

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІОТРИТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГІНГІВІТУ В ЮНАКІВ

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІОТРИТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГІНГІВІТУ В ЮНАКІВ – У статті наведено результати лікування юнаків, хворих на гінгівіт, з використанням препаратів, що зменшують патогенетичний вплив антигенного навантаження на тканини пародонта, шляхом зменшення кількості мікрофлори, зниження сенсibiliзації, стимуляції адаптаційної спроможності організму. Встановлено, що запропонована терапія більшою мірою сприяла зменшенню запальних явищ в яснах, забезпечувала довготривалий ефект, не відбувалося розвитку пародонтиту, що підтверджувало патогенетичний напрямок лікування, спрямований на зменшення проявів гіперергії організму.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОТРИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА В ЮНЫХ ОСОБ – В статье приведены результаты лечения юных особ, больных гингивитом, с использованием препаратов, которые уменьшают патогенетическое влияние антигенной нагрузки на ткани пародонта, путем уменьшения количества микрофлоры, снижения сенсibiliзации, стимуляции адаптационных возможностей организма. Установлено, что предложенная терапия в большей степени способствовала уменьшению воспалительных явлений в деснах, обеспечивала долговременный эффект, не происходило развития пародонтита, это подтверждало правильность патогенетического лечения, направленного на уменьшение проявлений гиперергии организма.

CLINICAL EFFICIENCY OF THE USE OF BIOTRIT AT TREATMENT OF GINGIVITIS FOR YOUNG PERSONS – In the article the results of treatment of young persons, patients with gingivitis, with the use of preparations which diminish nosotropic influence of the antigen loading on fabric of periodont by diminishing of amount of microflora, decline of allergy, stimulation of adaptation possibilities of organism. It was set that the offered therapy was in a greater degree instrumental in diminishing of the inflammatory phenomena in gums, provided the long duration effect, there was not development of periodontitis, it confirmed the rightness of nosotropic treatment, directed on diminishing of displays of hyperergy of organism.

**Ключові слова:** ясна, запалення, гіперергія, лікування.

**Ключевые слова:** десна, воспаление, гиперергия, лечение.

**Key words:** gums, inflammation, hyperergy, treatment.

**ВСТУП** Висока поширеність захворювань пародонта, схильність до прогресування з формуванням комплексу патологічних змін, що призводять до втрати зубоутримувальної функції пародонта, а відтак і зубощелепової системи загалом, все це становить важливу медико-соціальну проблему [1].

Наукові дослідження причин запальних захворювань пародонта показують, що виникнення патологічних змін відбувається за дії наступних чинників:

– стан гігієни порожнини рота [2];

– наявність мікроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності у зубному нальоті [3];

– загальні фактори, які регулюють метаболізм тканин порожнини рота та характер відповіді на патогенну дію.

Більшість наукових робіт присвячено вивченню впливу різномірних чинників на розвиток і перебіг пародонтиту та гінгівіту, пропонуються методи лікування з включенням у комплексне лікування препаратів, що поліпшують неспецифічний захист організму [4]. Проведені експериментальні дослідження [5, 6] дозволяють віддати перевагу гіперергічному перебігу запальної реакції в пародонті дітей [7], використати в лікуванні гінгівіту препарати, що зменшують патогенетичний вплив антигенного навантаження на тканини пародонта шляхом зниження кількості мікрофлори, сенсibiliзації, стимуляції адаптаційної спроможності організму [8].

Підлягають розробці не тільки патогенетичні аспекти розвитку гінгівіту, а й методи його специфічної корекції. Тому метою дослідження стало проведення порівняльної оцінки традиційного лікування гінгівіту з терапією із використанням антибактерійних і антиоксидантних препаратів.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Обстеження юнаків на базі стоматологічної поліклініки, стоматологічного відділення консультативно-діагностичного центру ТОВ “Десна” ЛТД ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського” включало визначення рівня стоматологічного здоров'я: КПВ, пародонтологічний статус, рівень гігієни та визначення нозологічної форми захворювання [9].

Юнаків, хворих на гінгівіт, було взято під диспансерне спостереження та поділено на групи: основну і порівняльну (табл. 1).

Із 139 хворих основної групи віком 18–21 років хлопців і дівчат було порівну по 35 (50 %); у групі порівняння хлопців було 34 (49,3 %), дівчат 35 (50,7 %). КПВ в юнаків склав 2,9.

Таким чином, хворі основної та контрольної груп були представлені рівномірно підібраними за віком та статтю контингентом. Після обстеження та постановки діагнозу було визначено поширеність нозологічних форм захворювань пародонта (табл. 2).

Оцінка розповсюдженості нозологічних форм показала наявність запальних уражень пародонта в обох групах. Причому частота катарального гінгівіту була безпосередньо пов'язана з наявністю навислих країв пломб при апроксимальному карієсі, скупченості зубів, аномалій

Таблиця 1. Поділ хворих основної групи і групи порівняння

Група хворих	Абсолютне число	%
Основна, абс. число	70	50,4
Група порівняння, абс. число	69	49,6
Всього	139	100 %

Таблиця 2. Поширеність нозологічних форм захворювань пародонта в юнаків груп спостереження

Нозологічна форма	Основна група		Група порівняння	
	абс. число	%	абс. число	%
Гінгівіт катаральний	67	95,7	67	97,1
Гінгівіт гіпертрофічний	3	4,3	2	2,9
Всього	70	100	69	100

прикріплення вуздечок губ, язика. Усім хворим проводили загальноприйнятту терапію згідно з протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю "Терапевтична стоматологія" [10] – базова терапія.

В обох групах лікуванню передувало проведення гігієнічного навчання та професійна гігієна порожнини рота. При гострому гінгівіті професійну гігієну порожнини рота проводили в друге відвідування після зняття гострих явищ в яснах. В основній групі протягом місяця застосовували засоби патогенетичної спрямованості: "Біотрит-дента" (по 2 таблетки на день протягом 1 місяця) [8], еліксир "Біодент" 2 рази на день з розрахунку 1 чайна ложка на 1/4 склянки води, 0,01 % розчин мірамістину для полоскань ротової порожнини (протягом першого тижня лікування). При чищенні зубів пропонували застосовувати зубну пасту "Лакалут-актив" протягом 4 тижнів, потім протягом 4 тижнів зубну пасту "Лакалут-фітоформула". Такий лікувально-профілактичний курс проводили 2 рази на рік (навесні та восени).

У порівняльній групі для місцевої терапії було використано 3 % розчин перексиду водню для полоскань ротової порожнини (протягом першого тижня лікування) "Ротокан", лікувально-профілактична зубна пасту.

Контрольні огляди та обстеження в обох групах були проведені після закінчення лікування, через 6 і 12 місяців, за необхідності (рецидив захворювання) – курс лікування повторювали.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Після проведеної терапії у хворих основної групи зникали кровоточивість, болючість та неприємні відчуття в яснах; відбувалося зменшення набряку

міжзубних ясенних сосочків, вони чітко контурувалися, ставали щільними; ясна набували блідо-рожевого кольору. За нормалізацію вмісту глікогену в яснах свідчила проба Шиллера-Писарева, у межах окремих ясенних сосочків вона ставала слабопозитивною, а до кінця курсу лікування не давала забарвлення. Після курсу лікування у хворих порівняльної групи подібний результат спостерігали не завжди, що вимагало тривалішої терапії, ніж в основній групі. Результати індексних оцінок стану тканин пародонта та дані гігієнічних індексів вказували на кращі результати лікування в основній групі (табл. 3).

В основній групі хворих проба Шиллера-Писарева протягом річного спостереження зберігалася негативною, разом з тим в групі порівняння через 12 місяців вона стала позитивною, що разом з індексом РМА свідчило про нестійку ремісію гінгівіту. Індекс РМА після проведеного лікування в обох групах свідчив про зменшення запальних явищ, причому в основній групі зменшення було у 2,7 раза, в групі порівняння – у 2,2 раза ( $p < 0,05$ ). Через 6 місяців цей індекс зберігався меншим в основній групі у 1,8 раза, в групі порівняння – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). Через 12 місяців в основній групі індекс РМА був 1,2 раза меншим від вихідного значення ( $p < 0,05$ ), в групі порівняння він майже сягнув вихідного значення і був меншим лише на 3,5 %. У всі терміни спостереження різниця показників між основною і порівняльною групами була достовірною ( $p < 0,05$ ).

Стан гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S після проведеного лікування поліпшився у 1,7 раза в основній групі, у групі порівняння – в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ). Через 6 місяців ОНІ-S був кращим в основній групі в 1,3 раза

Таблиця 3. Динаміка параклінічних показників у хворих на гінгівіт віком 18–21 рік

Термін лікування	Група спостереження	Параклінічні показники			
		проба Шиллера-Писарева	індекс РМА, %	індекс Green-Vermillion, ОНІ-S	індекс Федорова-Володкіної, ГІ
До лікування	основна, n=70	позитивна	44,2±1,49	0,78±0,08	1,7±0,04
	порівняльна, n=69	позитивна	42,2±1,33	0,79±0,08	1,67±0,04
Після лікування	основна, n=70	негативна	16,4±1,09*/**	0,46±0,03*/**	1,24±0,03*/**
	порівняльна, n=69	негативна	19,1±0,8*	0,57±0,05*	1,32±0,03*
Через 6 місяців після лікування	основна, n=70	негативна	24,2±0,93*/**	0,62±0,05**	1,38±0,03*/**
	порівняльна, n=69	від негативної до слабо позитивної	27,6±1,29*	0,77±0,06	1,47±0,03*
Через 12 місяців після лікування	основна, n=70	негативна	36,8±1,39*/**	0,72±0,05	1,55±0,06*/**
	порівняльна, n=69	позитивна	40,7±1,23	0,79±0,08	1,74±0,07

Примітки: 1. \* –  $p < 0,05$  – різниця даних достовірна порівняно з показником до лікування;  
2. \*\* –  $p < 0,05$  – різниця даних достовірна порівняно з показником групи порівняння.

від вихідного значення, в групі порівняння був меншим лише на 2,5 %. Через 12 місяців ОНІ-S був у 1,1 раза кращим від вихідного значення, в групі порівняння показник ОНІ-S зрівнявся з вихідним значенням. Достовірність різниці значень ( $p < 0,05$ ) ОНІ-S між основною і порівняльною групами зберігалася лише до півроку.

За індексом Федорова-Володкіної у всі терміни спостереження гігієнічний стан порожнини рота достовірно ( $p < 0,05$ ) був кращим в основній групі. Так, після лікування в основній групі він поліпшився у 1,4 раза, в групі порівняння – у 1,3 раза; через 6 місяців – 1,2 раза і 1,1 раза; через 12 місяців – у 1,1 раза і став гіршим від вихідного значення на 4 % відповідно.

Встановлено скорочення терміну лікування юнаків при застосуванні запропонованої лікувальної схеми: 3–4 відвідування (в середньому 3,9) в основній групі та 4–5 відвідувань (в середньому 4,7) – в групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

**ВИСНОВКИ** Патогенетичний вплив, направлений на зменшення антигенного навантаження на тканини пародонта, зниження сенсibiliзації, стимуляції адаптаційної спроможності організму дозволили отримати кращі результати лікування гінгівіту. Запропонована схема лікування гінгівіту з використанням біотриту, антибактерійних засобів коротким курсом сприяла розриву патогенетичного ланцюга розвитку пародонтиту і, за умови проведення професійної гігієни раз на півроку, запобігала розвитку пародонтиту.

**Перспективним** напрямком буде вивчення ефективності лікування пародонтиту з різним перебігом запальної реакції у дорослих із використанням лікувальних засобів, що впливають на патогенетичні ланки.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Казеко Л. А. Болезни пародонта у взрослого населения республики Беларусь. Тенденции заболеваемости / Л. А. Казеко, Н. А. Юдина // Вісник стоматології (спецвипуск). – 2012. – № 6 (79). – С. 49–52.
2. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в пародонтологии // С. Б. Улитовский. – Москва : Медицинская книга, 2006. – 268 с.
3. Череда В. В. Скринінгова оцінка колонізаційної резистентності слизової оболонки порожнини рота / В. В. Череда, Т. О. Петрушанко, Г. А. Лобань // Вісник стоматології. – 2011. – № 2. – С. 33–35.
4. Лікувально-профілактична дія при гінгівіті іммобілізованого на хітозані фітолізоциму / А. І. Фурдичко, О. Е. Кнава, І. О. Селіванська, А. П. Левицький // Вісник стоматології (спецвипуск). – 2012. – № 6 (79). – С. 130.
5. Авдеев О. В. Аналіз біохімічних показників сироватки крові та ЕКГ у тварин з гіпо- та гіперергічним запальним процесом в пародонті / О. В. Авдеев // Медична хімія. – 2012. – Т. 14, № 1. – С. 82–85.
6. Авдеев О. В. Характеристика імунологічних змін у експериментальних тварин з пародонтитом за зміненої реактивності / О. В. Авдеев // Вісник стоматології. – 2011. – № 3. – С. 8–10.
7. Левицький А. П. Возрастные изменения функционального состояния и регенераторной способности костной ткани альвеолярного отростка / А. П. Левицький, О. В. Громов // Современная стоматология. – 2010. – № 2. – С. 154–156.
8. Авдеев О. В. Динаміка перекисного окиснення ліпідів і стану антиоксидантної системи у пародонті в експерименті / О. В. Авдеев, А. Б. Бойків // Вісник стоматології (спецвипуск). – 2012. – № 6 (79). – С. 2–4.
9. Данилевский Н. Ф. Систематика болезней пародонта / Н. Ф. Данилевский // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17–21.
10. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20041123\\_566.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.html).

Отримано 02.07.12