

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Важливою проблемою світової спільноти є старіння населення. У теперішній час до 10 % населення планети мають вік понад 60 років, і цей показник постійно зростає. В Україні кількість населення старіше 55 років складає 25,1 %, а старіше 60 років – 20,7 % . Серед населення Києва частка осіб віком понад 60 років сягає 16,0 %.

Незадовільне стоматологічне здоров'я населення старших вікових груп стає найважливішою проблемою суспільної охорони здоров'я, яка потребує невідкладного вирішення та розробки чітких рекомендацій щодо планування та лікування, враховуючи вік, обтяженість та коморбідність пацієнтів (Алимский А.В., 1999, 2000; Ольховская Е.Б, 2003; Петерсен П. Е., Леус П.А., Борисенко Л.Г., 2005; Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., 2006; Павленко О.В., 2009; Білоклицька Г.Ф., 2011), а також удосконалення геронтологічного напрямку сучасної стоматології.

Особливістю стану порожнини рота людей похилого віку є множинна патологія: карієс, захворювання тканин пародонта, розповсюдженість яких сягає 100 %; незадовільна гігієна порожнини рота; втрата багатьох зубів та наявність незаміщених дефектів зубних рядів (Виллерсхаузен-Ценхен Б., Гляйснер С., 1998, 2000; Мазур І.П., Волосовец Т.М., 2004; Борисенко Л.Г., 2003–2006; Дмитриєва Л.А., Борисова Е.Н., 2004; Мазур І.П., 2004, 2005; Петрушанко Т.О., 2008; Неспрядько В.П., 2010) що призводять до погіршення якості життя.

Важливо враховувати значення самого процесу старіння (Заксон М.Л. и соавт., 1993). Вікові зміни зубощелепної системи, зокрема, втрата висоти альвеолярного відростка, суттєво підвищують сприйнятливість опорно-утримуючого апарату зубів до виникнення та розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта, ускладнюючи їх перебіг (Мазур І.П., Поворознюк В.В., 2002–2005; Чумакова Ю.Г., 2005–2008).

Потреба осіб похилого віку в стоматологічній допомозі надто велика, а стан порожнини рота – незадовільний (Чижов Ю.В., Новиков О.М., 2004; Антоненко М.Ю., 2011). Слід враховувати, що стоматологічний статус не лише відображає функціональний вік зубощелепного апарату, а й слугує індикатором якості життя людей похилого віку, вказує на рівень соціальної уваги та підтримки цієї категорії населення.

Дані літератури свідчать про відсутність уваги до хворих цієї вікової категорії, як при плануванні, так і на етапах лікування. Неухильне прогресування запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта, низька ефективність комплексного лікування, відсутність профілактики, короткотермінові ремісії обумовлюють необхідність пошуку нових методів і засобів лікування.

Саме тому оцінка стану тканин пародонта, виявлення особливостей перебігу їх захворювань, розробка і впровадження в практику методів і засобів лікування і профілактики захворювань пародонта в осіб похилого віку є актуальною проблемою сьогодення, яка потребує поглибленого вивчення, узагальнення й обґрунтування практичних рекомендацій щодо покращення стоматологічного здоров'я людей старших вікових груп.

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

Дисертаційна робота Т.М. Кананович є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені

О.О. Богомольця «Особливості клініки початкового карієсу і захворювань пародонта в осіб молодого віку, сучасні методи їх профілактики і лікування» (номер державної реєстрації 0104.V000449, шифр теми ІН 30.00.0033.97).

Мета і задачі дослідження.

Метою роботи є підвищення ефективності комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, шляхом вивчення вікових особливостей його перебігу, розробки та наукового обґрунтування схем комплексного лікування і профілактики.

Для досягнення поставленої мети було визначено наступні задачі:

1. Оцінити стоматологічний статус в осіб літнього та старечого віку – мешканців міста Києва.
2. Визначити чинники ризику розвитку захворювань пародонта в осіб похилого віку, вивчити особливості клінічного перебігу генералізованого пародонтита залежно від віку, ступеня розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта, наявності соматичних захворювань.
3. Дослідити динаміку метаболізму кісткової тканини в осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит.
4. Науково обґрунтувати раціональні схеми стоматологічної санації осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит, з урахуванням віку, місцевого і загального статусу.
5. Оцінити клінічну ефективність застосування розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, у найближчі та віддалені терміни.

Об'єкт дослідження –тканини пародонта, венозна кров та сеча осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит.

Предмет дослідження: особливості розвитку і перебігу генералізованого пародонтита в осіб літнього та старечого віку, ефективність комплексної профілактики та лікування захворювань пародонта залежно від віку, ступеня розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта.

Методи дослідження: клініко-лабораторні – для оцінки загального стоматологічного і пародонтального статусу; рентгенологічні – для визначення ступеня патологічних змін кісткової тканини альвеолярної кістки в осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит (згідно Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична» МОЗ України, 2007); біохімічні – для дослідження порушень метаболізму в органічній основі та мінерального компоненту кісткової тканини в осіб похилого віку; статистичні – для оцінки достовірності одержаних результатів.

Наукова новизна одержаних результатів.

За результатами динамічних клініко-рентгенологічних спостережень і лабораторних досліджень виявлено місцеві та загальні чинники ризику розвитку захворювань пародонта в осіб літнього та старечого віку: висока частота видалених зубів, низька кількість збережених зубів ($14,61 \pm 0,8$ в осіб літнього віку та $8,4 \pm 0,5$ у хворих старечого віку), погана індивідуальна гігієна порожнини рота (ГІ – $3,96 \pm 0,22$ бала та $4,03 \pm 0,23$ бала), наявність незаміщених дефектів зубних рядів, низька мотивація пацієнтів до лікування та якісного проведення індивідуальної

гігієни порожнини рота, множинна соматична патологія та вживання значної кількості фармакологічних препаратів, перехід на м'яку їжу, довготривалі шкідливі звички.

Показано роль синергізму загальних інволютивних змін організму і місцевих пародонтопатогенних чинників у розвитку захворювань пародонта і формуванні особливостей клініки генералізованого пародонтита у пацієнтів похилого віку: хронічний перебіг на тлі загальних соматичних захворювань і зниженої реактивності організму, як наслідок тривалого запально-дистрофічного процесу – формування деструктивних змін тканин пародонта: рецесія ясен (у 100 % обстежених), втрата епітеліального прикріплення (в середньому на $28,5 \pm 1,8$ %), поява фуркаційних дефектів (I, II ступеня у $68,7 \pm 3,4$ %), незадовільна гігієна ротової порожнини; вторинна травматична оклюзія, яка вчасно не компенсується і призводить до значного перевантаження окремих зубів; адаптивні і компенсаторні процеси відбуваються сповільнено; загострення соматичних захворювань сприяє активації клінічних проявів генералізованого пародонтита, поглибленню патологічних змін у тканинах пародонта.

Розроблено й обґрунтовано лікувально-профілактичні схеми комплексної терапії генералізованого пародонтита в осіб похилого віку. Підтверджено, що з метою упередження прогресування генералізованого пародонтита в осіб похилого віку ефективними є заходи, що включають індивідуальний гігієнічний догляд за ротовою порожниною, комплексну санацію, ортопедичне лікування, динамічне диспансерне спостереження.

Практичне значення одержаних результатів.

Враховуючи особливості захворювань тканин пародонта у геронтологічних пацієнтів, а саме: множинність (карієс та захворювання тканин пародонта), обтяженість і поєднання із загальносоматичною патологією, а також взаємообумовленість патологічних і вікових змін, які знижують адаптаційні можливості старіючого організму, показано практичну необхідність комплексного лікування у повному обсязі та диспансеризації хворих на генералізований пародонтит, а також підвищення мотивації до покращення гігієни порожнини рота та лікування з обов'язковим заміщенням дефектів зубних рядів.

Розроблено та науково обґрунтовано схему комплексних лікувально-профілактичних заходів у осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, яка включає початкове лікування, консервативно-хірургічно-коригуючу терапію, ортопедичне заміщення дефектів зубних рядів та відновлення жувальної функції, підтримуюче лікування в динаміці диспансерного спостереження (кожні 3 місяці упродовж першого року, далі – кожні півроку).

Запропоновані методи лікування впроваджено у лікувальну практику Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О.Богомольця, Дніпропетровської обласної стоматологічної поліклініки, стоматологічного відділення УНЛК Донецького національного медичного університету, міської стоматологічної поліклініки №6 м.Запоріжжя. Матеріали дисертації використовуються у навчальному процесі на кафедрах терапевтичної стоматології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом проведено інформаційно-патентний пошук, проаналізовано наукову літературу з даної проблеми, виконано комплексні клінічні, рентгенологічні та лабораторні дослідження; забезпечено збір матеріалу для біохімічних досліджень; проведено статистичну обробку результатів дослідження, спільно з науковим керівником деталізовано задачі дослідження, проаналізовано та науково обґрунтовано результати клініко-лабораторних досліджень, сформульовано основні положення, висновки і практичні рекомендації.

Біохімічні дослідження виконано у лабораторії біохімії Науково-дослідного інституту травматології і ортопедії НАМН України (м. Київ) під керівництвом доктора біологічних наук, професора Магомедова Садруддина*.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на: науково-практичній конференції Асоціації стоматологів України «Актуальні проблеми клінічної пародонтології» (Київ, 2007), «Сучасні технології лікування і профілактики в практичній стоматології», (Київ, лютий, грудень 2010), II Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених «Інноваційні технології в практичну медицину» (Київ, 2012), I Національному українському стоматологічному конгресі (Київ, 2012).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць, у тому числі – 5 у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 7 – у вигляді тез у матеріалах конференцій та з'їздів.

Структура дисертації. Роботу викладено на 165 сторінках комп'ютерного тексту. Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, характеристики об'єкту та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел. Роботу проілюстровано 28 таблицями та 23 рисунками. Список літератури містить 251 найменування, з яких 130 – кирилицею і 121 – латиною.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали і методи досліджень. З метою комплексної оцінки стоматологічного статусу в осіб літнього та старечого віку нами було обстежено 250 мешканців Києва, які звернулись за стоматологічною допомогою в Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця упродовж 2007–2008 років.

Із групи дослідження було виключено осіб, які мали тяжкі ендокринні, онкологічні захворювання та хвороби крові, а також пацієнти, які відмовились від участі в дослідженні на будь-якому з його етапів.

Обстежених розподілили на дві групи. Першу групу склали 155 (70 %) хворих віком від 55 до 74 ($65,2 \pm 0,8$) років, серед яких чоловіків – 63 (40,65 %), жінок – 92 (59,35 %). До другої групи віднесли 95 (30 %) обстежених віком 75–89 ($78,4 \pm 0,5$) років, серед яких 37 (38,94 %) чоловіків та 58 (61,06 %) жінок.

При вивченні стоматологічного статусу в осіб похилого віку визначали розповсюдженість карієсу (%) та його інтенсивність (за індексом КПВ), рівень індивідуального гігієнічного догляду за порожниною рота і протезами у разі їх

* Автор висловлює щирю подяку проф. Магомедову С. та співробітникам лабораторії за допомогу у виконанні досліджень.

наявності. Гігієнічний стан оцінювали за спрощеним індексом гігієни порожнини рота за методикою J.C.Green – J.K.Vermillion (1964) та за допомогою універсального гігієнічного індексу порожнини рота для осіб літнього та старечого віку (Ю.В. Чижов, О.М. Новиков, 2005).

Клінічну оцінку тканин пародонта проводили за клінічними даними та індексними показниками: папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) (Parma, 1960), пародонтальний (П) (Russel, 1956), комплексні пародонтальні індекси (КПІ) (1987), СРІ (ВООЗ, 1997) та індивідуальний пародонтологічний прогноз для кожного збереженого зуба. Також визначали рівень стоматологічної допомоги (РСД) (П.А. Леус, 1997).

Для визначення змін кісткової тканини альвеолярного відростка використовували внутрішньоротову близькофокусну контактну рентгенографію та ортопантомографію (Н.А. Рабухіна, А.П. Аржанцев, 1999).

Діагноз захворювання тканин пародонта встановлювали за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994).

Для виявлення загальних чинників, які сприяють прогресуванню патологічних змін в тканинах пародонта у людей похилого віку, проведено анкетування.

Біохімічні дослідження включали вивчення маркерів формування кісткової тканини (білковозв'язаний гідроксипролін у сироватці крові за Н. Stegemann, 1965), активність лужної фосфатази за методом О.Боданського, (Б.Я.Власов, Т.Г.Войтович, 1979), маркерів деструкції кістки (вільний гідроксипролін в сироватці крові за Н. Stegemann, 1965; екскреція оксипроліну в добовій сечі за А.А.Крель, Л.Н.Фурцева, 1968) та показників кальцій-фосфорного обміну – добова екскреція кальцію за методом Гринблатта і Хартмана (В.Г.Колб, В.С.Камышников, 1976) і фосфору за методом О. Боданського (В.Г. Колб, В.С.Камышников, 1976).

На підставі одержаних даних було розроблено схему лікувально-профілактичних заходів, яку було застосовано у 107 хворих на генералізований пародонтит I–III ступеня. Усіх пацієнтів розподілили на дві групи: група спостереження (67 осіб) – пацієнти отримували запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів та група порівняння (40 осіб) – пацієнтам проводили традиційне лікування.

Ефективність лікування оцінювали за динамікою клініко-лабораторних показників у безпосередні (через 1 міс.) та віддалені (6, 9 і 12 міс.) терміни спостереження.

Достовірність відмінностей при порівнянні середніх значень визначали за допомогою t-критерія Стьюдента (p). Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень.

Виявлено незадовільний рівень стоматологічного статусу в осіб літнього і старечого віку. Захворювання тканин пародонта виявлено у всіх обстежених (100 %). В осіб літнього віку гінгівіт діагностовано у 9 обстежених (5,81 %), генералізований пародонтит (ГП) – у 117 (75,48 %) осіб, з них 43 (68,3 %) – чоловіка та 74 (80,5 %) – жінки, пародонтоз – у 29 осіб (18,71 %). В осіб старечого віку діагностовано поодинокі випадки гінгівіту (2 пацієнта, 2,10 %). Пародонтоз виявлено у 15 пацієнтів (15,79 %); разом з тим, зростає питома вага ГП –

78 пацієнтів (82,11 %), з них 29 (78,4 %) чоловіків і 49 (84,5 %) жінок.

Аналіз структури захворювань тканин пародонта залежно від віку виявив тенденцію до поглиблення патологічного процесу та зменшення початкових форм захворювання.

В осіб літнього віку ГП I ступеня діагностовано у 24 (15,5 %) осіб (у 8 (12,7 %) чоловіків та у 16 (17,4 %) жінок); ГП II ступеня – у 57 (36,8 %) пацієнтів, з них – 23 (36,5 %) чоловіка та 34 (37,0 %) жінки; ГП III ступеня – у 36 (23,2 %) пацієнтів з них 12 (19,1 %) чоловіків та 24 (26,1 %) жінки.

В осіб старечого віку ГП I ступеня діагностовано у 10 (10,7 %) пацієнтів, з них 4 (10,8 %) чоловіка та 6 (10,3 %) жінок; ГП II ступеня – у 37 (38,9 %) пацієнтів (14 (37,8 %) чоловіків та 23 (39,7 %) жінки); ГП III ступеня – у 31 (32,6 %) з них 11 (29,8 %) чоловіків та 20 (34,5 %) жінок.

Таким чином, в осіб старечого віку спостерігається зростання захворювання на ГП у чоловіків майже на 10 % (сягає 78,4 %). У той же час зменшується кількість хворих на ГП I ступеня як у чоловіків (на 1,9 %) так і жінок (на 7,1 %) і значно збільшується кількість осіб з ГП III ступеня – на 10,7 % у чоловіків і на 7,9 % у жінок ($p < 0,05$).

Особливістю, характерною для пацієнтів похилого віку, є збільшення кількості хворих з вираженим розвитком деструктивних змін тканин пародонта, що є наслідком тривалого перебігу запальних процесів, відсутністю профілактичних оглядів, своєчасної діагностики, повноцінного комплексного лікування.

Це підтверджується тим, що в обох вікових групах не виявлено жодного пацієнта з уперше встановленим діагнозом. Тривалість захворювання тканин пародонта від 15 до 20 років виявлено у 89 (35,6 %) пацієнтів, з них 58 осіб (37,4 %) літнього та 31 (32,63 %) – старечого віку. Захворювання тривалістю більше 20 років констатовано у 33 (13,2 %) пацієнтів, з них 10 (6,5 %) осіб літнього та 23 (24,21 %) – старечого віку. Таким чином, у геронтологічних пацієнтів патологічні зміни в тканинах пародонта є відображенням сукупності патологічних процесів упродовж усього життя.

Одним із виявлених чинників ризику розвитку захворювань тканин пародонта є незадовільний стан індивідуальної гігієни порожнини рота. За показником гігієнічного індексу ОНІ-S за Green–Vermillion (1964) незадовільна гігієна порожнини рота визначена в обох вікових групах: $3,96 \pm 0,22$ бала в осіб літнього віку та $4,03 \pm 0,23$ бала в осіб старечого віку. При опитуванні було з'ясовано, що регулярно, тобто двічі на день, чистять зуби 150 осіб (60 %), а правильні рухи зубної щітки при чищенні зубів здійснювали лише 45 (18 %) опитаних. Вибір індивідуальних засобів гігієни порожнини рота (зубні щітки та пасти) здійснюється самими пацієнтами, без урахування стоматологічного статусу. Це, на наш погляд, пов'язано з недостатнім рівнем знань та навичок щодо індивідуальної гігієни порожнини рота у людей похилого віку, а також відсутністю мотивації щодо її застосування та покращення.

Важлива й інша позиція, зокрема, стан гігієнічного догляду за зубними протезами, про що свідчить універсальний гігієнічний індекс порожнини рота в осіб похилого віку (Ю.В. Чижов, О.М. Новиков, 2005). Більш високі показники гігієнічного індексу ($2,83 \pm 0,32$ бала), що розцінюються як середній ступінь забруднення ортопедичних конструкцій, виявлено в осіб старечого віку, які мають

поєднання знімних та незнімних протезів. Жоден з обстежених не був обізнаний щодо додаткових засобів догляду за протезами.

Погіршення гігієни порожнини рота у людей похилого віку пов'язано не лише зі згасанням звички та уміння чистити зуби, але і з об'єктивними чинниками: вікові зміни тканин пародонта, зміна складу і в'язкості слини, перехід на м'яку (карієсогенну) їжу, загальний стан здоров'я та матеріальні обмеження у придбанні якісних та сучасних засобів гігієни, а також необізнаністю щодо індивідуальних засобів гігієни порожнини рота та догляду за знімними протезами.

Аналіз стану тканин пародонта за структурою індексу СРІ показав у обстежених високий відсоток виключених секстантів, тоді як здоровий пародонт (СРІ0) не виявлено. За структурою індексу переважають незворотні ознаки патологічних процесів у тканинах пародонта. Загальна поширеність секстантів з наявністю пародонтальних кишень у осіб літнього віку складає $28,5 \pm 0,74$ % (чоловіки) та $30,8 \pm 0,92$ % (жінки), причому переважають секстанти з глибиною кишень до 5 мм ($22,4 \pm 0,8$ % та $23,7 \pm 0,9$ %, відповідно). В осіб старечого віку наявність секстантів з пародонтальними кишнями зменшується порівняно з обстеженими літнього віку і складає $20,86 \pm 0,7$ % серед чоловіків та $18,16 \pm 0,7$ % у жінок. Така ситуація виникає за рахунок зростання кількості виключених секстантів ($73,94 \pm 5,16$ % та $77,87 \pm 5,12$ %), переважаючи цей показник у чоловіків літнього віку на $20,67 \pm 1,23$ %, а у жінок – на $26,47 \pm 1,34$ % ($p < 0,05$).

В осіб літнього віку пародонтальний індекс складав $3,21 \pm 0,37$ у чоловіків та $2,88 \pm 0,29$ у жінок, показник РМА – $64,7 \pm 3,7$ % та $58,5 \pm 3,4$ % відповідно. В осіб старечого віку, порівняно з особами літнього віку, виявлено зменшення цих індексів: пародонтального індексу до $2,71 \pm 0,37$ у чоловіків та $2,58 \pm 0,26$ у жінок ($p > 0,01$) і РМА – $46,7 \pm 3,4$ % та $48,5 \pm 3,1$ % відповідно ($p < 0,05$). Очевидно, гірші показники у чоловіків можна пояснити незадовільним станом гігієни порожнини рота у них.

Загальний показник розповсюдженості карієсу зубів, незалежно від вікового періоду, склав 100 %. Структура індексу КПВ у геронтологічних пацієнтів має характерні особливості: значення показників К та П мають тенденцію до зменшення, тоді як показник В – зростає. Відмічено тенденцію до зменшення кількості збережених зубів з віком – від $14,61 \pm 0,8$ в осіб літнього віку до $8,4 \pm 0,5$ в осіб старечого віку, що майже в 2 рази менше показника збережених зубів, рекомендованого ВООЗ для даних вікових категорій. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, у людей похилого віку повинно бути не менше 20 природних функціонуючих зубів – при такій кількості жувальна функція зубо-щелепної системи вважається задовільною. Збережені зуби несуть неадекватне навантаження, що посилює деструктивні процеси в пародонті та призводить до локального поглиблення процесів резорбції альвеолярної кістки. При зменшенні показника збережених зубів у людей похилого віку виникають труднощі у спілкуванні, розвивається стан психологічного пригнічення, знижується рівень їх соціальної адаптації і, як наслідок, відбувається погіршення якості життя.

Показник рівня стоматологічної допомоги (РСД) у 186 (74,4 %) пацієнтів складав 36,3 %, що розцінюється як «недостатній рівень», який, в першу чергу, зумовлений наявністю дефектів зубних рядів, незаміщених ортопедичними конструкціями.

Зважаючи, що патологічні процеси в пародонті розвиваються на тлі загальних захворювань, а для людей похилого віку характерна коморбідність соматичної патології, нами проведено оцінку зв'язку хвороб пародонта і загальних захворювань. За даними витягів з амбулаторних карток більша частина обстежених мала захворювання серцево-судинної (89,5 %), нервової (81,3 %) систем, опорно-рухового апарату (59,6 %) та органів дихання (33,6 %). У 147 (94,8 %) осіб літнього віку та у 92 (96,8 %) – старечого віку виявлено захворювання травної системи: хронічний гастрит, хронічний коліт, хронічний панкреатит та хронічний холецистит. У 89,5 % (85,2 % та 93,7 % хворих літнього та старечого віку відповідно) діагностовано захворювання серцево-судинної системи або поєднання гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця. Наведенні дані свідчать про коморбідність та поліморбідність геронтологічних пацієнтів.

Аналіз проведеного анкетування дозволив виявити загальні чинники, які сприяють прогресуванню патологічних змін в тканинах пародонта у людей похилого віку: хвороби органів і систем (83,7 %); соціально-економічні (76,3 %); шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю та їх тривала дія на організм) (53,1 %); непоінформованість про засоби гігієни (48,3 %); страх стоматологічного втручання та негативні відгуки знайомих (46,3 %); особливості харчування (обмеження у виборі харчових продуктів, прийом м'якої та одноманітної їжі) (45,4 %); тривалість лікування та необхідність повторних відвідувань (35,2 %).

За результатами вивчення маркерів метаболізму органічного матриксу кісткової тканини виявлено уповільнення синтезу кісткової тканини, що підтверджується зниженням вмісту фракції білковозв'язаного гідроксипроліну (на 16,9 % в осіб літнього віку та на 23,5 % в осіб старечого віку, $p < 0,05$) відносно групи порівняння.

Отримані нами результати щодо показників лужної фосфатази свідчать про пригнічення активності цього ферменту відносно групи порівняння. Так, середнє значення цього показника в осіб літнього віку знижується на 15,0 %, а в осіб старечого віку – на 18,75 % відносно даних групи порівняння. Показники загальної лужної фосфатази не мають вірогідних вікових відмінностей

Вільна фракція гідроксипроліну, яка пов'язана з катаболізмом колагена, має тенденцію до зростання з віком (14,29 % та 21,17 %, $p < 0,05$), що обумовлено порушенням метаболізму органічного матрикса в осіб літнього і старечого віку, хворих на генералізований пародонтит.

Порівняльний аналіз результатів визначення екскреції загального оксипроліну в добовій сечі виявив тенденцію до зростання його рівня. Так, середнє значення цього показника у хворих літнього віку збільшується на 15,5 % ($p < 0,05$) відносно групи порівняння, а у пацієнтів старечого віку – на 23,25 % ($p < 0,05$).

Вивчення екскреції кальцію та неорганічного фосфору з сечею у хворих на генералізований пародонтит дало змогу оцінити характер порушень мінералізації кістки. Концентрація кальцію в сечі пацієнтів літнього віку відносно групи порівняння зростає на 16,40 % ($p < 0,05$), а у пацієнтів старечого віку років – на 21,4 % ($p < 0,05$). Це може бути пов'язано з тим, що при збільшенні рівня кальцію у сироватці крові посилюється виділення цього елемента нирками. Таким чином,

збільшення екскреції кальцію свідчить про підвищення резорбції кістки. Показники вмісту фосфору в сечі наближаються до верхньої межі норми. При цьому співвідношення Ca/P залишається практично на одному рівні і складає 0,11 у осіб літнього віку і 0,12 у хворих старечого віку, $p > 0,05$.

Одержані результати біохімічних досліджень свідчать про порушення ремоделювання кістки в осіб похилого віку на фоні пригнічення процесів формування та прискорення процесів резорбції кісткової тканини. Слід також враховувати те, що з віком прослідковується втрата кісткової маси у жінок на 1 %, а у чоловіків на 0,5 % (І.П.Мазур, 2005). Вплив місцевих (перевантаження збережених зубів, погана гігієна) та загальних (вікові особливості, поліморбідність) чинників на альвеолярну кістку посилюється. Як наслідок – синтез кісткової тканини не компенсує деструктивні зміни у ній.

Враховуючи стоматологічний статус осіб літнього та старечого віку, нами було запропоновано схему комплексного лікування, яка включала терапевтичні, хірургічні та ортопедичні заходи. Базова терапія хворих обох груп суттєво не відрізнялась. Комплексне лікування складалось з чотирьох фаз: початкове лікування, комплексна хірургічно-коригуюча терапія, ортопедичне заміщення дефектів зубних рядів з відновленням жувальної функції та обов'язкове підтримуюче лікування в динаміці диспансерного спостереження.

Важливим етапом, що передує лікуванню, є формування мотивації у пацієнтів до необхідності регулярного проведення гігієнічних заходів. Лише за умови сформованої мотивації усім пацієнтам проводили контрольоване навчання індивідуальній гігієні порожнини рота (ІГПР). Початкове лікування хворих основної і контрольної груп включало проведення професійної гігієни порожнини рота, усунення чинників місцевої хронічної травматизації пародонту, лікування карієсу зубів та його ускладнень.

На етапі хірургічно-коригуючої терапії пацієнтам літнього віку провели закритий кюретаж (11 хворих, (2,5 %)) та клаптеві операції (8 хворих (1,78 %)); у осіб старечого віку клаптеві операції не здійснювали у зв'язку з наявністю протипоказань.

Усім пацієнтам, які мали потребу у відновленні зубних рядів, було виготовлено ортопедичні конструкції.

Пацієнтам основної групи у якості засобу для індивідуальної гігієни з вираженим протизапальним ефектом призначали зубну пасту «Лакалут Актив». У якості ополіскувача протимікробної і протизапальної дії призначали спиртовий розчин хлорофіліпту (1 чайна ложка препарату на 1 склянку теплої води) у вигляді полоскань або ротових ванночок (тривалість 10–15 хвилин, 2–3 рази на добу).

Враховуючи дані літератури щодо стану імунітету, зниження захисно-відновних реакцій в осіб літнього і старечого віку (Ольховская Е.Б., 2003, Чумакова Ю.Г., 2008), а також вплив макро- та мікроелементів на метаболізм кісткової тканини, до комплексу лікувально-профілактичних заходів у осіб основної групи було включено препарат «Есмін» по 1 капсулі на день та полівітаміни «Ундевіт» по 2 драже 3 рази на добу упродовж місяця. Обидва препарати випускає Київський вітамінний завод.

До складу препарату «Есмін» входять життєво необхідні мікроелементи

(залізо, цинк, марганець, мідь, хром, молібден, кобальт, селен, ванадій) у вигляді комплексних сполук і простих солей. Кислота мефенамінова, що також входить до складу препарату, індукує вироблення інтерферону, утворюючи з мікроелементами комплексні сполуки, які оптимально засвоюються організмом. Есенціальні мікроелементи беруть участь у формуванні колагену та інших білків, сприяють нормалізації обміну речовин, проявляють антиоксидантну дію.

Вітамінний комплекс «Ундевіт» регулює метаболічні процеси, нормалізує обмін речовин, у тому числі при процесах старіння (Пак А.Н., 2001).

Хворим групи порівняння у якості препарату загально-оздоровчої дії призначали вітамінний комплекс «Квадевіт» (комбінований препарат, що містить вітаміни, амінокислоти, мідь і калій) по 2 табл. 3 рази на добу упродовж місяця. В якості гігієнічних засобів використовували звичні для них зубні щітки і зубні пасти, для ополіскування були рекомендовані відвари трав.

Ефективність комплексного лікування оцінювали безпосередньо після лікування, через 6 та 12 місяців після його завершення.

Аналіз безпосередніх клінічних результатів виявив позитивну динаміку в усіх групах хворих: у 40 (88,80 %) пацієнтів літнього віку і у 19 осіб (86,40 %) старечого віку. У хворих групи порівняння позитивні клінічні результати після завершення лікування виявлено у 32 пацієнтів (80,0 %) ($p < 0,05$). Незадовільні результати спостерігали у 5 (11,2 %) хворих літнього віку та у 3 (13,6 %) пацієнтів старечого віку. Лікування суттєво не вплинуло на клінічні прояви у 3 (6,70 %) хворих літнього віку і 2 (9,10 %) осіб старечого віку. Прогресування захворювання відмічали як у осіб літнього так і старечого віку (в середньому на 4,5 %) ($p > 0,05$).

У хворих групи порівняння незадовільні результати констатовано у 8 (20,0 %) осіб, з них стійку резистентність до лікування відмічено у 5 (12,5 %) хворих, а прогресування патологічного процесу в тканинах пародонту – у 3 (7,5 %).

Одним з важливих критеріїв ефективності терапії є скорочення тривалості курсу лікування. Застосування розробленого нами лікувального комплексу забезпечувало усунення основних клінічних ознак захворювання у хворих групи спостереження в середньому на $5,5 \pm 0,12$ доби. Зменшення проявів запальних явищ у хворих групи порівняння відмічали в середньому на $8,6 \pm 0,18$ добу.

Клінічна ефективність комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, підтверджена також змінами гігієнічного стану порожнини рота. Після контрольованого навчання навичкам індивідуальної гігієни, здійснення заходів професіональної гігієни та застосування рекомендованих гігієнічних засобів у пацієнтів групи спостереження виявлено значне покращення стану ротової гігієни.

Ефективність гігієнічного догляду за порожниною рота безпосередньо після лікування у осіб літнього віку склала 65,0 % ($1,4 \pm 0,2$ бала проти $4,0 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$), у осіб старечого віку – 64,30 % ($1,5 \pm 0,2$ бала проти $4,3 \pm 0,4$ бала, $p < 0,05$). У пацієнтів групи порівняння цей показник склав 55,3 % ($1,7 \pm 0,2$ бала проти $3,8 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$).

Аналіз динаміки змін пародонтальних індексів також виявив тенденцію до покращення: індекс ПІ після завершення лікування знизився майже в 2 рази з $3,47 \pm 0,20$ до $1,50 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) у осіб літнього віку та з $3,60 \pm 0,19$ до $1,57 \pm 0,16$

($p < 0,05$)

у осіб старечого віку. У хворих групи порівняння цей показник знизився в 1,5рази, з $3,53 \pm 0,17$ до $2,38 \pm 0,22$. Значення індексу РМА після лікування знизилось з $59,47 \% \pm 2,48 \%$ до $18,52 \% \pm 0,42 \%$, ($p < 0,05$) у осіб літнього віку та з $48,47 \% \pm 3,18 \%$ до $13,42 \% \pm 0,42 \%$ ($p < 0,05$) у осіб старечого віку, у хворих групи порівняння – з $58,24 \% \pm 3,28 \%$ до $26,12 \% \pm 2,18 \%$ ($p < 0,05$).

Стійка стабілізація патологічного процесу в тканинах пародонта через 6 місяців після завершення лікування зберігається у 38 (90,5 %) осіб літнього віку та в 17 (85,0 %) пацієнтів старечого віку. Рецидив захворювання через 6 місяців констатовано у 4 (9,5 %) пацієнтів літнього віку і у 3 (15,0 %) осіб старечого віку. Ці показники достовірно відрізняються від даних у хворих групи порівняння – стабілізація стану тканин пародонтального комплексу відмічено у 28 (77,8 %, $p < 0,05$) обстежених.

Дані, отримані через 12 місяців після лікування, свідчать про стабілізацію патологічного процесу в пацієнтів основної групи. Пародонтальний індекс – $1,89 \pm 0,17$ бала і $2,12 \pm 0,14$ бала проти $1,65 \pm 0,17$ бала і $1,73 \pm 0,13$ бала відповідно, в групі порівняння – $3,14 \pm 0,18$ бала проти $2,38 \pm 0,22$ бала. Стабільність процесу підтверджується також динамікою індексу РМА ($22,12 \% \pm 0,47 \%$, $21,23 \% \pm 0,32 \%$ ($p < 0,05$) – в основній групі, та $32,42 \% \pm 2,28 \%$ в групі порівняння).

Таким чином, розроблена нами схема комплексного лікування генералізованого пародонтита в осіб літнього і старечого віку сприяла стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонта, поліпшенню об'єктивних і суб'єктивних даних, що дає підставу рекомендувати запропоновану схему для впровадження в стоматологічну геріатричну практику.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування та нове вирішення актуальної науково-практичної задачі сучасної стоматології – підвищення ефективності лікування осіб літнього і старечого віку, хворих на генералізований пародонтит.

1. За результатами оцінки стоматологічного статусу хворих літнього та старечого віку захворювання тканин пародонта виявлено у всіх (100 %) обстежених. У структурі захворювань тканин пародонта переважає генералізований пародонтит, як в осіб літнього (74,35 %), так і старечого (81,45 %) віку. Наслідком довготривалого перебігу запальних процесів в тканинах пародонта в осіб похилого віку є хронічний перебіг захворювання, виражена глибина ураження (переважає II–III ступінь), рецесія ясен, втрата епітеліального прикріплення, розвиток фуркаційних дефектів.

2. Показник розповсюдженості карієсу зубів, незалежно від вікового періоду, складав 100 %. Кількість збережених зубів з віком зменшується від $14,61 \pm 0,8$ в осіб літнього віку до $8,4 \pm 0,5$ в осіб старечого віку, що є вдвічі меншим за показник, рекомендований ВООЗ для цих вікових груп. Наявність рецесії ясен, фуркаційних дефектів, ортопедичних конструкцій обумовлює переважання карієсу кореня зубів. Виявлено низький рівень гігієнічного догляду за порожниною рота та знімними протезами за їх наявності. Рівень надання стоматологічної допомоги за показником П.А.Леуса «недостатній» (36,3 %).

3. Біохімічними дослідженнями стану кісткової тканини виявлено, що на поглиблення запально-деструктивних процесів кісткової тканини в осіб похилого віку впливають загальні порушення метаболізму кісткової тканини, а саме превалювання процесів резорбції над процесами ремоделювання.

4. Розроблено й обґрунтовано комплексну схему лікувально-профілактичних заходів у осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит, яка включає гігієнічну фазу (навчання індивідуальній гігієні порожнини рота, професійну гігієну), ретельну санацію порожнини рота, протизапальне лікування (засоби рослинного походження), загальну терапію (препарат «Есмін», полівітаміни).

5. Клініко-лабораторна оцінка розробленої нами схеми комплексного лікування геронтологічних хворих на генералізований пародонтит підтвердила, що її застосування сприяє стабілізації запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта. Аналіз даних виявив стійку стабілізацію патологічного процесу в тканинах пародонта через 6 місяців після завершення лікування у 38 (90,5 %) обстежених літнього віку та у 17 (85,0 %) хворих старечого віку, через 12 місяців – у 82,5 % та у 77,7 % відповідно. В групі порівняння стабілізацію патологічного процесу відмічено через 6 місяців у 77,8 %, через 12 місяців – у 65,6 % ($p < 0,05$).

6. Доведено, що віддалені результати комплексного лікування та сприятливий прогноз обумовлені мотивацією хворих до втручань («задовільну» мотивацію мали лише 35,2 % хворих на генералізований пародонтит) та повнотою їх проведення. Найкращі віддалені результати виявлено в хворих із «задовільною» мотивацією за умови виконання повного обсягу необхідної стоматологічної допомоги та регулярної підтримуючої терапії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При плануванні лікування захворювань пародонта в осіб літнього і старечого віку рекомендується проводити системну оцінку стоматологічного статусу за клініко-рентгенологічними даними та виявлення у них попередньої мотивації до проведення обстеження і подальшого лікування.

2. Для місцевої протизапальної і антимікробної терапії з метою зменшення медикаментозного навантаження на організм хворого, враховуючи наявність соматичних і системних захворювань у літніх людей, рекомендуються композиції на основі рослинних засобів.

3. Для корекції імунних порушень та нормалізації метаболізму кісткової тканини ефективним є призначення препарату «Есмін», який містить життєво необхідні мікроелементи (залізо, цинк, марганець, мідь, хром, селен та ін.), по 1 капсулі на добу протягом місяця, полівітаміни «Ундевіт» по 2 драже тричі на добу протягом місяця.

4. Для досягнення стійкої клініко-рентгенологічної ремісії захворювань тканин пародонту в осіб похилого віку рекомендується визначення індивідуального пародонтологічного прогнозу для кожного збереженого зуба, виконання повного обсягу терапевтичних, хірургічних та ортопедичних втручань, що призводить до відновлення жувальної функції зубів.

5. З метою збереження досягнутого результату лікування та профілактики

ускладнень у геронтологічних пацієнтів доцільно проводити підтримуючу терапію не рідше 2–3 разів на рік.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Политун А. М. Показатели кальций-фосфорного обмена и состояние костного метаболизма у лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями пародонта / А. М. Политун, С. Магомедов, Т. Н. Кананович, И. Н. Федянович // Науковий вісник НМУ імені О. О. Богомольця. – 2011. – № 3–4. – С. 104–108. *Дисертантом проведено обробку і аналіз результатів, підготовку матеріалів до публікації.*
2. Кананович Т. Н. Комплексное лечение генерализованного пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста / Т. Н. Кананович // Современная стоматология. – 2012. – № 3 (62). – С. 58–60.
3. Кананович Т. Н. Дифференцированный подход к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта у лиц пожилого возраста / Т. Н. Кананович // Современная стоматология. – 2013. – № 2 (66). – С. 9–11.
4. Політун А. М. Етичні та деонтологічні проблеми при наданні стоматологічної допомоги людям літнього та старечого віку / А. М. Політун, Т. М. Кананович, О. Д. Головчанська // Проблемы старения и долголетия. – 2013. – № 2 (22). – С. 211–218.
5. Политун А. М. Клинико-рентгенологическая и биохимическая оценка состояния костной ткани при генерализованном пародонтите у лиц пожилого возраста / А. М. Политун, С. Магомедов, Т. Н. Кананович // Современная стоматология. – 2013. – № 3 (67). – С. 36–39. *Дисертантом проведено стоматологічне обстеження, динамічне клінічне спостереження, обробку і аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації.*
6. Борисенко А. В. Застосування препарату міді Купір-Сi51 у лікуванні хворих на генералізований пародонтит / А. В. Борисенко, С. Магомедов, І. М. Федянович, Т. М. Кананович // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2005. – № 1 (1). – С. 50–52. *Дисертантом виконана клінічна частина, проведено обробку і аналіз результатів.*
7. Борисенко А. В. Оцінка ефективності остеотропної терапії генералізованого пародонтиту / А. В. Борисенко, С. Магомедов, І. М. Федянович, Т. М. Кананович, І. Є. Вороніна // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2006. – № 1 (3). – С. 86–89. *Дисертантом проведено обробку і аналіз результатів, підготовку матеріалів до публікації.*
8. Кананович Т. Н. Обоснование комплексного лечения заболеваний пародонта у лиц пожилого и старческого возраста / Т. Н. Кананович // ЭндоFile. – 2012. – № 1, август. – С. 28–29.
9. Кананович Т. М. Вікові особливості захворювань тканин пародонту у літніх людей / Т. М. Кананович, І. М. Федянович, І. Є. Вороніна // XI конгрес світової федерації українських лікарських товариств, (Полтава, 28–30 серп. 2006 р.) : тези доп. – Полтава, 2006. – С. 180–181. *Дисертантом проведено обробку і аналіз результатів, підготовку матеріалів до публікації.*
10. Кананович Т. М. Стан тканин пародонту в осіб похилого віку / Т. М. Кананович // II Наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми терапевтичної стоматології» : тези доп. – К., 2006. – С. 27–29.

11. Кананович Т. Н., Состояние гигиены полости рта у лиц пожилого возраста. / Т. Н. Кананович, Р. А. Регурецька // Тези наук.-практ. конф. «Актуальні питання профілактики захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини рота». – К., 2007. – С. 46–47.

12. Политун А. М. Значение гигиенических мероприятий в профилактике заболеваний тканей пародонта у пожилых людей / А. М. Политун, Т. Н. Кананович, А. Д. Головчанская // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. стоматологів «Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології», 23–24 верес. 2011 р. – Ужгород, 2011. – С. 129–131.

АНОТАЦІЯ

Кананович Т.М. Клінічні особливості та оцінка ефективності лікування генералізованого пародонтита в осіб похилого віку. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2014.

Дисертацію присвячено підвищенню ефективності комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, шляхом вивчення вікових особливостей його клінічного розвитку і перебігу.

Вивчено стоматологічний статус пацієнтів, а також особливості клінічного перебігу генералізованого пародонтита в осіб похилого віку.

Встановлено, що розповсюдженість карієсу та захворювань тканин пародонта складає 100 %. Рівень стоматологічної допомоги складає 36,3 %, що розцінюється як недостатній. Отримано також дані, що вказують на низьку мотивацію догляду за ротовою порожниною у пацієнтів літнього і старечого віку.

Встановлено, що на поглиблення запально-деструктивних процесів у осіб похилого віку впливають порушення метаболізму кісткової тканини, а саме превалювання процесів резорбції над процесами ремоделювання.

Клініко-лабораторними методами дослідження обґрунтовано ефективність розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на досягнення тривалої ремісії. Показана його ефективність в найближчі та віддалені терміни спостереження.

Ключові слова: генералізований пародонтит, похилий вік, кістковий метаболізм, лікування, профілактика.

АННОТАЦИЯ

Кананович Т. Н. Клинические особенности и оценка эффективности лечения генерализованного пародонтита у лиц пожилого возраста. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2014.

Диссертация посвящена изучению стоматологического статуса и повышению эффективности комплексного лечения генерализованного пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста.

В работе представлены результаты обследования 250 пациентов в возрасте 55–89 лет. Изучен стоматологический статус пациентов данной возрастной группы. Установлено, что распространенность заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста составляет 100 %.

Анализ результатов клинической оценки состояния тканей пародонта выявил преобладание ГП (у 117 (75,48 %) пациентов пожилого возраста и 78 (82,11 %) лиц старческого возраста) в структуре стоматологической заболеваемости. Начальные формы заболеваний пародонта были диагностированы в единичных случаях – гингивит выявлен у 9 лиц пожилого возраста (5,81 %) и у 2 (2,10 %) пациентов старческого возраста

Было выявлено, что прогрессирование воспалительно-дистрофических, необратимых процессов в тканях пародонта является следствием длительного течения заболевания.

При анализе анкетных данных установлено, что впервые диагноз болезней пародонта ни одному из обследованных поставлен не был, комплексного лечения с последующей поддерживающей терапией никому не было проведено. Обследованные пациенты плохо информированы о необходимости проведения лечебных мероприятий при заболеваниях тканей пародонта.

В обеих возрастных группах по данным индекса гигиены (ОНИ-S) наблюдалась неудовлетворительная гигиена полости рта – $3,96 \pm 0,22$ балла у лиц пожилого возраста и $4,03 \pm 0,23$ балла у лиц старческого возраста. Было установлено, что универсальный индекс гигиены (Ю. В. Чижов, О. М. Новиков, 2005) с учетом наличия съемных и несъемных ортопедических конструкций в полости рта самый высокий у лиц старческого возраста – $2,83 \pm 0,32$ балла и расценивается как средняя степень загрязнения ортопедических конструкций.

Проведенный анализ стоматологического состояния у лиц пожилого и старческого возраста позволил выявить следующие особенности:

- распространенность кариеса составляет 100 %;
- большое количество удаленных зубов ($13,4 \pm 0,75$ % и $19,6 \pm 0,91$ %, соответственно);
- низкий уровень оказания стоматологической помощи (УСП 36,3 %);
- низкая мотивация к лечению (12 (32,43 %) и 3 (20,0 %) соответственно).

Полученные нами данные свидетельствуют о наличии у людей пожилого и старческого возраста полиморбидности. Большинство обследованных имели заболевания пищеварительного тракта (95,8 %), сердечно-сосудистой системы (89,5 %), заболеваний нервной системы (81,3 %), опорно-двигательного аппарата (59,6 %) и органов дыхания (33,6 %).

В результате биохимического исследования костного ремоделирования было установлено, что на прогрессирование воспалительно-деструктивных процессов у лиц пожилого и старческого возраста влияют нарушения метаболизма костной ткани, при этом дисбаланс процессов формирования и деструкции костной ткани происходит за счет преобладания процессов остеорезорбции над остеосинтезом.

Анализ полученных данных позволил сделать вывод о необходимости проведения комплексного лечения генерализованного пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста, которое предусматривает взаимодействие со специалистами

общего профиля. При составлении плана медикаментозного лечения стоматологических заболеваний необходимо учитывать рекомендации врача-гериатра и принимать во внимание снижение переносимости лекарств в старости.

Санация полости рта предусматривала повышение мотивации к проведению и улучшению индивидуальной гигиены полости рта с последующим контролем за ее выполнением; иммобилизацию подвижных зубов, их долговременное шинирование; избирательное пришлифовывание зубов; хирургические методы; ортопедические методы лечения, направленные на восстановление целостности зубных рядов.

Патогенетическое лечение больных генерализованным пародонтитом включало применение препарата «Эсмин» – полимикрорезультативный препарат, который принимает участие в формировании коллагена и других белков, способствует нормализации обмена веществ, оказывает антиоксидатное действие.

Стабильность индексных показателей и клинико-рентгенологическое состояние тканей пародонта подтверждают необходимость проведения полного комплекса лечебно-профилактических мероприятий с последующим контролем и проведением поддерживающей и корригирующей терапии.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, пожилой возраст, костный метаболизм, лечение, профилактика.

ANNOTATION

Kananovich T.M. Clinical peculiarities and efficacy of generalized parodontitis treatment in patients of elderly assessment (clinical laboratory study). – Manuscript.

The dissertation for seeking scientific degree of the Candidate of Medical Sciences in speciality 14.01.22. – Stomatology. – National O. Bogomolets Medical University of MH of Ukraine, Kyiv, 2014.

The dissertation is dedicated to increasing effectiveness of complex treatment of elderly patients with generalized parodontitis by studying of its clinical development and manifestations peculiarities in this age.

Dental status and peculiarities of clinical manifestations of generalized parodontitis are studied.

It is determined that extensiveness of caries and diseases of parodontal tissues is 100 %. The level of dental care reach 36,3 %, it is assessed as insufficient. Achieved data indicate the low motivation of oral cavity hygiene in patients of old and elderly age.

It is determined that irregularities in bone tissue metabolism such as resorbtion processes prevalence upon remodeling processes make influence in deepening of inflammatory destructive changes.

Effectiveness of developed complex of therapeutic and prophylaxis measures directed to achievement of long – term remission is grounded by clinical and laboratory methods of study. Its efficacy in the nearest and remote terms of supervision is proved.

Key words: generalized parodontitis, elderly age, bone tissue metabolism, treatment, prophylaxis.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГП – генералізований пародонтит