорити
		Внутрішні дисколорити
3.	За кількістю уражених зубів	Локальні аномалії кольору
		Системні аномалії кольору
4.	За глибиною ураження	Поверхневі пігментації
		Глибокі пігментації
5.	За поширеністю процесу	Окремі плями на емалі
		Забарвлення 1/3 – 1/2 поверхні зуба
		Повністю пігментована коронка зуба
		Пігментація у поєднанні з дефектами твердих тканин

При цьому, набуті дисколорити зустрічаються у 3,2 частіше, ніж вроджені. У структурі набутих дисколоритів переважає середнє забарвлення – 48,6%, у структурі вроджених – сильне забарвлення – 62,5% [12].

За глибиною ураження аномалії кольору поділяють на поверхневі пігментації, (утворення на зубі) та глибокі пігментації. За числом уражених зубів виділяють локальні (зміна кольору поодиноких зубів) та системні аномалії кольору [13].

Залежно від етіології виникнення і глибини ураження емалі та дентину виділяють зовнішні або тимчасові і внутрішні або постійні дисколорити. Зовнішнє забарвлення обмежене тільки поверхнею зуба, тоді як внутрішнє, тобто зміна кольору твердих тканин зубів, викликане відкладанням або проникненням фарбувальних речовин у дентин і/або емаль. Зовнішні чинники, що викликають зміну кольору зубів, наступні:

- харчові пігменти: кава, чай, соки, деякі ягоди, які забарвлюють зуби у кольори від світло-коричневого до чорного;

- пігментований зубний наліт: жовто-коричневий і навіть чорний наліт на зубах (переважно у пришийковій ділянці на язиковій поверхні) спостерігають у курців; білий зубний наліт утворюється через недотримання правил гігієни порожнини рота;

- медикаменти, які застосовують для полоскання порожнини рота: розчини етакридину лактату і перманганату калію можуть надати зубам жовтого або коричневого відтінку, розчин хлоргексидину біглюконату – чорного;

- професійні шкідливості й екологічні фактори: під впливом бромиду та йодиду шийки зубів набувають жовтого кольору, свинцю – фіолетового; при надмірній кількості у воді заліза зуби набувають стійкого синюватого забарвлення [8, 14].

До внутрішніх факторів, які викликають зміни кольору зубів, відносяться: вікові зміни, зміни кольору зубів при системних захворюваннях, зміни кольору при захворюваннях зубів та внаслідок їх лікування. За поширеністю розрізняють окремі плями на емалі, забарвлення 1/3-1/2 частини поверхні зуба, повністю пігментовану коронку зуба, пігментацію у поєднанні з дефектами твердих тканин [14].

Природний колір емалі може маскуватися зубним нальотом, який особливо легко та швидко утворюється при поганому гігієнічному догляді за порожниною рота та ураженні маргінального пародонта [15]. Зубний наліт локалізується у ретенційних пунктах зуба: ямках та фісурах, на проксимальних поверхнях (від ясен до контактних пунктів) та у пришийковій ділянці на язичній і вестибулярній поверхнях [11].

Найбільше на зміну відтінків зуба впливає щільний пігментований наліт. Звичайно, утворення такого нальоту пов'язано з вживанням фарбувальних напоїв і палінням. Будь-яка кількість пігменту змінює відтінок кольору тієї

ділянки зуба, на якій він локалізується. Встановлено, що пігментований наліт, локалізований на вестибулярній поверхні, у 100% випадків змінює колір зубів. Темний пігментований наліт підвищує інтенсивність кольору, знижуючи природну білизну зубів, і надає зубам нових сіруватих відтінків. Змінюють колір зубів і щільні мінералізовані відкладення. Зубні відкладення можуть мати різну насиченість – від білуватих до темно-коричневих.

Особливо часто жовтуватий або коричнюватий відтінок набувають пришийкові ділянки зубів, що прилягають до ясенного краю. Хімічний аналіз старих пігментацій харчовими барвниками показав наявність фурфуролів або похідних фурфуральдегіду. Ці сполуки є продуктами реакції Мілларда (реакції неферментного коричневого забарвлення), яка представляє собою ряд хімічних перетворень і реакцій між сахарами та амінокислотами [16]. Наліт зафарбовується в пришийковій ділянці і за рахунок ураження маргінальної частини ясен при гінгівітах, коли спостерігається кровоточивість ясен. В такій ситуації клінічна картина значно погіршується через утруднене проведення індивідуальної гігієни порожнини рота, наліт стає більш щільним та набуває коричневого кольору, внаслідок чого відбувається зафарбовування емалі зубів.

У зв'язку з цим, необхідність ефективної допомоги пацієнтам із захворюваннями пародонта та супутньою дисколорацією зубів вважається актуальною проблемою.

Висновки

1. Результати проведеного клінічного дослідження свідчать про необхідність диференціювання відбілюючих засобів залежно від стоматологічного статусу пацієнтів.
2. Розроблений диференційований підхід у використанні відбілюючих засобів забезпечить досягнення максимального і стабільного естетичного та лікувального ефекту.
3. Запропонований диференційований підхід до вибору відбілюючих засобів забезпечить відсутність пошкоджуючої дії на тверді тканини зубів та пародонт.

Література

1. Борисенко А.В. Актуальні проблеми етіології, патогенезу та класифікації захворювань пародонта / А.В. Борисенко // Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця. – 2004. – № 1/2. – С. 55–61.
2. Бугорков И.А. Комплексный подход к лечению заболеваний пародонта в условиях государственной стоматологической поликлиники / И.А. Бугорков, И.В. Бугоркова // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 139–141.
3. Грудянов А.И. Заболевания пародонта: учеб. пособие / [под ред. А.И. Грудянова]. – М. : МИА, 2009. – 331 с.

4. Мельничук Г.М. Асоціації захворювань пародонту з генетичними маркерами (антигени систем ABO, Rh, HLA та ін.) / Г.М. Мельничук // Галицький лікарський вісник. – 2003. – № 1. – С. 124–128.
5. Утянская Е.В. Влияние местных факторов на развитие воспалительных заболеваний тканей пародонта / Е.В. Утянская, С.Н. Ларионов, Л.Н. Горбатова // Стоматолог. – 2005. – № 3. – С. 19–21.
6. Sapir S. Differential diagnosis of tooth discoloration, staining and pigmentation / S. Sapir // Refuat Hapeh Vehashinayim. – 2005. – Vol. 22, N 2. – P. 24–36, 85.
7. Хельвич Э. Терапевтическая стоматология / Э. Хельвич, И. Климек, Т. Аттин. – Мюнхен, Вена, 1999. – С. 134–135.
8. Мороз К.А. Карієс і каріозні ураження твердих тканин зубів: [навч. посібник] / К.А. Мороз. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 240 с.
9. Олейник И.И. Микробиоценоз полости рта в норме и патологии / И.И. Олейник, В.Н. Покровский, В.Н. Царев // Мед. аспекты микроб. экологии. – 1992. – № 6. – С. 61–64.
10. Зубачик В.М. Класифікація дисколорацій зубів / В.М. Зубачик, В.В. Кононенко, В.В. Синица // Вісн. стоматології. – 2001. – № 1. – С. 56–58.
11. Улитовский С. Роль удаления зубного налета в профилактике заболеваний полости рта / С. Улитовский, О. Калинина О., А. Леонтьев // ДентАрт. – 2009. – № 3. – С. 23–25.
12. Бондарик Е.А. Естественный цвет зубов и причины его изменения / Е.А. Бондарик // Мед. журнал. – 2010. – № 1. – С. 111–114.
13. Brook A.H. The clinical measurement of tooth colour and stain / A.H. Brook, R.N. Smith, D.J. Lath // Int. Dent. J. – 2007. – Vol. 57, N 5. – P. 324–330.
14. Sulieman M. An overview of tooth discoloration: extrinsic, intrinsic and internalized stains / M. Sulieman // Dent. Update. – 2005. – Vol. 32, N 8. – P. 463–464, 466–468, 471.
15. Dedonno M.A. Dental anxiety, dental visits and oral hygiene practices / M.A. Dedonno // Oral. Health Prev. Dent. – 2012. – Vol. 10, N 2. – P. 129–133.
16. Парахонский А. П. Патогенез и последствия воспалительных заболеваний пародонта / А. П. Парахонский // Соврем. пробл. науки и образования. – 2006. – № 6. – С. 39–40.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ, ИЗМЕНЕННЫХ В ЦВЕТЕ, У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

М.О. Дудникова, К.А. Палчей

Резюме. *Результаты проведенных исследований показали, что проблема дисколоритов зубов является распространенной, особенно у пациентов с заболеваниями пародонта. В работе приведены результаты эффективности применения индивидуальных алгоритмов лечебно-гигиенических мероприятий, направленных на устранение дисколоритов зубов при заболеваниях пародонта и профилактику осложнений.*

Ключевые слова: *дисколориты, заболевания пародонта, отбеливание, индивидуальная гигиена полости рта, пародонт*

RATIONALE FOR SELECTION OF METHODS OF TREATMENT OF TEETH CHANGE IN COLOR IN PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASES

M.A. Dudnikova, K.A. Palchey

Summary. *The results of clinical study have showed that a problem of teeth discoloration was widespread, especially for patients with periodontal diseases. The results of study became founda-*

Key words: *discoloration, periodontal diseases, bleaching, individual oral hygiene, periodontium*

УДК 616-085:(616.523+616.8)57.083.3

ПРОЯВИ ІМУННОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ГЕРПЕСВІРУСНІ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

**П.А. Дьяченко, А.О. Руденко,
Л.В. Муравська, Б.А. Пархоμεць**

Резюме. *В дослідженні вивчено стан клітинної ланки імунітету, показників цитокинового статусу, проявів аутоімунних реакцій у 32 хворих на герпесвірусні ураження нервової системи в різних стадіях захворювання. У пацієнтів підвищується в крові рівень як прозапальних, так і регуляторних цитокинів, маркерів аутоімунних процесів. Спостерігається активація обох клонів Т-хелперів, хоча зростає рівень ІЛ-4, визначального цитокину Th2 клітин.*

Ключові слова: *герпесвіруси, нервова система, інтерлейкіни, аутоімунітет*

Патогенна дія герпесвірусів на рівні людського організму багатогранна. Після контакту з ними подальше поширення інфекції залежить від стану імунної системи організму і зумовлено конкуренцією вірусного і клітинного геномів [1].

Причини тривалої персистенції герпесвірусів в організмі людини поки до кінця не зрозумілі. Різноманітні варіанти латентності, реактивації і вірулентності у різних пацієнтів, очевидно, визначаються як особливостями збудника, так і індивідуальними особливостями параметрів гомеостазу людини [2].

Латентний характер інфекції між загостреннями дозволяє вірусу уникати ефективної дії імунної системи. Цей процес дуже складний і далекий від вирішення. Відомо, що важливу роль у контролі інфекції відіграє клітинна ланка імунітету і продукція цитокинів Т-хелперами 1 типу – перш за все інтерферону гамма (ІФН- γ) та інтерлейкіну-2 (ІЛ-2). В той же час деякі білки герпесвірусів здатні викликати імуносупресію через нейтралізацію регуляторних цитокинів або пригнічення розмноження і диференціювання вірус специфічних клонів ефекторних Т клітин. Така маніпуляція імунними механізмами хазяїна полегшується цілою низкою додаткових чинників: відсутністю в розвитку інфекції вираженої фази віремії, тобто генералізації інфекції, під час якої відбувається масовий вихід віріонів у міжклітинний простір, що стимулює імунні реакції хазяїна [3]; низькою експресією супре-