

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

**СЕРЕДЮК
Ігор Нестерович**

УДК 616-071 + 615.276 + 616.-08 + 616.314.17-008.1.

**КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ
ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ТА АНГІОПРОТЕКТОРІВ В
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 Івано-Франківській державній медичній академії
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
Колесова Надія Арнольдівна,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця МОЗ України,
лабораторія метаболічного та структурного
аналізу науково-дослідного лабораторного
центру НМУ, завідувач

доктор медичних наук, професор
Заболотний Тарас Дмитрович,
Львівський Державний 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 дисертації відбудеться “___” _____ 2005 р. о ___ годині
на засіданні спеціалізованої вченої ради Д26.003.05 при Національному
медичному університеті імені О.О.Богомольця МОЗ України
(03057, Київ-57, вул. Зоологічна, 1).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національного
медичного університету імені О.О.Богомольця за адресою: 03057, Київ-57,
вул. Зоологічна, 1.

Автореферат розісланий “___” _____ 2005 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.І.ОСТАПКО

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Хвороби пародонта характеризуються широкою розповсюдженістю. Вони можуть бути запальними, дистрофічно-запальними або дистрофічними ураженнями (М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, 2000). Серед осіб віком понад 35 років у різних країнах поширеність захворювань пародонта коливається від 45 до 75%. В окремих регіонах їх розповсюдженість досягає 80-100% (А.І.Грудянов, 1997). Зокрема, у Івано-Франківській області поширеність захворювань пародонта серед населення віком понад 35 років складає 74% (З.Р.Ожоган, 1996). Клініко-рентгенологічними дослідженнями генералізований пародонтит виявлений у 9,7% обстежених віком 13-18 років, у 19-25-річному віці цей показник складає 30%, а в 25-30-річному – досягає 60% (Г.М.Вишняк, 1999). За даними Асоціації стоматологів України захворювання пародонта виявлено у 70-80% обстежених віком 15 років (Л.О.Хоменко, О.І.Остапко та співавт., 2000).

Загальномедичне значення проблеми захворювань пародонта обумовлено ранньою втратою великої кількості зубів, утворенням вогнищ хронічної інфекції, хроніосепсису, зниженням імунологічної реактивності організму, розвитком мікробної сенсibiliзації тощо (Н.А.Колесова, 1985; Т. Д.Заболотний, 1992).

Стосовно значення порушень мікроелементного спектру крові в патогенезі генералізованого пародонтиту, деякими авторами (И.А. Горбачева и соавт., 2001) вказується на зменшення вмісту цинку, міді і заліза в крові у таких хворих. В патогенезі генералізованого пародонтиту значну роль відіграє дефіцит кальцію та фосфору (Л.О.Хоменко та співавт., 1993).

Є окремі повідомлення щодо лікування генералізованого пародонтиту нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ) – неселективними інгібіторами циклооксигенази (ЦОГ), зокрема індометацином (А.П. Канканян, В.К.Леонтьев, 1998). В.І.Герелюк (2001) вказує на доцільність використання у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту селективного інгібітора ЦОГ-2 німесуліді з огляду на виражений протизапальний ефект та блокаду синтезу ейкозаноїдів при відсутності типових для НПЗЗ побічних реакцій.

Значна розповсюдженість захворювань пародонта, особливості клінічного перебігу генералізованого пародонтиту, труднощі та значна тривалість його лікування обумовлюють велике значення цієї проблеми для терапевтичної стоматології. Тому подальше вивчення патогенетичних механізмів генералізованого пародонтиту, розробка патогенетичних засобів та методів його лікування є актуальною науковою задачею.

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

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Івано-Франківської державної медичної академії і є фрагментом комплексної теми кафедри терапевтичної стоматології „Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування нових нестероїдних протизапальних, остеотропних і протигрибкових препаратів в комплексному лікуванні пародонтиту”, шифр ВН 01.22.059.SIF.99п. Дисертант у зазначеній темі виконував окремі фрагменти.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит на основі дослідження динаміки вмісту мікро-, макроелементів у крові та деяких показників гуморального імунітету і патогенетичного обґрунтування застосування в комплексному лікуванні таких хворих нестероїдного протизапального засобу наклофену та ангіопротектора пентоксифіліну.

Задачі дослідження:

1. Визначити вміст мікро-, макроелементів у крові, фракцій сироваткового білка та оцінити стан гуморального імунітету у хворих на генералізований пародонтит.

2. На основі вивчення біохімічних та імунних особливостей загостреного і хронічного перебігу генералізованого пародонтиту, розробити нові патогенетично обґрунтовані методики застосування наклофену і пентоксифіліну в комплексному лікуванні таких хворих.

3. Провести порівняльну оцінку ефективності різних способів уведення, а саме місцевого застосування та внутрішньоорганного електрофорезу наклофену і пентоксифіліну на клінічний перебіг, динаміку мікро-, макроелементів крові, фракцій сироваткового білка та імуноглобулінів класів G, M і A.

4. Визначити терапевтичну ефективність запропонованих методик лікування хворих на генералізований пародонтит у найближчі (10 днів) та віддалені (6 і 12 місяців) терміни спостережень.

Об'єкт дослідження. 254 хворих на генералізований пародонтит із загостреним та хронічним перебігом.

Предмет дослідження. Застосування і оцінка ефективності протизапальних засобів та ангіопротекторів у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту при загостреному та хронічному перебігу.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, імунологічні, біохімічні, спектрофотометричні (дослідження вмісту мікроелементів марганцю, міді, заліза, цинку та макроелементів кальцію, магнію) і статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше встановлено, що для хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу характерним є розвиток гіпермікро-, макроелементозу з підвищенням вмісту в крові прозапальних мікроелементів марганцю, міді, цинку, заліза та макроелементів кальцію і магнію.

При генералізованому пародонтиті I ступеня вперше виявлено суттєве порушення білкового обміну, яке проявляється гіпо-, диспротейнемією, гіпоальбумінемією, зменшенням концентрації протизапальних „гострофазних білків” альбумінів та преальбумінів, відсутністю синтезу окремих білків зони повільних і швидких посттрансферинів, підвищенням синтезу β -ліпопротеїнів та напруженням системи антиоксидантного захисту, що виявляється підвищенням вмісту церулоплазміну і трансферину в крові. Патологічні зміни білкового спектру крові більш виражені у випадку загостреного перебігу генералізованого пародонтиту.

Загострений перебіг генералізованого пародонтиту I ступеня характеризується дисфункцією імунної системи, яка полягає у збільшенні вмісту циркулюючих імуноглобулінів IgG у крупнопористому гелі та у фракціях 27-25. Кількість IgM у крупнопористому гелі підвищується на тлі одночасного зниження вмісту в крові IgG у фракціях 22-17 та IgM у фракціях 27-26, де знаходяться природні антитіла, що може бути пов'язане з деяким пригніченням гуморальної імунної відповіді.

Вперше патогенетично обгрунтоване застосування наклофену і пентоксифіліну місцево та методом внутрішньоорганного (транспародонтального) електрофорезу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту I ступеня. В обох випадках лікування є більш ефективним, якщо проводиться із застосуванням методу внутрішньоорганного електрофорезу.

Показано, що у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу перевагу має застосування наклофену методом внутрішньоорганного електрофорезу, що дозволяє покращити клінічний перебіг захворювання, усунути гіпермікро-, макроелементоз, зменшити вміст β -ліпопротеїнів, збільшити рівень альбумінів, преальбумінів у фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі. Таке лікування виявляє певний корегуючий вплив на динаміку мікро-, макроелементного спектра крові та синтез білків сироватки крові.

Вперше встановлено, що курсове (упродовж 10 днів) застосування наклофену і пентоксифіліну місцево та шляхом внутрішньоорганного електрофорезу сприятливо впливає як на місцевий стан тканин пародонта, так і на загальний стан та гуморальну ланку імунітету хворих. Причому, наклофен виявляє виражений протизапальний і протинабряковий ефект, а

пентоксифілін володіє здатністю поліпшувати мікроциркуляцію і трофіку тканин пародонта та помірними імуномодулюючими властивостями.

Наведені клініко-патогенетичні особливості впливу препаратів на мікро-, макроелементний спектр крові, протеїнограму та головні чинники гуморальної імунної відповіді обґрунтовують диференційовані показання до їх застосування – транспародонтально наклофен при загостреному перебігу, а пентоксифілін транспародонтально у випадку хронічного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня.

Практичне значення одержаних результатів. Вперше розроблений новий метод патогенетичного лікування генералізованого пародонтиту шляхом внутрішньоорганного електрофорезу наклофену і пентоксифіліну, що дозволяє покращити якість лікування, на 3-5 днів скоротити терміни лікування хворих та подовжити період ремісії генералізованого пародонтиту I ступеня. Отримані дані щодо вмісту мікро-, макроелементів у крові, показників протеїнограми та основних чинників гуморального імунітету можуть бути використані практичними лікарями для диференційної діагностики загостреного і хронічного перебігу, а також оцінки клінічної ефективності лікування генералізованого пародонтиту із загостреним та хронічним перебігом.

Впровадження результатів дослідження. Результати досліджень впроваджені в лікувальну роботу стоматологічної поліклініки при Івано-Франківській державній медичній академії та в педагогічний процес кафедр терапевтичної стоматології, хірургічної стоматології, ортопедичної стоматології і стоматології дитячого віку Івано-Франківської державної медичної академії, кафедри терапевтичної стоматології НМУ, районної стоматологічної поліклініки м.Тлумача Івано-Франківської області.

Особистий внесок здобувача. Автор самостійно провів аналіз наукової літератури щодо обраної проблеми, провів клінічні і лабораторні дослідження, статистичну обробку і аналіз отриманих даних, науково обґрунтував отримані результати, оформив дисертаційну роботу, підготував до друку результати дослідження. Висновки та практичні рекомендації сформульовані автором разом з науковим керівником.

Фрагменти роботи виконані: на базі кафедр хімії (зав. кафедри – д.мед.н., проф. Клименко А.О.), факультетської хірургії медичного факультету (зав. кафедри – д.мед.н., проф. Василюк М.Д.) Івано-Франківської державної медичної академії.

Імунологічні дослідження проводили в лабораторії клініки факультетської хірургії Івано-Франківської державної медичної академії (зав. кафедри – член УАН, д.мед.н., професор Василюк М.Д.) та в лабораторії санаторію „Дністер” курорту Моршин (головний лікар – д.мед.н

., професор кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти Івано-Франківської державної медичної академії Міщук В.Г.).

Визначення вмісту мікроелементів (марганець, мідь, залізо, цинк) та макроелементів (кальцій, магній) проводили в „Проблемній лабораторії біохімічної екології” (зав. лабораторії – д.мед.н., професор Мазепа І.В.).

Апробація результатів дисертації. Основні положення і результати дисертаційної роботи доповідались та обговорювались на науково-практичних конференціях “Актуальні проблеми хірургічної стоматології” (Івано-Франківськ, 1995), “Актуальні проблеми стоматології. Нові методики та технології” (Львів, 1998), засіданнях наукових товариств обласних стоматологів (Івано-Франківськ, 2001, 2002), підсумковій науковій конференції Івано-Франківської державної медичної академії (Івано-Франківськ, 2000-2002), засіданні обласного осередку Асоціації стоматологів України (Івано-Франківськ, 2002-2003).

Дисертаційна робота апробована на розширеному міжкафедральному засіданні профільних кафедр стоматологічного факультету та науковій комісії ректорату Івано-Франківської державної медичної академії.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 8 наукових праць, серед них 6 статей у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 – в матеріалах науково-практичних конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Основний текст дисертації викладений на 156 сторінках машинописного тексту. Дисертація ілюстрована 40 таблицями і 3 рисунками на 19 сторінках, складається із вступу, огляду літератури, матеріалу і методів дослідження, розділу власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який містить 193 джерела кирилицею та 57 латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. Об’єктом дослідження були 254 хворих на генералізований пародонтит I ступеня. З них у 130 (51,2%) пацієнтів спостерігався загострений перебіг, а у решти 124 (48,8%) пацієнтів – хронічний перебіг захворювання. Вік обстежених хворих коливався від 27 до 37 років (в середньому $30,2 \pm 6,3$ років), чоловіків було 107 (42,12%), а жінок – 147 (57,88%).

Основна група хворих складалася з 206 пацієнтів, із них у 106 був загострений, а у 100 пацієнтів – хронічний перебіг генералізованого пародонтиту.

У 126 хворих у комплексному лікуванні застосовували НПЗЗ наклофен (диклофенак-натрію, фірма КРКА, Словенія; реєстраційне посвідчення в Україні № П.09.00/02225), у інших 80 хворих – пентоксифілін (фірма „Ратіофарм”, Німеччина; реєстраційне посвідчення в Україні № П.11.00/02527).

Рандомізація хворих проводилась за методом сліпого дослідження порівняльних груп: I підгрупу основної групи склали 126 хворих, з них 67 хворим проводили інстиляції суспензією наклофену, а у 59 використали методику внутрішньоорганного електрофорезу; II підгрупу склали 80 хворих, з них 40 хворим проводили інстиляції суспензією пентоксифіліну, а у 40 використали методику внутрішньоорганного електрофорезу.

У 67 хворих основної групи застосовували наступний спосіб інстиляції суспензії наклофену. Після зрошення ушкодженого пародонта 0,06% розчином хлоргексидину видаляли над- і під'ясенні зубні відкладення, проводили кюретаж, полірування дентину оголених ділянок шийок коренів зубів. З першого дня лікування проводили інстиляції пародонтальних кишень та аплікації на ясна суспензії наклофену, яку готували наступним чином: 50 мг наклофену подрібнювали у ступці, додавали 0,1 мл 10% розчину димексиду та 2 мл дистильованої води (час інстиляції 15-20 хв.).

У 40 хворих основної групи застосовували описану вище методику з використанням суспензії пентоксифіліну (в дозі 200 мг).

У 59 хворих основної групи застосовували методику внутрішньоорганного (транспародонтального) електрофорезу наклофену і у 40 пацієнтів – пентоксифіліну. За цією методикою через 40 хвилин після попередньо прийнятого всередину 50 мг наклофену або 200 мг пентоксифіліну проводили гальванізацію пародонта постійним електричним струмом силою 0,05 мА тривалістю 10 хвилин з використанням вітчизняного апарата „Поток-1”.

В якості електродів, використовувався алюміній. Застосовували гідрофільні прокладки, виготовлені з фланелі. Електроди, обгорнені марлевою серветкою, розташовували таким чином, щоб вогнище ураження (пародонт) знаходилось в міжелектродному просторі, що створює умови для елімінації препарату з гемоциркуляції. Площа прокладок визначалась величиною вогнища ураження пародонта. Тривалість процедури 10 хвилин. Курс лікування – 10 процедур.

Результати дослідження порівнювали з результатами лікування за загальноприйнятою методикою (48 хворих – контрольна група, в тому числі 24 пацієнта із загостреним перебігом і 24 – з хронічним перебігом пародонтиту) та з даними 66 людей з клінічно здоровим пародонтом.

В діагностиці генералізованого пародонтиту використовували класифікацію захворювань пародонта за М.Ф.Данилевським (1994). Усім хворим було проведене комплексне обстеження стану пародонта. Стан гігієни порожнини рота визначали за допомогою індексу гігієни порожнини рота Green-Vermillion (1964), поширеність запального процесу в яснах визначали за допомогою проби Шиллера-Писарева (1958). Для визначення необхідного обсягу втручань у пародонті використовували індекси СРІТН (1982) та втрати прикріплення. Для оцінки стану пародонта застосовували пародонтальний індекс за S.P.Ramfjord (1977). Вимірювали глибину пародонтальних кишень, одночасно визначаючи характер та кількість виділень з них. Характер ексудату визначали за допомогою бензидинової проби за S.Sorri (1960). Для диференційної діагностики ясенних та пародонтальних кишень використовували формалінову пробу за С.Parma (1960). Патологічну рухомість зубів визначали за Д.А.Ентіним (1957). Для оцінки стану кістки альвеолярного відростка щелеп проводили контактну внутрішньоротову рентгенографію. З метою виявлення характеру запальної реакції, оцінки захисних реакцій тканин пародонта, ступеня фагоцитоза застосовували методику послідовних полокань рота з оцінкою міграції лейкоцитів у ротову порожнину (М.А.Ясиновський, 1931). Для оцінки стійкості капілярів ясен проводили вакуумну пробу за В.І.Кулаженко (1960). Стан мікробного пейзажу пародонтальних кишень оцінювали за допомогою бактеріологічного дослідження вмісту кишень.

У сироватці крові пацієнтів визначали до і після лікування вміст макроелементів (кальцій, магній) та мікроелементів (марганець, мідь, залізо, цинк) за допомогою методу плазмової спектрофотометрії на прецизійній системі "Плазмеквант-110" за методикою І.В.Мазепи (2000).

До і після лікування кількісний вміст імуноглобулінів А, М, G визначали за методиками G.Mancini (1965), В.Девіс (1964) та диск-електрофорезу сироваткового білка в поліакриламідному гелі (ПААГ) з якісним і кількісним аналізом диск-електрофореграми за допомогою комп'ютерної автоматичної системи за методикою М.Д.Васильюка, Є.М. Нейка, С.М.Васильюка (1999).

Всі перераховані вище клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження проводили на початку дослідження, через 10 днів лікування та через 6 і 12 місяців спостереження.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакету комп'ютерних програм Statistica for Windows ("Stat Soft", США).

Результати дослідження. Встановлено, що при загостреному перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня має місце вірогідне збільшення

показників клінічних проб та індексів пародонта в порівнянні з хронічним перебігом цієї недуги. Так, у випадку загостреного перебігу в основній групі спостерігалось збільшення пародонтального індексу за Ramfjord до $(5,38 \pm 0,44)$ балів відносно показника $(4,50 \pm 0,32)$ балів при хронічному перебігу захворювання ($p < 0,05$). Це пояснюється тим, що при хронічному перебігу у хворих не спостерігалось набряку ясен, а запалення було менш виразним. Підтвердженням даної тези є значення проби Шиллера-Писарева, яка у випадку загостреного перебігу генералізованого пародонтиту дорівнювала $(2,15 \pm 0,36)$ балів проти $(1,53 \pm 0,20)$ балів ($p < 0,05$) при хронічному перебігу. Індекс оральної гігієни Green-Verillion становив, відповідно, $(2,84 \pm 0,20)$ балів проти $(2,39 \pm 0,25)$ балів ($p < 0,05$). Аналогічна закономірність відзначалась і у контрольній групі. В обох групах спостерігалась тенденція до зростання індексу CRITN при загостреному перебігу генералізованого пародонтиту в порівнянні із хронічним перебігом ($p > 0,05$).

Виявлено, що у хворих на генералізований пародонтит I ступеня спостерігається суттєвий дисбаланс в обміні мікро- та макроелементів. Так, при загостреному перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня спостерігалось вірогідне збільшення вмісту в крові марганцю у 10,6 рази, міді у 6,8 рази, цинку у 4,3 рази, кальцію у 2,79 рази та заліза у 1,8 рази відносно референтних нормативних показників ($p < 0,05$). У випадку хронічного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня відмічалось збільшення вмісту в крові мікроелементів, проте менш виражене порівняно із загостреним перебігом захворювання.

Важливим є те, що у осіб із клінічно здоровим пародонтом співвідношення кількості кальцію відносно кількості магнію в крові становило 1,9 ($p < 0,05$), тоді як у випадку хронічного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня дане співвідношення склало 2,04 ($p < 0,05$), а у хворих із загостреним перебігом недуги – 4,8 рази ($p < 0,05$).

Проведені імунологічні дослідження виявили дисбаланс головних показників гуморальної ланки імунітету у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу. Так, при аналізі вмісту фракцій сироваткового білка за встановлено, що в преальбуміновій зоні визначались тільки дві фракції -1 і 1а, причому вміст білка в цих фракціях був меншим порівняно з рівнем у осіб із клінічно здоровим пародонтом ($p < 0,05$). В преальбуміновій зоні, де у осіб із клінічно здоровим пародонтом локалізуються 2-3 фракції сироваткового білка при генералізованому пародонтиті загостреного перебігу чітко візуалізувалась фракція 1, тоді як фракція 1а була повністю відсутня, а фракція 1б – виявлялась лише у окремих хворих. Відсутність фракції 1а, де локалізується σ_1 -ліпопротеїн, який містить значну кількість фосфоліпідів і тригліцеридів, пояснюється

посиленням процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) (Y.Guven, 1996).

Вміст альбумінів був зниженим у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу ($p < 0,05$), тоді як при хронічному перебігу вміст альбумінів суттєво не відрізнявся від норми ($p > 0,05$). Зниження концентрації альбумінів у хворих на генералізований пародонтит I ступеня, в певній мірі, зв'язане з дистрофічно-запальним процесом у пародонті, тривалістю перебігу захворювання і частотою загострень (Т.М.Дунязина, 2000).

У хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу вміст церулоплазміну (фракція 7) був підвищений на 21,5%, а при хронічному перебігу – на 33,5%, порівняно із особами з клінічно здоровим пародонтом ($p < 0,05$). При загостреному перебігу генералізованого пародонтит I ступеня спостерігалось підвищення вмісту трансферину в крові на 18,78% стосовно референтної норми ($p < 0,05$), в той час як при хронічному перебігу суттєвих відмінностей від показників у здорових осіб концентрації циркулюючого трансферину не виявлено ($p > 0,05$).

Значних змін при генералізованому пародонтиті I ступеня загостреного перебігу зазнавали фракції швидких і повільних посттрансферинів. Так, у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу кількість білка у фракції 25 була зниженою на 43,6% стосовно осіб із клінічно здоровим пародонтом ($p < 0,05$). У хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу відмічалось також підвищення рівня β -ліпоптротеїнів сироватки крові – на 50% стосовно їх вмісту в крові при хронічному перебігу захворювання ($p < 0,05$).

При аналізі імунограм було встановлено, що кількість імунних комплексів, які локалізуються в крупнопористому гелі і вміст Ig G у 27 фракції дрібнопористого гелю були підвищеними відповідно у 3,11 і 1,54 рази порівняно із референтною нормою ($p < 0,05$). Характерним для загостреного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня виявилось зростання вмісту IgG у фракціях 26-й і 25-й – відповідно у 3,44 і 3,79 рази в порівнянні із аналогічними показниками у здорових осіб ($p < 0,05$).

Паралельно спостерігалось різке зниження концентрації IgG у 22-17 фракціях відносно контрольної групи ($p < 0,05$), що вказує, на нашу думку, на імуносупресію і суттєві метаболічні порушення.

При дослідженні імунограм IgA у фракціях сироваткового білка хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу було встановлено, що він локалізувався в крупнопористому гелі та від фракції 23-22 до фракції 20-18 у дрібнопористому гелі. У хворих на генералізований пародонтит I ступеня незалежно від перебігу сироватковий Ig A в крупнопористому гелі не визначався. При визначенні вмісту IgA у

сироватці крові при загостреному перебігу виявлена електрофоретична рухомість IgA у 23-18 фракціях.

Загальна кількість IgM в сироватці крові за методом Mancini у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу була дещо збільшеною відносно осіб із клінічно здоровим пародонтом ($p > 0,05$). У хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу на відміну від здорових осіб в крупнопористому гелі серед виявлявся IgM.

Аналіз найближчих (через 10 днів) і віддалених (через 6 і 12 місяців) результатів спостереження вказує, що методика внутрішньоорганного електрофорезу наклофену при лікуванні генералізованого пародонтиту I ступеня як при хронічному перебігу, так і у випадку загостреного перебігу є більш ефективною порівняно із методикою інстиляцій препарату. Так, через 10 днів лікування проба Шиллера-Писарева була негативною в загальному у 90,9% хворих основної групи і 75% пацієнтів контрольної групи.

При аналізі віддалених (через 6 і 12 місяців) результатів дослідження встановлено, що у хворих основної групи після лікування генералізованого пародонтиту I ступеня із загостреним перебігом наклофеном задовільний стан пародонта за показниками пародонтального індексу, проби Шиллера-Писарева та індексів CRITN і Green-Vermillion через 6 місяців відмічений у 54 (81,8%) хворих, а через 12 місяців – у 49 (74,2%) пацієнтів. У контрольній групі задовільні результати лікування виявлені у 15 (62,5%) хворих через 6 місяців і у 11 (45,8%) пацієнтів – через 12 місяців.

Менш ефективним у хворих обох груп виявилось лікування у випадку хронічного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня. Через 6 місяців у 69 (76,6%) хворих із загостреним перебігом та у 61 (72,6%) хворого з хронічним перебігом генералізованого пародонтиту відмічали відсутність неприємних суб'єктивних відчуттів у порожнині рота, болючості та кровоточивості ясен, відчуття тяжкості та свербіжу в яснах. Слизова оболонка ясен була щільною, ясенні сосочки не гіперемовані. Через 12 місяців після лікування аналогічна динаміка відзначалась у 60 (66,6%) хворих із загостреним перебігом та у 51 (60,7%) пацієнта з хронічним перебігом генералізованого пародонтиту.

У хворих контрольної групи аналогічні задовільні клінічні, рентгенологічні та лабораторні результати лікування відмічені у 22 (45,8%) хворих, а у 26 (54,1%) випадках – прогресування патологічного процесу.

При аналізі найближчих (через 10 днів) і віддалених (через 6 і 12 місяців) результатів спостережень констатовано, що місцеве застосування наклофену покращує клінічний стан пародонта і сприятливо впливає на мікро-, макроелементний спектр крові хворих на генералізований пародонтит I ступеня. Проте, більш виражені позитивні зміни

спостерігались при застосуванні наклофену шляхом внутрішньоорганного електрофорезу. Вміст мікроелементів міді та мідню через 10 днів істотно знижувався порівняно із вихідними значеннями – відповідно в середньому на 69,67% та 71,84% ($p > 0,05$). У контрольній групі спостерігалась лише тенденція до зменшення в крові цих мікроелементів ($p > 0,05$).

Після проведеного лікування наклофеном місцево та за методикою внутрішньоорганного електрофорезу у хворих основної та контрольної груп при хронічному перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня показники вмісту мікро-, макроелементів в крові суттєво не відрізнялись від таких до лікування ($p > 0,05$), що обґрунтовує більшу доцільність застосування наклофену за методикою внутрішньоорганного електрофорезу саме у випадку загостреного перебігу генералізованого пародонтиту.

Встановлено, що перевагою методики внутрішньоорганного електрофорезу наклофену є більш суттєве зниження вмісту в крові прозапальних мікроелементів марганцю, заліза, міді і цинку з розмаїрністю від 1,5 до 5,6 разів стосовно методики застосування наклофену місцево ($p < 0,05$). Аналіз віддалених результатів (через 6 і 12 місяців) впливу наклофену за методикою внутрішньоорганного електрофорезу дозволив виявити більш виражене зменшення вмісту в крові марганцю, заліза, міді і цинку при загостреному перебігу генералізованого пародонтиту через 6 і 12 місяців лікування відносно вихідних їх значень ($p < 0,05$) в порівнянні із аналогічною динамікою під впливом лікування наклофеном місцево ($p < 0,05$). Відтак встановлено, що через 10 днів лікування наклофеном за обома методиками вміст в крові преальбумінів та альбумінів зростав і наближався до значень у осіб із клінічно здоровим пародонтом ($p < 0,05$). У хворих контрольної групи не відмічалось достовірної тенденції до нормалізації вмісту в крові протеїнів у фракціях 1, 1a, 2, 3, 4 ($p > 0,05$). У хворих основної групи показники вмісту трансферину в крові після лікування місцево і шляхом внутрішньоорганного електрофорезу знижувалися і наближались до норми ($p < 0,05$).

Через 10 днів лікування хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу наклофеном спостерігалась тенденція до зростання загальної кількості IgG сироватки крові за методом Mancini як при місцевому його застосуванні, так і при внутрішньоорганному електрофорезі наклофену ($p > 0,05$). Під впливом загальноприйнятого лікування спостерігалась менш виражена динаміка вмісту IgG в сироватці крові порівняно з хворими основної групи ($p > 0,05$). При дослідженні IgA у фракціях сироваткового білка було встановлено, що через 10 днів лікування хворих основної групи спостерігається значне зростання вмісту цього класу імуноглобуліну в 1,49 рази при місцевому застосуванні наклофену ($p < 0,05$).

та в 1,62 рази при внутрішньоорганному застосуванні наклофену ($p < 0,05$). У хворих контрольної групи після лікування, на відміну від пацієнтів основної групи, спостерігалось зменшення загальної кількості IgA сироватки крові за методом Mancini в 1,6 рази ($p < 0,05$). Через 10 днів комплексного лікування з включенням наклофену місцево і шляхом внутрішньоорганного електрофорезу кількість Ig M у фракціях 26 і 27 диск-електрофореграми наближувалась до референтних нормативних показників ($p < 0,05$).

У хворих із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту I ступеня через 10 днів лікування наклофеном місцево та за методикою внутрішньоорганного електрофорезу показники вмісту імуноглобулінів IgG, IgA, IgM в сироватці крові за методом Mancini достовірно не відрізнялись від цих показників на початку дослідження ($p > 0,05$). Відсутність істотної динаміки змін показників гуморального імунітету при хронічному перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня під впливом застосованого лікування в основній групі вказує на більшу доцільність застосування наклофену за обома методиками у випадку загостреного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня.

Проведені дослідження стану гуморального імунітету у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу через 6 і 12 місяців вказують на тенденцію до зниження загального вмісту IgG, IgA в сироватці крові як у хворих основної, так і контрольної груп ($p > 0,05$).

Безпосередні результати спостережень (через 10 днів) вказують на більш виразну позитивну динаміку показників індексної оцінки стану пародонта у хворих на генералізований пародонтит із загостреним перебігом при застосуванні в комплексному лікуванні пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу як відносно загальноприйнятої терапії, так і методики місцевого застосування даного препарату. Зокрема, наприкінці 10-денного курсу лікування задовільний стан пародонта за показниками пародонтального індексу, проби Шиллера-Писарева та індексів CPITN і Green-Vermillion відмічався у 33 (82,5%) хворих основної групи на відміну від 18 (75%) пацієнтів контрольної групи. В основній групі хворих через 10 днів лікування виявлено зменшення показника пародонтального індексу в 1,55 рази ($p < 0,05$), а у хворих контрольної групи лише – в 1,15 рази ($p < 0,05$) порівняно з їх вихідними значеннями ($p < 0,05$). Під впливом пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу констатовано суттєве зменшення на 10-й день лікування показника проби Шиллера-Писарева в 3,16 рази відносно вихідного рівня ($p < 0,05$), в той час як у контрольній групі динаміка виявилась менш вираженою – лише в 1,6 рази ($p < 0,05$).

При аналізі віддалених результатів через 6 і 12 місяців лікування у більшості хворих основної групи виявлено стабілізацію процесу і відсутність явищ прогресування генералізованого пародонтиту як при застосуванні методики інстиляцій пародонта, так і, в більшій мірі, при внутрішньоорганному електрофорезі пентоксифіліну, на відміну від пацієнтів контрольної групи. Так, через 6 місяців після проведеного лікування генералізованого пародонтиту I ступеня при загостреному перебігу у 31 (77,5%) хворого основної та у 15 (62,5%) обстежених контрольної групи виявлений задовільний стан тканин пародонта. Через 12 місяців спостереження відмічено деяке зменшення відсотка осіб із задовільним клінічним ефектом, причому, переважно у контрольній групі. Про це свідчать показники проби Шиллера-Писарева, яка була негативною у 26 (65%) хворих основної та у 11 (45,8%) осіб контрольної груп.

Застосовані лікувальні технології у випадку хронічного перебігу генералізованого пародонтиту виявились менш ефективними, особливо, у хворих контрольної групи. Зокрема, в основній групі хворих через 6 місяців після лікування задовільний стан пародонта відмічався у 29 (72,5%) чоловік, тоді як у контрольній групі – лише у 13 (54,1%) осіб. Ще менший відсоток осіб із задовільним станом пародонта спостерігався через 12 місяців після лікування – у 23 (57,5%) хворих основної групи проти 10 (41,6%) – контрольної групи.

При аналізі динаміки вмісту мікро-, макроелементів у сироватці крові хворих на хронічний генералізований пародонтит I ступеня встановлено, що більш виражена динаміка їх спостерігалась при застосуванні пентоксифіліну шляхом внутрішньоорганного електрофорезу. Зокрема, через 10 днів комплексного лікування з включенням пентоксифіліну за методикою транспародонтального електрофорезу відмічено зниження концентрації в крові магнію відносно вихідного рівня в 1,75 рази ($p < 0,05$), тоді як при загальноприйнятому лікуванні виявлено тенденцію до його зростання в 1,06 рази ($p > 0,05$). При цьому в основній групі показник вмісту магнію через 10 днів лікування виявився меншим у 1,68 рази відносно контрольної групи ($p < 0,05$). У хворих основної групи із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту I ступеня при застосуванні пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу спостерігалось більш значне зменшення концентрації в крові прозапальних мікроелементів марганцю, заліза, міді і цинку з розмах-різницею від 1,18 до 1,89 разів відносно методики застосування пентоксифіліну місцево ($p < 0,05$).

Аналіз впливу курсового (упродовж 10 днів) лікування з включенням пентоксифіліну на динаміку сироваткових білків диск-електрофореграми у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу

дозволив виявити, що після застосування пентоксифіліну за обома методиками відмічалось зростання вмісту преальбумінів фракції 1 відносно вихідного значення ($p < 0,05$), яке було більш вираженим при використанні методики внутрішньоорганного електрофорезу. Включення до комплексного лікування пентоксифіліну сприяло зростанню вмісту альбуміну 2 фракції в середньому на 7,93% ($p < 0,05$) при місцевому застосуванні та в середньому на 8,62% ($p < 0,05$) при внутрішньоорганному його електрофорезі, порівняно із вихідним рівнем.

Після проведеного комплексного лікування з включенням пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу у хворих із загостреним перебігом пародонтиту спостерігалось зниження вмісту церулоплазміну в середньому на 27,2% ($p < 0,05$) та трансферину – в середньому на 20,2% ($p < 0,05$) і наближення до показників референтної норми, в той час як при застосуванні пентоксифіліну місцево відмічалась лише тенденція до зниження церулоплазміну відносно вихідного рівня ($p > 0,05$). Позитивна динаміка комплексного лікування з включенням пентоксифіліну шляхом внутрішньоорганного електрофорезу підтверджувалась і за вмістом загального білка. У контрольній групі відмічалась значно менш виражена позитивна динаміка.

Після комплексного лікування з включенням пентоксифіліну місцево констатовано зниження вмісту IgG в крупнопористому гелі в середньому на 41,3% ($p < 0,05$), яке було більш вираженим при застосуванні методики внутрішньоорганного електрофорезу і склало в середньому 51,08% ($p < 0,05$). До сприятливих імунорегуляторних ефектів комплексного лікування з включенням пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу слід віднести тенденцію до зростання загального вмісту IgG, досліджуваного за методом Manchini, в середньому на 9,5% ($p > 0,05$) і наближення до референтної норми, в той час як при місцевому застосуванні пентоксифіліну відмічалась лише тенденція до зростання вмісту даного імуноглобуліну ($p > 0,05$).

При аналізі вмісту в крові IgA у хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу на початку дослідження і через 10 днів лікування виявлено, що застосування пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу приводило до суттєвого зниження вмісту IgA у крупнопористому гелі в середньому на 53,84% ($p < 0,05$), тоді як при застосуванні пентоксифіліну місцево відмічалась лише тенденція до зниження даного показника ($p > 0,05$) відносно вихідного рівня. Підтвердженням позитивної динаміки IgA під впливом комплексного лікування з включенням пентоксифіліну шляхом внутрішньоорганного електрофорезу стала тенденція до незначного зниження загальної кількості

IgA в сироватці крові за методом Mancini ($p > 0,05$) та відсутність достовірних його змін при застосуванні пентоксифіліну місцево ($p > 0,05$).

При вивченні вмісту IgM у фракціях сироваткового білка в процесі лікування пентоксифіліном за обома методиками встановлено, що під впливом комплексного лікування з включенням пентоксифіліну відмічалась виразна позитивна тенденція змін вмісту IgM сироватки крові. Так, під впливом пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу спостерігалось зростання вмісту IgM в крупнопористому гелі в середньому на 70,3% ($p < 0,05$), тоді як при місцевому застосуванні пентоксифіліну менше – в середньому на 37,03% ($p > 0,05$). Під впливом загальноприйнятого лікування не спостергалось вірогідних змін вмісту IgM у крові та фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми ($p > 0,05$).

При хронічному перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня наприкінці курсового лікування з включенням пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу відмічалось вірогідне зростання загального вмісту IgG в середньому на 8,19%, IgA в середньому на 6,83%, IgM в середньому на 7,24% ($p < 0,05$).

Таким чином, отримані результати вказують на більш значну клінічну ефективність застосування наклофену і пентоксифіліну за методикою внутрішньоорганного електрофорезу в порівнянні із місцевим їх застосуванням шляхом інстиляцій пародонта. Ефективність курсового (упродовж 10 днів) лікування генералізованого пародонтиту I ступеня загостреного перебігу з використанням методики внутрішньоорганного електрофорезу складає 90,9% при застосуванні наклофену і 82,5% при використанні пентоксифіліну (на відміну від ефективності у 75% хворих контрольної групи) та дозволяє покращити якість лікування і на 3-5 днів скоротити терміни лікування хворих. Розроблена методика внутрішньоорганного електрофорезу наклофену і пентоксифіліну забезпечує стійку ремісію генералізованого пародонтиту I ступеня у 79,48% хворих упродовж 6 місяців (55,91% в контрольній групі) і у 58,34% пацієнтів упродовж 12 місяців (32,65% в контролі).

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі сучасної стоматології – удосконалення комплексного лікування генералізованого пародонтиту шляхом дослідження його клінічного перебігу, вмісту макро- та мікроелементів, основних показників гуморального імунітету у сироватці крові і розробка на цій основі методу патогенетичного лікування з використанням наклофену і пентоксифіліну.

1. Для хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу характерним є розвиток гіпермікроелементозу з підвищенням вмісту в крові прозапальних мікроелементів марганцю у 10,6 рази, міді в 6,8 рази, цинку у 4,3 рази, заліза у 1,8 рази та макроелементів кальцію в 2,79 рази і магнію у 1,7 рази відносно референтних нормативних показників ($p < 0,05$).

2. У таких хворих виникає суттєве порушення білкового обміну, яке проявляється гіпо-, диспротеїнемією, гіпоальбумінемією і обумовлюється недостатнім синтезом окремих білків зони повільних та швидких посттрансферинів, зменшенням концентрації протизапальних „гострофазних білків” альбумінів і преальбумінів та підвищенням вмісту β -ліпопротеїнів, напруження системи антиоксидантного захисту, що виявляється підвищенням вмісту церулоплазміну на 21,5% і трансферину на 18,8% у крові відносно здорових осіб ($p < 0,05$). Загострений перебіг генералізованого пародонтиту I ступеня характеризується дисфункцією імунної системи, яка полягає у збільшенні вмісту циркулюючих імуноглобулінів IgG в крупнопористому гелі і у фракції 27 відповідно в 3,11 і 1,54 рази та у фракціях 26 і 25 відповідно в 3,44 і 3,79 рази на тлі одночасного зниження вмісту в крові IgG у фракціях 22-17, порівняно із аналогічними показниками в групі здорових осіб ($p < 0,05$). Кількість IgM у крупнопористому гелі підвищується до $(1,27 \pm 0,08)$ г/л при одночасному зниженні IgM у фракції 27 до $(0,24 \pm 0,06)$ г/л та у фракції 26 до $(0,28 \pm 0,05)$ г/л, проти вмісту IgM у здорових людей – $(0,65 \pm 0,12)$ г/л у фракції 27 та $(0,43 \pm 0,14)$ г/л у фракції 26 сироваткового білка диск-електрофореграми ($p < 0,05$).

3. Застосування наклофену місцево та шляхом внутрішньоорганного електрофорезу показане до лікування хворих на генералізований пародонтит I ступеня загостреного перебігу. Обидва ці способи лікування дозволяють зменшити активність запального процесу, досягнути стабілізації захворювання, усунути гіпермікроелементоз, домогтися нормалізації вмісту в крові протизапальних „гострофазних білків” преальбумінів і альбумінів та зменшити напруженість системи антиоксидантного захисту організму.

4. Методика внутрішньоорганного електрофорезу наклофену і пентоксифіліну у хворих на генералізований пародонтит I ступеня є більш ефективна, ніж місцеві інстиляції суспензіями цих препаратів. Такий спосіб уведення зазначених фармпрепаратів посилює протизапальні і протинабрякові властивості наклофену та імуномодуючі властивості пентоксифіліну.

5. Включення у комплексну терапію генералізованого пародонтиту I ступеня загостреного перебігу наклофену і пентоксифіліну методом внутрішньоорганного (транспародонтального) електрофорезу сприяє підвищенню курсової ефективності лікування до 90,9% при застосуванні наклофену і 82,5% – при використанні пентоксифіліну. Запропонована методика внутрішньоорганного електрофорезу препаратів наклофену і пентоксифіліну забезпечує стійку ремісію пародонтиту у 79,48% хворих упродовж 6 місяців і у 58,34% пацієнтів упродовж 12 місяців.

6. Наклофен і пентоксифілін за методикою внутрішньоорганного електрофорезу слід застосовувати диференційовано в залежності від перебігу захворювання – наклофен при загостреному перебігу, а пентоксифілін у випадку хронічного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Додатковими діагностичними критеріями (маркерами) загостреного перебігу генералізованого пародонтиту I ступеня можуть слугувати:

а) збільшення вмісту в крові прозапальних мікроелементів заліза, міді, марганцю, цинку та макроелементів кальцію і магнію;

б) зменшення у сироватці крові концентрації протизапальних „гострофазних білків” – преальбумінів і альбумінів;

в) підвищення в сироватці крові вмісту β -ліпопротеїнів, церулоплазміну і трансферину в крові;

г) наявність IgG і IgA в крупнопористому гелі диск-електрофореграми.

2. У комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит I ступеня ефективним є застосування внутрішньоорганного (транспародонтального) електрофорезу наклофену і пентоксифіліну. Найбільш оптимальними параметрами для внутрішньоорганного електрофорезу цих препаратів є наступні: сила струму 0,05 мА тривалістю 10 хвилин, 10 сеансів на курс лікування. Наклофен (50 мг) або пентоксифілін (200 мг) призначають перорально за 40-60 хвилин до процедури, що визначається фармакокінетикою цих лікарських засобів.

3. Розроблений метод лікування є простим і широко доступним в амбулаторній практиці способом для застосування у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит I ступеня. Запропонована методика дозволяє підвищити якість лікування, на 3-5 днів скоротити терміни лікування хворих, зменшує частоту виникнення загострень дистрофічно-запального процесу і подовжує період ремісії генералізованого пародонтиту I ступеня.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Середюк І.Н. Особливості застосування наклофену при захворюваннях пародонту // Галицький лікарський вісник.- 1999.- №4 (6).- С. 102-103.
2. Мельничук Г.М., Петраш Н.В., Мельничук С.С., Павлюк Т.Д., Костишин З.Т., Голодинський А.Б., Курілець Х.С., Середюк І.Н., Катеринюк В.Ю., Павелко Н.М., Кришталюк Л.З., Тарнавська Л.В., Кобрин О.П. Антибактеріальна терапія хронічного генералізованого пародонтиту. та ін // Вісник стоматології.- 1999.- №4 (24).- С. 14-18. *Дисертантом проведено стоматологічне обстеження, обробка та аналіз його результатів.*
3. Середюк І.Н. Терапевтична ефективність пентоксифіліну в лікуванні хворих на пародонтит // Галицький лікарський вісник.- 2000.- №2 (7).- С. 110-111.
4. Середюк І.Н. Терапевтична ефективність наклофену в лікуванні хворих на пародонтит // Галицький лікарський вісник.- 2000.- №3 (7).- С. 151-152.
5. Середюк І.Н. Зміни спектру сироваткового білка у хворих з пародонтитом при застосуванні пентоксифіліну і наклофену // Галицький лікарський вісник.- 2001.- №2.- С. 60-63.
6. Середюк І.Н. Вміст IgG, IgA, IgM у фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі у хворих на пародонтит в процесі лікування пентоксифіліном // Галицький лікарський вісник.- 2002.- №4.- С. 62-65.
7. Середюк І.Н. Застосування наклофену у комплексному лікуванні пародонтиту // Збірник наукових праць. "Актуальні проблеми хірургічної стоматології. (Помилки і ускладнення)".- м.Івано-Франківськ.- 1995.- С. 87.
8. Середюк І.Н. Застосування наклофену при захворюваннях пародонта // Матеріали науково-практичної конференції "Актуальні проблеми стоматології. Нові методики та технології".- м. Львів.- 1998.- С. 134.

АНОТАЦІЯ

Середюк І.Н. Клініко-патогенетичні особливості застосування протизапальних засобів та ангіопротекторів в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.- Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія.- Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, 2005.

Розроблено новий метод патогенетичного лікування генералізованого пародонтиту шляхом внутрішньоорганного (транспародонтального) електрофорезу накладену і пентоксифіліну. Вперше встановлено, що курсове (упродовж 10 днів) застосування накладену і пентоксифіліну місцево та шляхом внутрішньоорганного електрофорезу сприятливо впливає як на місцевий стан тканин пародонта, так і на мікро-, макроелементний спектр крові, протеїнограму та гуморальну ланку імунної відповіді. Причому, накладену виявляє виражений протизапальний і протинабряковий ефект, а пентоксифілін володіє здатністю поліпшувати мікроциркуляцію і трофіку тканин пародонта та помірними імуномодулюючими властивостями.

Ключові слова: генералізований пародонтит I ступеня, накладену, пентоксифілін, електрофорез, метод.

АННОТАЦІЯ

Середюк И.Н. Клинико-патогенетические особенности применения противовоспалительных средств и ангиопротекторов в комплексном лечении генерализованного пародонтита.- Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология.- Национальный медицинский университет им. акад. О.О.Богомольца, Киев, 2005.

Обследовано 254 больных генерализованным пародонтитом I степени, в том числе 130 (51,2%) пациентов с обострившимся течением, и 124 (48,%) больных – с хроническим течением заболевания. Возраст пациентов в пределах от 27 до 37 лет, в среднем – (30,2±6,3) лет. Рандомизация больных на подгруппы было проведено следующим образом: I подгруппу основной группы составили 126 больных, из них 67 больным проводили инстилляцию суспензией накладену, а у 59 пациентов использовали методику внутриорганного (транспародонтального) электрофореза накладену; II подгруппу составили 80 больных, из них 40 пациентам проводили инстилляцию суспензией пентоксифиллина, а у 40 больных использовали методику внутриорганного электрофореза пентоксифиллина.

Результаты исследования сравнивали с результатами лечения по общепринятой методике (48 больных – контрольная группа, в том числе 24 пациента с обострившимся течением и 24 – с хроническим течением пародонтита) и с данными 66 обследованных с клинически здоровым пародонтом.

Показано, что для больных генерализованным пародонтитом I степени обострившегося течения характерно повышение уровня в крови микроэлементов марганца, меди, цинка, железа, макроэлемента кальция,

нарушение белкового обмена, дисфункция иммунной системы, которая характеризуется увеличением общего содержания в крови IgG и IgM при одновременном снижении уровня IgG в 22-17 фракциях, IgM в 23-21 фракциях сывороточного белка диск-электрофореграммы.

Установлено, что применение наклофена местно и методом внутриорганного (транспародонтального) электрофореза показано для лечения больных генерализованным пародонтитом I степени обострившегося течения. Оба этих способа лечения позволяют уменьшить активность воспалительного процесса, достичь стабилизации заболевания, устранить гипермикрозлементоз, добиться нормализации содержания в крови противовоспалительных „острофазных белков” преальбуминов и альбуминов, а также уменьшить напряжённость системы антиоксидантной защиты организма.

Методика внутриорганного электрофореза наклофена и пентоксифиллина у больных генерализованным пародонтитом I степени более эффективна, чем инстилляции пародонтальных карманов суспензиями этих препаратов. Предложенный способ введения указанных фармпрепаратов усиливает противовоспалительные и противоотёчные свойства наклофена и иммуномодулирующие свойства пентоксифиллина.

Применение в комплексной терапии генерализованного пародонтита I степени обострившегося течения наклофена и пентоксифиллина методом внутриорганного (транспародонтального) электрофореза способствует повышению эффективности лечения до 90,9% при применении наклофена и 82,5% – при использовании пентоксифиллина. Предложенная методика внутриорганного электрофореза препаратов наклофена и пентоксифиллина обеспечивает стойкую ремиссию у 79,48% больных на протяжении 6 месяцев и у 58,34% пациентов на протяжении 12 месяцев.

На основании изучения клинико-патогенетических особенностей генерализованного пародонтита I степени разработаны дифференцированные подходы к лечению таких больных.

Наклофен и пентоксифиллин методом внутриорганного электрофореза следует применять дифференцированно в зависимости от течения заболевания – наклофен при обострившемся течении, а пентоксифиллин - в случае хронического течения генерализованного пародонтита I степени.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит I степени, наклофен, пентоксифиллин, электрофорез, метод.

ANNOTATION

Serediuk I.N. Clinical and pathogenetic peculiarities of application of antiinflammatory and angioprotective agents in the complex treatment of

generalized periodontitis. - The manuscript.

Dissertation on competition of the Candidate of Medical Sciences degree in the specialty 14.01.22 - stomatology. – National University named after O.O. Bogomolets, Kiev, 2005.

A new method of pathogenetic treatment has been elaborated for generalized periodontitis of the I degree by using intraorgan transparadontal electroforesis with naclophene and pentoxifyllin.

It has been established that the course of treatment (during 10 days) with naclophene and pentoxifyllin in the form of local applications combined with intraorgan transparadontal electroforesis has a beneficial influence on the degree of the periodontal tissues, as well as on macro,- and microelements of blood spectrum, proteinorgan and humoral link of the immune response.

Thus, naclophene has high antiinflammatory and antiedematous influences, but pentoxifyllin improves microcirculation and trophic of periodontal tissues, has moderate immunomodulating properties.

Key words: generalized periodontitis of the I degree, naclophene, pentoxifyllin, electroforesis, method.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АОЗ – антиоксидантний захист

ДЕФ – диск-електрофорез

НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби

ПААГ – поліакриламідний гель

ПОЛ – перекисне окислення ліпідів

ЦОГ – циклооксигеназа

Са – кальцій

СРІТН – індекс потреби в лікуванні захворювань пародонту

Сu – мідь

Fe – залізо

IgA – імуноглобулін А

IgG – імуноглобулін G

IgM – імуноглобулін М

Mg – магній

Mn – марганець

Zn – цинк