

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

ДЗЕМАН Наталія Анатоліївна

УДК 616.314.17-008.1-031.81.615.36

**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ
ЗАГАЛЬНОАДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ
ОРГАНІЗМУ У КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ПАРОДОНТИТУ**

14.01.22 – стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України.

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор
Борисенко Анатолій Васильович,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця МОЗ України,
кафедра терапевтичної стоматології, завідувач.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Білоклицька Галина Федорівна**,
Інститут стоматології Київської медичної академії післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра терапевтичної
стоматології, завідувач;

доктор медичних наук, професор **Заболотний Тарас Дмитрович**,
Львівський Національний медичний університет імені Данила
Галицького МОЗ України, кафедра терапевтичної стоматології
факультету удосконалення лікарів, завідувач.

Провідна установа

Українська медична стоматологічна академія, МОЗ України, м. Полтава.

Захист відбудеться “___” _____ 2005 р. о ___ годині на
засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.05 при Національному
медичному університеті імені О.О. Богомольця за адресою: 03057,
м. Київ, вул. Зоологічна, 1, стоматологічний корпус.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного
медичного університету імені О.О. Богомольця (03057, м. Київ,
вул. Зоологічна, 1, стоматологічний корпус).

Автореферат розісланий “___” _____ 2005 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.І. Остапко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Ураження пародонта є одними із найпоширеніших захворювань людини. Їх розповсюдженість залежно від віку та регіону проживання обстежених досягає 90-100% (К.М. Косенко, 1999; М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, 2000; Ханс-Петер Мюллер, 2004). Вони часто виникають у молодому віці і, поступово прогресуючи, призводять у подальшому до повної втрати зубів. Найбільш значне місце серед захворювань пародонта займає генералізований пародонтит – дистрофічно-запальний процес у тканинах пародонта. Окрім деструктивних змін у пародонті, при генералізованому пародонтиті відмічають широкий спектр порушень діяльності внутрішніх органів та систем організму (Г.Ф. Білолицька, 1999; Л.М. Цепов, А.И. Николаев, 2003).

Різноманітність причин виникнення генералізованого пародонтиту, тривалий перебіг, прогресуючий характер захворювання обумовлюють необхідність регулярного і комплексного лікування таких хворих. Цей комплекс включає цілий ряд лікувальних заходів: гігієнічних, медикаментозних, хірургічних, ортопедичних, ортодонтичних та фізіотерапевтичних. Ураховуючи значний вплив на тканини пародонта захворювань внутрішніх органів, до комплексного лікування генералізованого пародонтиту необхідно обов'язково включати засоби загального впливу на організм, що спрямовані на його всебічне оздоровлення. Серед засобів та методів лікування генералізованого пародонтиту найбільш ефективними є ті, яким властивий нормалізуючий вплив на різноманітні структурні та функціональні порушення тканин пародонта і організму в цілому (М.Ф. Данилевський та співавт., 1998; А.М. Політун, 1999; А.В. Борисенко, 1999). Доведено, що визначення типів загальноадаптивних реакцій та їх корекція дає можливість керувати процесом лікування (О.М. Радченко, 2003). Останнім часом важливе значення в клінічній практиці надають формуванню процесів системного саногенезу шляхом застосування біокорекції – поєднаного місцевого та загального гармонійного лікувального впливу (Л.Х. Гаркаві та співавт., 1998). У цьому відношенні увагу привертає вітчизняний ендогенний регенераторний біологічний імуномодулятор нового класу – ербісол (О.М. Ніколаєнко, 1999).

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця: “Клініко-експериментальне вивчення особливостей білкового, ліпідного та мінерального обміну в тканинах пародонта при генералізованому пародонтиті та розробка методів коригуючої терапії”. Номер державної реєстрації 0197 F006117, шифр – ІН 30.00.0033.97.

Мета роботи: підвищення ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту шляхом обґрунтування та розробки методики корекції порушень загальноадаптивних реакцій організму за допомогою ендогенних регенераторних біологічних імуномодуючих препаратів.

Завдання дослідження:

- 1) визначити стан резистентності, реактивності та реакцій адаптації організму хворих на генералізований пародонтит;
- 2) визначити вплив ербісолу на стан резистентності і реактивності пародонта та організму в цілому хворих на генералізований пародонтит;
- 3) розробити раціональну методику корекції порушень загальноадаптивних реакцій організму шляхом застосування ербісолу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту з урахуванням ступеня розвитку та характеру перебігу дистрофічно-запального процесу в пародонті;
- 4) провести клініко-лабораторну оцінку ефективності застосування ербісолу в комплексній терапії генералізованого пародонтиту в найближчі та віддалені терміни.

Об'єкт дослідження: хворі на генералізований пародонтит віком 26-59 років.

Предмет дослідження: корекція загальноадаптивних реакцій організму у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Методи дослідження. У роботі використані клінічні, біохімічні, імунологічні, рентгенологічні, інструментальні та статистичні методи дослідження, аналіз гемограм, за допомогою яких визначали стан загальноадаптивних реакцій організму хворих на генералізований пародонтит та оцінювали ефективність їх корекції у комплексному лікуванні

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше встановлені особливості стану загальноадаптивних реакцій організму хворих на генералізований пародонтит. Визначено, що в їх спектрі переважають загальноадаптивні реакції із патогенетичним потенціалом (неповноцінні реакції тренування та активації і стрес-реакції). Виявлений коригуючий вплив ербісолу на порушення загальноадаптивних реакцій. Патогенетично обґрунтовані, розроблені показання та методика лікування генералізованого пародонтиту з використанням ербісолу в комплексній терапії пацієнтів даної категорії. Вперше встановлено, що застосування біокорекції ербісолом у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту на фоні загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки сприяє підвищенню резистентності організму, нормалізації його загальноадаптивних реакцій, реактивності та відновленню місцевих механізмів захисту пародонта і слизової верхніх відділів травного тракту.

На основі найближчих та віддалених результатів лікування показана висока ефективність застосування ербісолу в комплексній терапії генералізованого пародонтиту.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблений спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит із застосуванням препарату ербісол [Патент на винахід №15180 А].

Розроблено засіб для лікування уражень слизової травного тракту [Патент на винахід №15177]. Використання розробленої методики клінічного застосування ербісолу дозволяє підвищити ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит.

Розроблені науково-практичні рекомендації використання ербісолу з метою корекції загальноадаптивних реакцій та лікування хворих на генералізований пародонтит.

Впровадження в практику. Результати дисертаційної роботи впроваджені в практику роботи стоматологічної поліклініки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, Центральної стоматологічної поліклініки Міністерства оборони України, стоматологічної поліклініки І-ї міської клінічної лікарні м. Донецька, Полтавської обласної клінічної стоматологічної поліклініки, клініки кафедри стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології Харківського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом особисто проведений аналіз наукової літератури з даної проблеми. Разом із науковим керівником визначені мета і задачі дослідження, проведений аналіз отриманих результатів і сформульовані висновки роботи. Особисто виконані всі клінічні дослідження, систематизовані й узагальнені отримані результати, а також проведена їх статистична обробка; обґрунтований, розроблений і апробований спосіб лікування генералізованого пародонтиту із використанням препарату ербісол.

Фрагменти роботи виконані: відбір хворих на генералізований пародонтит різного ступеня проведений у терапевтичному відділенні стоматологічної клініки при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця; біохімічні та лабораторно-інструментальні дослідження у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки виконані спільно із співробітниками кафедри госпітальної терапії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (завідуючий кафедрою, доктор медичних наук, професор А.С. Свінціцький)*.

Апробація результатів дисертації. Результати проведених досліджень доповідались на науковій конференції “Актуальні питання клінічної медицини”, присвяченій 75-річчю професора М.А. Дудченка і 20-річчю кафедри факультетської терапії [Полтава, 1994]; II Swiatoy kongres polonii medycznej [Czestochwa, 1995]; VI конгресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств [Одеса, 1996]; Всеукраїнській науково-практичній конференції лікарів-стоматологів [Полтава, 1996], III Swiatoy kongres polonii medycznej [Czestochwa – Krakow, 1997], I [VIII] з’їзді Асоціації стоматологів України [Київ, 1999], VI з’їзді Всеукраїнського Лікарського Товариства [Чернівці, 2001], науково-практичній конференції

“Актуальні питання патології внутрішніх органів” [Київ, 2003], X Конгресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств [Чернівці-Київ-Чикаго, 2004], науково-практичній конференції “Актуальні питання патології внутрішніх органів” [Київ, 2004].

Апробація роботи проведена на засіданні Апробаційної Ради “Стоматологія” Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 9 квітня 2004 року.

Публікації. За результатами матеріалів дисертації опубліковано 25 друкованих робіт, з них 7 – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 16 – у матеріалах наукових конференцій та з’їздів. Отримано 2 патенти України: патент №15177 “Засіб для лікування уражень слизової травного тракту” та №15180А “Спосіб консервативного лікування генералізованого пародонтиту”.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, розділу аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел літератури. Робота викладена на 129 сторінках машинописного тексту і ілюстрована 46 таблицями та 18 рисунками. Містить 276 джерел, у тому числі 35 – іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети та завдань роботи було проведене комплексне обстеження 111 хворих на генералізований пародонтит віком 26-59 років та 30 клінічно здорових осіб того ж віку. Діагноз захворювання пародонта визначали згідно з класифікацією М.Ф. Данилевського (1994). У 79 пацієнтів було діагностовано генералізований пародонтит з хронічним перебігом, у 32 – генералізований пародонтит із загостреним перебігом. У всіх 32 хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту (початковий – I ступінь – у 17 пацієнтів, I-II – у 15) була виявлена виразкова хвороба з наявністю виразкового дефекту в цибуліні дванадцятипалої кишки. Серед хворих на генералізований пародонтит із хронічним перебігом початковий – I ступінь – у 37 пацієнтів та I-II ступінь – у 42. Послання генералізованого пародонтиту із хронічним перебігом та виразкової хвороби з наявністю виразкового дефекту в цибуліні дванадцятипалої кишки спостерігалось у 5 пацієнтів. Таким чином, супутня виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у фазі загострення в цілому була виявлена у 37 хворих. Діагноз був підтверджений на підставі даних загальноклінічних, інструментальних та лабораторно-імунологічних методів дослідження. Повне комплексне обстеження обов’язково проводилось у динаміці двічі: перед початком і після закінчення курсу лікування. Для визначення віддалених результатів лікування генералізованого пародонтиту хворі знаходились на диспансерному обліку протягом 1,5 року. Здійснювався аналіз як

найближчих, так і віддалених результатів лікування.

Клінічне обстеження хворих на генералізований пародонтит полягало в ретельному з'ясуванні скарг, збиранні анамнестичних даних та об'єктивному дослідженні стану пародонта. Клінічні обстеження доповнювали аналізом клінічних індексів, гемограм, біохімічного дослідження крові, показників загального та місцевого імунітету, мікроскопічного дослідження вмісту пародонтальних кишень. Рентгенологічне дослідження включало рентгенографію в ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп, премоларів і молярів.

Ефективність комплексного лікування захворювання пародонта оцінювали до і після проведеної терапії з використанням ербісолу. До лікування виявляли скарги на біль, парастезії, набряк ясен, гноєвидлення із пародонтальних кишень, непримний запах із порожнини рота, а у пацієнтів із фонового виразковою хворобою дванадцятипалої кишки – наявність больового та диспептичного синдромів. При об'єктивному обстеженні визначали наявність набряку, гіперемії, анемічності, кровоточивості ясен, звертали увагу також на їх рельєф, патологічну рухомість зубів, наявність грануляцій в пародонтальних кишнях. Клінічне обстеження тканин пародонта починали із огляду зубних рядів та твердих тканин зубів. Інтенсивність і поширеність явищ запального процесу в пародонті визначали за допомогою проби Шиллера-Писарева. Виявляли всі місцеві подразнюючі фактори, що сприяли виникненню запально-дистрофічних змін у пародонті: положення зубів в дузі, зубні відкладення, каріозні порожнини, неповноцінні пломби, якість протезів. Ступінь активності запального процесу в яснах та його розповсюдженість оцінювали за допомогою об'єктивних пародонтальних індексів і функціональних проб: серед них папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (ПМА), пародонтальний індекс, індекс гігієни порожнини рота згідно рекомендацій М.Ф. Данилевського і А.В. Борисенка [2000]. Диференційну діагностику ясенних та пародонтальних кишень проводили за допомогою формалінової проби за С. Parma [1960]. Для характеристики виділень із пародонтальних кишень застосовувалась проба з бензидином за S. Sorrin [1960]. Патологічну рухомість зубів оцінювали за Д.А. Ентнім [1951]. Клінічне дослідження доповнювалось проведенням лабораторних методів обстеження: визначенням резистентності капілярів за В.І. Кулаженком [1960], цитологічного вмісту пародонтальних кишень за П.М. Покровською та М.С. Макаровою у модифікації І.А. Бенюмовою [1962], інтенсивності міграції лейкоцитів в роту порожнину за М.А. Ясиновським [1931], реакції адсорбції мікроорганізмів (РАМ) епітеліальними клітинами слизової оболонки ротової порожнини за М.Ф. Данилевським та співавт. [1990]. Стан кістки альвеолярного відростка оцінювали за результатами внутрішньоротової контактної рентгенографії. Отримані клінічні і лабораторні дані вносили у розроблену анкету обстеження. Обстеження проводили до і після курсу лікування.

Пацієнтам із супутнім діагнозом виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) проводились фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС) з визначенням *Helicobacter pylori*-інфікованості. Для визначення стану кислотопродукції застосовувалась базальна топографічна внутрішньо шлункова рН-метрія за експрес-методикою В.М. Чернобрового (1999) на автоматичному індикаторі кислотності шлунка “ЭЛТЕС - 904”.

Оцінку резистентності та реактивності здійснювали на основі визначення загальноадаптивних реакцій (ЗАР) організму та рівнів їх реалізації на основі методики аналізу показників лейкоцитарної формули за Л.Х. Гаркаві та співавт. (1998).

Загальноадаптивні реакції тренування, активації, переактивації, стресу визначали за характерним для них співвідношенням відносного вмісту популяцій лейкоцитів, а рівні реактивності – за наявністю ступенів відхилень від меж їх норми.

Про стан клітинного імунітету судили на основі даних про кількісну характеристику Т- та В-лімфоцитів, субпопуляцій Т-хелперів (Th) і Т-супресорів (Ts), регуляторного індексу (PI), що визначається шляхом визначення співвідношення Th до Ts (В.Г. Передерій та співавт., 1995).

Стан загальноадаптивних реакцій організму, дані клініко-лабораторного обстеження тканин пародонта, показники стану клітинного імунітету та біохімічних параметрів крові хворих на генералізований пародонтит порівнювали із такими у здорових осіб. Методом випадкового відбору хворі на генералізований пародонтит були розподілені на однотипні основну та контрольну групи (77 та 34 пацієнти відповідно).

Результати досліджень та їх обговорення. Проведене до лікування обстеження хворих на генералізований пародонтит показало, що найбільш характерними були скарги на неприємні відчуття в яснах (95%), їх кровоточивість (94%), гіперемію (91%) та зміну форми (76%), неприємний запах з рота (86%), рухомість зубів (43%). Крім того, у хворих із супутньою пептичною виразкою цибулини дванадцятипалої кишки додатково виявлені скарги, характерні для больового та диспепсичного синдромів (100%).

Аналіз результатів проведеного комплексного обстеження пацієнтів основної та контрольної груп свідчить, що дистрофічно-запальний процес у пародонті розвивається на фоні значних змін резистентності та реактивності тканин пародонта і організму в цілому. Так, у 75 (68%) пацієнтів виявлено гострий чи хронічний різновид загальноадаптивної стрес-реакції, неповноцінні реакції тренування та активації низьких рівнів реактивності. Як відомо, такі типи ЗАР є неспецифічною основою виникнення різних патологічних процесів. Враховуючи те, що у 40 (51%) пацієнтів із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту спостерігались напружені і неузгоджені реакції тренування та активації низьких рівнів реактивності, а у 8 (10%) – стрес-реакції, вважаємо, що вже власне при недосконалості ЗАР виникає підґрунтя для реалізації патологічної дії місцевих подразнюючих факторів пародонта (зубні відкладення, травматична оклюзія тощо). Серед 8

пацієнтів з хронічним перебігом генералізованого пародонтиту та стрес-реакцією (у 2 – гострою, 6 – хронічною) у 5 було діагностоване супутнє захворювання – пептична виразка цибулини дванадцятипалої кишки. Із цих 5 хворих у 1 був гострий стрес, у 4 – хронічний. Проте, у пацієнтів із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту і пептичною виразкою гострий стрес виявлено у 8 (25%) хворих, хронічний – у 12 (37%), неповноцінні та напружені реакції тренування і активації низьких рівнів реактивності – у 7 (22%). Тільки у 5 (16%) хворих із генералізованим пародонтитом на фоні виразкової хвороби виявлено повноцінні ЗАР тренування та активації середніх і високих рівнів реактивності. Загалом у пацієнтів із поєднаним ураженням пародонта та гастродуоденальної зони ЗАР, що віддзеркалюють хворобливий стан організму, виявлено у 32 (86%) пацієнтів. При цьому встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит той чи інший різновид стрес-реакції виявлений у 4% пацієнтів, а при наявності супутньої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у фазі загострення – у 68% (рис. 1).

Рис. 1. Загальноадаптивні реакції організму хворих на генералізований пародонтит та здорових осіб.

Таким чином, у 61% хворих на генералізований пародонтит з хронічним перебігом виявлене зниження резистентності організму, яке

реалізувалось в умовах функціонування на нижніх рівнях реактивності. У 7 (9%) хворих на генералізований пародонтит із хронічним перебігом спостерігалась помірна еозінофілія, що свідчило про зумовлений сенсibiliзацією гіперергічний стан організму. У хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту зниження резистентності організму і функціонування на низьких рівнях реактивності виявлене у 84%.

Про зниження імунологічної резистентності у хворих на генералізований пародонтит свідчили низький вміст у периферійній крові Т-лімфоцитів та порушене співвідношення Т-хелперів та Т- супресорів. Так, Т-РУК в основній та контрольній групі хворих на генералізований пародонтит в цей період складали відповідно $31,7 \pm 0,2\%$ та $28,1 \pm 0,4\%$ проти $58,6 \pm 0,9\%$ ($p < 0,01$) у групі здорових, а співвідношення T_h до T_s – $0,95 \pm 0,2$ і $1,0 \pm 0,3$ проти $1,82 \pm 0,2$ ($p < 0,01$) відповідно. При цьому, у пацієнтів із генералізованим пародонтитом центральною ланкою зниження імунологічної резистентності було кількісне зниження субпопуляції Т-хелперів ($19,2 \pm 0,3\%$ та $19,2 \pm 0,6\%$ в основній та контрольній групі хворих проти $36,9 \pm 0,5\%$ ($p < 0,01$) в групі здорових).

Результати біохімічних аналізів крові у хворих на генералізований пародонтит обох груп знаходились в межах загальноприйнятих норм, окрім рівня загального білірубіну. Останній дещо перевищував верхню межу: в основній групі хворих – $22,9 \pm 0,9$ мкмоль/л, в контрольній групі – $24,7 \pm 1,1$ мкмоль/л, у здорових осіб – $13,8 \pm 0,4$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Як свідчать приведені у таблиці 1 дані, зниження резистентності та порушення реактивності організму хворих на генералізований пародонтит супроводжувалось відхиленням від норми клініко-лабораторних показників стану пародонта. Це призводило до значного зниження репаративно-регенераторних властивостей пародонта на фоні погіршення стану гігієни ротової порожнини. У 37 (33,3%) хворих на генералізований пародонтит зниження репаративно-регенераторного потенціалу слизової оболонки верхніх відділів травного тракту в умовах підвищеної кислотопродукуючої функції шлункових залоз призвело до утворення виразкового дефекту в цибуліні дванадцятипалої кишки.

Хворі контрольної групи (34 пацієнти) отримували традиційне для генералізованого пародонтиту лікування, яке полягало у застосуванні індивідуально підбраної у кожному конкретному випадку комплексної терапії. Ротову порожнину рясно зрошували розчинами антисептиків або відварами лікарських трав. Потім ретельно видаляли зубні відкладення та інші подразники тканин пародонта. За показаннями здійснювали кюретаж пародонтальних кишень. Обов'язковим етапом лікування було усунення травматичної оклюзії та тимчасове шинування зубів при I-II ступені рухомості терміном на 2-4 тижні. Для пригнічення умовно-патогенної мікрофлори пародонтальних кишень залежно від її виду застосовували антибіотики, нітрофурані, протигрибкові та протипротозойні засоби. На ясна протягом 20-30 хвилин накладали аплікації метацилової чи

мефенамінової пасти з вітамінами. Тривалість експозиції аплікації забезпечувала достатнє всмоктування препаратів тканинами пародонта. Після зняття аплікатів хворим не рекомендували полоскати рот протягом однієї години. За показаннями при хронічному перебігу захворювання після зняття аплікатів з ліками на ясна накладали твердіючу пов'язку на одну добу. У лікуванні пацієнтів із загостренням супутньої виразкової хвороби також застосовували дієто-, антисекреторну і антацидну терапію, спазмолітики та здійснювали ерадикацію *Helicobacter pylori*. Після усунення місцевих подразнюючих факторів та стихання гострих запальних явищ у тканинах пародонта застосовували фізичні методи лікування (гідромасаж, електрофорез, вакуумтерапію тощо).

Таблиця 1

Динаміка клінічних та лабораторних показників стану тканин пародонта у пацієнтів основної та контрольної групи у процесі лікування (M±m)

Клініко-лабораторні показники	Основна група n = 77			Контрольна група n = 34		
	До лікування	Після лікування	P ₁	До лікування	Після лікування	P ₁
Проба Шіллера-Писарєва (бали)	2,41±0,17	1,2±0,16 p ₂ <0,05	<0,05	2,39±0,19	1,82±0,18	<0,05
Кровоточивість (бали)	2,51±0,21	0,5±0,19 p ₂ <0,05	<0,05	2,52±0,22	1,3±0,2	<0,05
Глибина пародонтальних кишень (мм)	3,17±0,26	2,1±0,25 p ₂ <0,05	<0,05	3,0±0,23	2,83±0,22	<0,05
Індекс гігієни	2,5±0,17	0,6±0,13 p ₂ <0,05	<0,05	2,5±0,19	1,1±0,16	<0,05
РМА (%)	60,18±2,41	26,74±1,99 p ₂ <0,05	<0,05	59,53±2,65	34,85±1,7	<0,05
Пародонтальний індекс	2,14±0,12	1,1±0,09 p ₂ <0,05	<0,05	2,13±0,15	1,5±0,1	<0,05
Вакуумна проба за В.І. Кулаженком (с)	8,7±0,5	48±1,7 p ₂ <0,05	<0,05	8,9±0,6	40,1±1,9	<0,05
Еміграція лейкоцитів в рогову порожнину	465,9±24,2	242,6±13,9 p ₂ <0,05	<0,05	422,9±24,3	276,1±11,9	<0,05

Примітки:

1. p₁ – показник достовірності відмінності даних у основній та контрольній групах до та після лікування;

2. p_2 – показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп після лікування.

В основній групі із 77 хворих на генералізований пародонтит його лікування здійснювали згідно із запропонованою нами методикою з використанням ербісолу в комплексній терапії. Ербісол використовували загально, у вигляді парентеральних ін'єкцій по 2 мл і місцево у вигляді інстиляцій чи накладання аплікацій суміші із сорбентом силлард курсом лікування 8-10 сеансів. Показаннями для загального застосування ербісолу були порушення загальноадаптивних реакцій організму.

В результаті проведеного лікування у хворих на генералізований пародонтит обох груп спостерігалась позитивна динаміка клінічного перебігу захворювання. Проте, у хворих основної групи остання мала більш виражений характер. Так, після лікування неприємні відчуття в яснах відмічені у 21 (27,3%) пацієнта основної групи та у 16 (47,1%) контрольної; кровоточивість ясен при механічному подразненні відповідно у 14 (18,2%) та 18 (52,9%) хворих. Гноєвиділення із пародонтальних кишень у хворих як основної, так і контрольної групи після закінчення курсу терапії були відсутніми, а зменшення глибини пародонтальних кишень відмічене у 66 (86%) хворих основної та 22 (65%) контрольної групи. Нормалізація форми та кольору ясен відбулась у 60 (77,9%) і 16 (47,1%) пацієнтів відповідно.

Динаміка нормалізації загальноадаптивних реакцій організму хворих на генералізований пародонтит основної та контрольної груп графічно представлена на рис. 2. При цьому, серед пацієнтів основної групи ЗАР різновиду стрес-реакції при другому обстеженні не виявлені взагалі. У 12 (16%) хворих спектр загальноадаптивних реакцій із патогенетичним потенціалом порівну складали неповноцінні реакції активації та тренування.

Рис. 2. Зміни загальноадаптивних реакцій організму у хворих основної та контрольної груп у процесі лікування.

У 2 (6%) хворих контрольної групи і на цей період була виявлена загальноадаптивна реакція хронічного стресу, у 1 (3%) – переактивація і у 12 (35%) – неповноцінні реакції тренування та активації низьких рівнів реактивності.

Залежно від застосованого способу лікування значно відрізнялась і динаміка нормалізації стану клітинного імунітету. Так, у пацієнтів, що приймали ербісол, підвищення наприкінці лікування Т-РУК до $39,8 \pm 0,3\%$, і особливо, Т-хелперів до $31,5 \pm 0,3\%$ при незначному підвищенні Т-супресорів (до $21,2 \pm 0,5\%$) забезпечило якісно кращий стан їх імунологічної резистентності. Про це свідчила і нормалізація у пацієнтів основної групи регуляторного індексу – $1,69 \pm 0,1$ проти $1,82 \pm 0,2$ у групі здорових ($p > 0,05$). У хворих контрольної групи при наявності тенденції до нормалізації, про що свідчило підвищення Т-РУК до $34,9 \pm 0,4\%$, Т-хелперів – $22,1 \pm 0,5\%$ та Т-супресорів $20,2 \pm 0,4\%$, регуляторний індекс становив $1,1 \pm 0,4$ і був достовірно нижчим, ніж у групі здорових ($p < 0,05$). Із трьох пацієнтів контрольної групи із підвищеним вмістом еозинофілів він нормалізувався у двох. Проте, ще у трьох пацієнтів цієї групи наприкінці лікування зареєстровано помірну еозинофілію у межах 6-8%.

При клінічному обстеженні відмічено, що найбільш позитивною була динаміка у хворих основної групи із генералізованим пародонтитом початкового і першого ступеня. У них уже через два-три сеанси лікування значно зменшувались прояви запального процесу у тканинах пародонта, зникали гіперемія, набряк, кровоточивість ясен. У цілому при генералізованому пародонтиті в залежності від ступеня розвитку та характеру перебігу, наявності супутніх захворювань для стабілізації дистрофічно-запального процесу було достатньо 6-10 сеансів лікування.

Динаміка клінічних індексів та лабораторних показників (див. табл. 1) також носила більш позитивний характер у хворих основної групи. В результаті лікування у пацієнтів цієї групи пародонтальний індекс знизився у три рази ($p < 0,001$), а контрольної – менш ніж у два ($p < 0,001$). При цьому динаміка показників проби Шіллера-Писарева та патологічної рухомості зубів свідчила про достатнє пригнічення запального процесу у тканинах пародонта наприкінці лікування у пацієнтів обох груп. Про якісно вищий рівень нормалізації пристосувально-компенсаторних механізмів і підвищення резистентності тканин пародонта у пацієнтів основної групи свідчила

статистично достовірна динаміка індексу ПМА ($p < 0,05$), збільшення РАМ ($p < 0,05$), нормалізація міграції лейкоцитів у ротову порожнину ($p < 0,05$) та вакуумної проби за В.І. Кулаженко ($p < 0,05$). Аналіз динаміки дослідження цитологічного вмісту пародонтальних кишень показав, що після проведеного лікування у пацієнтів основної групи статистично достовірно зменшилась порівняно з хворими контрольної кількість зруйнованих форм нейтрофільних лейкоцитів ($42,1 \pm 2,16$ та $52,8 \pm 2,17$ відповідно, $p < 0,05$) та збільшилась – незруйнованих ($39,8 \pm 1,4$ та $32,3 \pm 1,2$ відповідно, $p < 0,05$), фагоцитів ($1,62 \pm 0,18$ і $0,93 \pm 0,19$ відповідно, $p < 0,05$), лімфоцитів ($1,78 \pm 0,12$ і $1,17 \pm 0,13$ відповідно, $p < 0,05$) та епітеліальних клітин ($14,8 \pm 0,8$ і $8,3 \pm 0,8$ відповідно, $p < 0,05$). Поява останніх та загоєння виразкового дефекту у цибуліні дванадцятипалої кишки свідчили про підвищення реparatorно-регенераторного потенціалу слизової оболонки верхніх відділів травного тракту.

Слід відмітити, що у пацієнтів з генералізованим пародонтитом основної групи, на відміну від контрольної, спостерігалась статистично достовірна динаміка білкового спектру крові (загальний білок крові до лікування становив $73,1 \pm 1,07$ г/л, після – $78,7 \pm 1,0$ г/л ($p < 0,02$); рівень альбумінів – $58,1 \pm 1,19\%$ і $65,2 \pm 1,13\%$ відповідно ($p < 0,05$), статистично достовірна нормалізація рівня загального білірубину (до лікування – $23,2 \pm 0,7$ мкмоль/л, після – $14,8 \pm 0,32$ мкмоль/л ($p < 0,001$)). У групі хворих на генералізований пародонтит, у комплексній терапії яких ербісол не застосовувався, рівень цих показників залишався і після лікування без суттєвих змін (загальний білок крові до лікування становив $72,9 \pm 1,2$ г/л, після – $75,1 \pm 0,94$ г/л ($p > 0,05$); рівень альбумінів – $61,7 \pm 0,93\%$ і $61,5 \pm 0,74\%$ відповідно ($p > 0,05$), загального білірубину (до лікування – $22,5 \pm 0,6$ мкмоль/л, після – $18,7 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p > 0,05$)).

В цілому шляхом включення у комплексну терапію хворих на генералізований пародонтит ендogenous регенераторного біологічного імуномодулюючого середника нового класу – препарату ербісол і формування внаслідок цього загальноадаптивних реакцій організму із саногенетичним потенціалом дало можливість досягти клінічної стабілізації дистрофічно-запального процесу у тканинах пародонта у 97% хворих, порівняно з 91% у контрольній групі ($p > 0,05$). У віддалені терміни спостереження виявлено, що у хворих основної групи задовільний стан пародонта через 6 місяців спостерігався у 90% хворих, 12 місяців – у 81% і 18 – у 78% пацієнтів. Відповідно у контрольній групі задовільні результати лікування були виявлені через 6 місяців у 71% хворих, 12 місяців – у 60% і 18 місяців – у 57% обстежених пацієнтів ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання, що полягає у підвищенні ефективності лікування генералізованого пародонтиту на основі вивчення особливостей загальноадаптивних реакцій організму хворих на генералізований пародонтит та корекції виявлених порушень цих реакцій шляхом застосування ендогенного регенераторного біологічного імуномодулятора ербісолу.

1. Встановлено, що у 68% хворих генералізований пародонтит розвивається на фоні значних змін резистентності організму, що підтверджується наявністю загальноадаптивних реакцій із патогенетичним потенціалом.

2. При хронічному перебігу генералізованого пародонтиту переважають неповноцінні реакції тренування та активації низьких рівнів реактивності (51% хворих), стрес-реакції виявляються у 10%, а повноцінні реакції тренування і активації середніх і високих рівнів реактивності – у 39%, тоді як розвиток генералізованого пародонтиту на фоні супутньої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки характеризується загостреним перебігом із значним погіршенням спектру загальноадаптивних реакцій з перевагою стрес-реакцій (63%), неповноцінні реакції тренування та активації низьких рівнів реактивності визначаються у 22% хворих і тільки в 16% спостерігаються повноцінні реакції тренування і активації середніх і високих рівнів реактивності.

3. Розроблено диференційований підхід до застосування у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит ербісолу залежно від характеру перебігу дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта, особливостей порушень загальноадаптивних реакцій організму та наявності супутньої патології.

4. Клініко-рентгенологічними та лабораторними дослідженнями показана висока ефективність диференційованого підходу до використання ербісолу у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту з різним перебігом: клінічна стабілізація дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта досягнута у 97% хворих. Про це свідчили відсутність ознак

запалення, достовірне зниження папілярно-маргінально-альвеолярного ($p < 0,05$) та пародонтального індексів ($p < 0,001$) і підвищення резистентності капілярів за Кулаженком ($p < 0,05$) на фоні формування загальноадаптивних реакцій із саногенетичним потенціалом у 84% пацієнтів основної групи порівняно із 44% у контрольній ($p < 0,05$).

5. Високу терапевтичну ефективність від застосування диференційованих схем лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням ербісолу встановлено у віддалені терміни спостереження. За клінічними, рентгенологічними та лабораторними показниками стану тканин пародонта цих хворих стійка ремісія процесу мала місце через 6 місяців після лікування у 90%, через 12 та 18 місяців – у 81% і 78% пацієнтів проти відповідно 71%, 60% та 57% хворих в контрольній групі ($p < 0,05$), що вказує на доцільність широкого впровадження запропонованих методів лікування в широку стоматологічну практику.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення ефективності комплексної терапії генералізованого пародонтиту доцільно здійснювати біокорекцію загальноадаптивних реакцій організму хворих шляхом застосування ендогенного регенераторного біологічного імуномодулюючого препарату ербісол.

2. У комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит для забезпечення біокорекції рекомендується комбіноване (місцеве та парентеральне) застосування ербісолу курсом 8-10 сеансів. Ефективність місцевого застосування ербісолу у хворих на генералізований пародонтит підвищується при введенні його шляхом електрофорезу і ультрафонофорезу у тканини пародонта.

3. При лікуванні хворих на генералізований пародонтит на фоні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки рекомендується (після консультації з терапевтом) внутрішньом'язеве

уведення ербісолу по 2 мл один раз на добу протягом 10 днів, яке сприятливо впливає на перебіг супутнього захворювання шлунково-кишкового тракту.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Дзедман Н.А. Вплив препарату ербісол на стан слизової ротової порожнини у хворих з генералізованим пародонтитом на фоні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 1994. - №2-3. - С. 68-69.

2. Борисенко А.В., Дзедман Н.А. Застосування препарату ербісол у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит // Вісник стоматології. – 1997. - № 1. - С. 68-71.

Здобувачеві належать збір клінічного матеріалу, його узагальнення, визначення результатів застосування препарату ербісол на стан тканин пародонта, аналіз, статистична обробка та формування висновків.

3. Дзедман Н.А. Застосування ербісолу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Вісник стоматології. – 1997. - №3. - С. 324-325.

4. Дзедман Н.А. Порівняльна характеристика загального та місцевого застосування препарату ербісол в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 1998. - № 2-3. - С. 134-136.

5. Дзедман Н.А. Загальноадаптивні реакції організму у хворих на генералізований пародонтит // Український медичний часопис. – 2000. - №3 (17) - V/VI. - С. 126-128.

6. Особливості перебігу та комплексного лікування генералізованого пародонтиту з урахуванням мікробіоценозу пародонтальних кишень та імунної системи / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун,

Л.Ф. Сідельникова, Н.С. Гужевська, Дзедман Н.А., В.Г. Жирова, Ю.Г. Коленко, Н.В. Колесова, О.В. Ліновіцька // Вісник стоматології. Спеціальний випуск, присвячений 75-річчю Одеського НДІ стоматології. – 2003. - №1. - С. 59-65.

Здобувачеві належать клінічні спостереження та збір клінічного матеріалу, його узагальнення щодо стану резистентності та реактивності організму у хворих на генералізований пародонтит.

7. Дзедман Н.А. Корекція порушень загальноадаптивних реакцій організму у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Сучасні інфекції. – 2003. - №4. - С. 50-55.

8. Патент 15177 Україна, МКІ А61 К 35/12, А61 К35/48. Засіб для лікування слизової травного тракту. Заявк. 14.06.95; Опубл., 30.08.99; Бюл. №5 / Богомаз В.І., Дзедман М.І., Ніколаєнко О.М., Свінцицький А.С

Дзедман Н.А., Миронюк І.Ф., Свеста Н.П.

Здобувачем особисто проведено патентно-інформаційний пошук, клінічні спостереження за хворими на генералізований пародонтит, розробка та оформлення матеріалу до друку.

9. Патент 15180 А Україна, МКІ А61К7/20.
Спосіб консервативного лікування генералізованого пародонтиту. Заявк. 30.04.96; Опубл., 30.06.97; Бюл. №3 / Борисенко А.В., Дзедман Н.А., Мохорт В.В., Ніколаєнко О.М.

Здобувачем особисто проведено патентно-інформаційний пошук, розробку та оформлення матеріалу до друку.

10. Предварительные данные о лечебном эффекте препарата эрбисол / А.С. Свинцицкий, А.П. Пелещук, Е.Н. Ревенко, Н.А. Дзедман, Н.И. Хомченкова, М.И. Дзедман. – М.: РАМН и ММА им. И.И. Сеченова. Перспективные проблемы в гастроэнтерологии, том II, 1994. - С. 32-33.

Здобувачем особисто проведено визначення клінічної ефективності застосування препарату ербісол при лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

11. Дзедман Н.А. Результати вивчення динаміки стану слизової ротової порожнини у хворих виразковою хворобою в процесі застосування в їх лікуванні регенераторного біологічного імуностимулятора ербісол // Тези доповідей міжвузівської наукової конференції молодих вчених та студентів “Інфекційний процес. Теорія та практика”. – К.: УДМУ. - 1994. - С. 5.

12. Дзедман Н.А. Результати клінічного спостереження за впливом біологічного імунотулюючого стимулятора регенераційних та

репаративних процесів – препарату ербісол – на перебіг захворювань пародонта при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки // Тези доповідей наукової конференції, присвяченої 75-річчю професора М.А. Дудченка і 20-річчю кафедри факультетської терапії “Актуальні питання клінічної медицини”. – Полтава: УМСА. – 1994. - С. 82-83.

13. Дзєман Н.А. Обґрунтування і перші результати застосування в лікуванні геронтологічних хворих з генералізованим пародонтитом та виразковою хворобою гастродуоденальної локалізації препарату ербісол // Тези доповідей II Національного конгресу геронтологів і гериатрів України.

– Частина 1. – К.: АМН України. – 1994. - С. 212.

14. Дзєман Н.А. Попередні результати застосування в лікуванні генералізованого пародонтиту вітчизняних препаратів ербісол та силлард // Зб. наук. пр. – Полтава: УМСА. – 1995. - С. 16-17.

15. Svetsytsky A.S., Dzeman N.A., Dzeman M.I. Erbisol – Biological Regenerating Immunomodulating Drug. Application by Gastroenterological Diseases // Abstracts. II Swiatowy Kongres Polonii Medycznej Czestochowa, 20-24 czerwica, 1995. - S. 103.

Здобувачем особисто проведено визначення ефективності препарату ербісол у хворих на генералізований пародонтит.

16. Дзєман Н.А. Комплексна терапія генералізованого пародонтиту вітчизняних препаратів ербісол та силлард // Актуальні питання медицини: Тези доповідей Міжнародного Конгресу Молодих Вчених Українців, Івано-Франківськ, 25-28 жовтня 1995р. – Івано-Франківськ, 1995. - С. 82.

17. Данченко О.Н., Борисенко А.В., Дзєман Н.А. Ефективність застосування ербісолу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Тези доповідей. VI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. – Одеса, 1996. - С. 195.

Здобувачем особисто проведені дослідження по визначенню клінічної ефективності препарату ербісол у хворих на генералізований пародонтит.

18. Свінціцький А.С., Борисенко А.В., Дзєман Н.А. Застосування нового вітчизняного препарату ербісол у лікуванні хворих з поєднаною патологією гастродуоденальної зони та ротової порожнини // Матеріали симпозиуму: “Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих”. – Чернівці, 1996. – С. 296.

Здобувачем особисто проведено набір клінічного матеріалу та дослідження по визначенню клінічної ефективності препарату ербісол у хворих на генералізований пародонтит.

19. Борисенко А.В., Дзєман Н.А. Спосіб консервативного лікування генералізованого пародонтиту // Матеріали доповідей

Всеукраїнської науково-практичної конференції лікарів стоматологів “Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування”. – Полтава, 1996. - С. 107.

Здобувачеві належать клінічні спостереження, проведення клініко-рентгенологічних досліджень, аналіз та статистична обробка отриманих даних.

20. Doswiadczenie zastosowanie erbisolu w praktyce klinicznej / Al. Galuzinski, A. Swiecicki, N. Dzeman, S. Pojarkow, S. Kowalenko, W. Moskalenko // Abstracts. III Swiatowy Kongres Polonii Medycznej Czestochowa-Krakow, 24-28 czerwiec, 1997. - S. 30.

Здобувачеві належать клінічні спостереження та аналіз результатів застосування препарату ербісол у хворих на генералізований пародонтит.

21. Досвід застосування нового вітчизняного препарату ербісол в клініці внутрішніх хвороб / А.С. Свінцицький, М.І. Дзeman, Н.А. Дзeman, С.О. Поярков, С.О. Коваленко, В.В. Москаленко // Матеріали науково-практичної конференції “Актуальні питання медицини”, присвяченої 30-й річниці Центрального госпітально МВС України. – Київ, 1997. - С. 82-84

Здобувачеві належать збір клінічного матеріалу, його узагальнення, статистична обробка та формулювання висновків щодо ефективності застосування препарату ербісол у хворих на генералізований пародонтит.

22. Борисенко А.В., Дзeman Н.А. Досвід загального та місцевого застосування ербісолу в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит / Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Київ, 1999. - С. 175-176.

Здобувачеві належать збір клінічного матеріалу, його узагальнення, проведення клініко-лабораторного дослідження стану тканин пародонта, статистична обробка та формування висновків.

23. Дзeman М.І., Дзeman Н.А., Ніколаєнко О.М. Перші результати застосування препарату ербісол для корекції загальноадаптивних реакцій організму у хворих із ураженнями верхніх відділів травного тракту / Тези доповідей VI Всеукраїнського лікарського товариства. – Чернівці, 2001. - С. 33.

Здобувачеві належать збір клінічного матеріалу, його узагальнення та формулювання висновків щодо ефективності застосування препарату ербісол у хворих на генералізований пародонтит для корекції загальноадаптивних реакцій організму.

24. Особливості антибактеріальної терапії у хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Н.С. Гужевська, Н.А. Дзедман В.Г. Жирова, Ю.Г. Коленко, О.В. Ліновіцька // Тези доповідей X Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. – Чернівці, 2004.
- С. 536.

Здобувачеві належать клінічні спостереження та їх узагальнення щодо стану резистентності та реактивності організму у хворих на генералізований пародонтит.

25. Борисенко А.В., Дзедман Н.А. Досвід застосування корекції порушень загальноадаптивних реакцій організму (ЗАР) у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Тези доповідей X конгресу світової федерації Українських лікарських товариств. – Чернівці, 2004.
- С. 537.

Здобувачеві належать збір клінічного матеріалу та його узагальнення, визначення ефективності застосування корекції загальноадаптивних реакцій організму при лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

АНОТАЦІЯ

Дзедман Н.А. Корекція порушень загальноадаптивних реакцій організму у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

– Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2005.

Дисертація присвячена вивченню особливостей загальноадаптивних реакцій організму у хворих на генералізований пародонтит та ефективності застосування їх корекції в

комплексному лікуванні пацієнтів даної категорії. Встановлено, що розвиток дистрофічно-запального процесу у тканинах пародонта відбувається на фоні таких загальноадаптивних реакцій організму із патогенетичним потенціалом, як стрес-реакції та неповноцінні реакції тренування і активації низьких рівнів реактивності.

Визначено, що при наявності супутньої соматичної патології (загостренні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки) у спектрі загальноадаптивних реакцій організму хворих на генералізований пародонтит переважають стрес-реакції.

Розроблено спосіб консервативної терапії генералізованого пародонтиту із застосуванням корекції загальноадаптивних реакцій організму шляхом місцевого та загального використання ендогенного регенераторного біологічного імуномодулятора – ербісолу.

Високу ефективність запропонованого способу лікування хворих на генералізований пародонтит із застосуванням корекції загальноадаптивних реакцій організму ербісолом підтверджено результатами клініко-рентгенологічних та біохімічних досліджень.

Ключові слова: генералізований пародонтит, загальноадаптивні реакції організму, лікування, біокорекція, ербісол.

АННОТАЦИЯ

Дземан Н.А. Коррекция нарушений общеадаптационных реакций организма в комплексном лечении генерализованного пародонтита.

– Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2005.

Диссертация посвящена изучению состояния общеадаптационных реакций организма у больных генерализованным пародонтитом и эффективности применения их коррекции в комплексном лечении пациентов данной категории.

Установлено, что развитие дистрофически-воспалительного процесса в тканях пародонта происходит на фоне таких общеадаптационных реакций организма с патогенетическим потенциалом, как стресс-реакции, неполноценные реакции тренировки и активации низких уровней реактивности. У 111 больных генерализованным пародонтитом (из них 37 пациентов с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки) выявлено преобладание общеадаптационных реакций организма с патогенетическим потенциалом (68%). При наличии сопутствующего обострения язвенной болезни двенадцатиперстной

кишки их количество возрастает до 86% и в их спектре преобладают стресс-реакции.

Разработан способ консервативной терапии генерализованного пародонтита с применением коррекции общеадаптационных реакций организма путем местного и общего использования эндогенного регенераторного биологического иммуномодулятора – эрбисола (Патент на изобретение №15180 А и №15177).

Высокая эффективность предложенного способа лечения больных на генерализованный пародонтит с применением коррекции общеадаптационных реакций организма эрбисолом подтверждена результатами клинико-рентгенологических и биохимических исследований.

Включение в комплексную терапию больных генерализованным пародонтитом биокоррекции эрбисолом и формирование общеадаптационных реакций организма с саногенетическим потенциалом повысило эффективность их лечения. При этом, ремиссия дистрофично-воспалительного процесса в пародонте у пациентов основной и контрольной групп наблюдалась через 6 месяцев соответственно у 90% и 71% больных, через 12 месяцев – у 81% и 60% пациентов и через 18 месяцев – у 78% и 57% больных соответственно.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, общеадаптационные реакции организма, лечение, биокоррекция, эрбисол.

ANNOTATION

Dzeman N.A. General adaptation reactions of organism violations correction in complex medical

treatment of generalized periodontitis.

– Manuscript.

Dissertation on gaining candidate of medical sciences scientific degree by speciality 14.01.22 – stomatology. – National medical university named after O.O. Bogomolets, Kyiv, 2005.

Dissertation is devoted to the study of general adaptation reactions of organism features at patients ill with generalized periodontitis and efficiency of application of their correction in complex treatment of the given category patients. It is set, that development of dystrophic-inflammatory process in tissues of parodont takes place on a background such general adaptation reactions of organism with pathogenetic potential as stress-reactions and insufficient reactions of training and activating of low levels of reactivity.

It is definite, that at presence of concomitant somatic pathology (acute phase of ulcerous illness of duodenum) in the spectrum of general adaptation reactions of organism of patients ill with generalized periodontitis the stress-reactions prevail.

The method of conservative therapy of generalized periodontitis is elaborated with application of correction of general adaptation reactions of organism by the local and general use of endogenous regeneration immunomodulator – erbisol.

High efficiency of the offered treatment method of patients ill with generalized periodontitis used with application of general adaptation reactions of organism correction of by erbisol is confirmed by the results of

clinic-roentgenological and biochemical researches.

Key words: generalized periodontitis, general adaptation reactions of organism, treatment, biocorrection, erbisol.