

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В загальній структурі стоматологічних захворювань хвороби слизової оболонки порожнини рота (СОПР) складають від 5 до 15 %. Серед них низка захворювань характеризується утворенням ерозивно-виразкових уражень. Вони виникають під впливом комплексу загальних і місцевих чинників, зокрема інфекційних, алергійних і травматичних. Ці ураження часто рецидивують та важко піддаються лікуванню (Калюжна Л. Д., Білоклицька Г. Ф., 2007; Луцкая И. К., 2006).

Ерозивно-виразкові захворювання СОПР виникають на фоні розлитого набряку та гіперемії слизової оболонки, характеризуються високим ступенем мікробного обсіменіння, супроводжуються утворенням великої кількості некротичних мас і гнійного ексудату, усунення яких має важливе значення при лікуванні. Ці особливості перебігу утруднюють вибір методів місцевого лікування, особливо етіотропного (Волосовець Т. М., 2002; Ласкарис Дж., 2006). Застосування тільки антибактеріальних засобів нерідко виявляється малоефективним, тому необхідним є використання багатокомпонентних композицій лікарських засобів із антисептичними, адсорбувальними, очищувальними та дезодоруючими властивостями (Дарагмех М. та співав., 2007). Такі комплекси препаратів можуть забезпечувати протизапальний, некролітичний та стимулюючий регенерацію тканин ефекти. Для лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР використовують велику кількість різноманітних медикаментозних засобів: антисептики, ферменти, антибіотики, кератопластики та інші, проте дані про ефективність їх застосування досить суперечливі (Почтарь В. М., Скиба В. Я., 2010).

Важкість перебігу ерозивно-виразкового процесу залежить від ступеня ендогенної інтоксикації, що зумовлена всмоктуванням продуктів розпаду некротичних тканин, токсинів, мікроорганізмів (МКО) та інших біологічно активних речовин. Тому при лікуванні запальних захворювань СОПР особливу увагу необхідно приділяти видаленню бактеріальних клітин, продуктів їх розпаду, тканинного детриту, бактеріальних токсинів і продуктів імунних реакцій (Борисенко А. В., 2009). З цією метою для місцевого лікування застосовують сорбенти (Геращенко І. І. та співавт., 2009; Крупська Т. В. та співавт., 2008). При використанні сорбентів у вогнищі запалення швидко припиняється некроз тканин, нормалізується місцева гемодинаміка, знижується, рівень інтоксикації організму (Борисенко А. В., Гріг Н. І., 2012).

У 2001 році в Інституті хімії поверхонь НАНУ був розроблений сорбент на основі високодисперсного кремнезему – силікс, здатний швидко зв'язувати та виводити з організму токсичні речовини ендо- та екзогенного походження, патогенні МКО та віруси (Чуйко А. А., 2003). Високодисперсний кремнезем є гідрофільним, здатен зв'язувати велику кількість води, має високу сорбуючу здатність, в тому числі стосовно мікроорганізмів – до 3 млрд мікробних тіл на 1 г сорбенту (Кутельмах О. І., Чумакова Ю. Г., 2006). Завдяки особливостям хімічної будови поверхні силікс використовується не тільки як сорбент біокорегуючої дії, а також як матриця-носії при створенні комбінованих лікарських препаратів (Геращенко І. І. та співавт., 2008).

Таким чином, питання розробки нових лікувальних комплексів сорбентів з антибактеріальними та протизапальними препаратами та методів комплексної

терапії ерозивно-виразкових уражень СОПР із застосуванням препаратів комбінованої дії є актуальним.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Національного медичного університету імені О. О. Богомольця згідно з планом МОЗ України і є фрагментом комплексної наукової теми кафедри терапевтичної стоматології «Особливості клініки початкового карієсу і захворювань пародонта в осіб молодого віку, сучасні методи їх профілактики і лікування», реєстраційний № 0104U000449, шифр теми ІН 30.00.0033.97. Дисертант є виконавцем окремих фрагментів зазначеної теми.

Мета та завдання дослідження. Мета дослідження – підвищення ефективності лікування хворих із ерозивно-виразковими ураженнями СОПР різної етіології шляхом розробки патогенетично спрямованих методів лікування з використанням наносорбентів.

Для досягнення мети дослідження були поставлені наступні **завдання**:

1. На основі мікробіологічних досліджень вивчити особливості етіологічних чинників ерозивно-виразкових уражень СОПР різної етіології.
2. Вивчити антибактеріальні властивості комплексних препаратів протизапальної, антибактеріальної та сорбційної дії.
3. Обґрунтувати показання до використання та створити лікувально-профілактичні комплекси (ЛПК) на основі наносорбентів для лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР.
4. Вивчити клінічні особливості перебігу ерозивно-виразкових уражень СОПР різної етіології.
5. Дослідити цитологічні особливості перебігу ерозивно-виразкових уражень СОПР в залежності від етіологічних чинників.
6. На підставі клініко-лабораторних досліджень оцінити ефективність запропонованого комплексного лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР.

Об'єкт дослідження: 101 хворий із ерозивно-виразковими ураженнями СОПР інфекційної, травматичної та алергійної етіології.

Предмет дослідження: цитологічні та мікробіологічні зміни у вогнищах ерозивно-виразкових уражень СОПР інфекційної, травматичної та алергійної етіології. Обґрунтування, розробка та оцінка ефективності ЛПК на основі наносорбентів.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, що включало: клінічні, мікробіологічні, цитологічні, електронно-мікроскопічні та статистичні методи дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів. Отримано нові дані про етіологічні чинники розвитку ерозивно-виразкових захворювань СОПР різної етіології. Показано, що провідна роль в розвитку виразково-некротичних і травматичних уражень СОПР належить не симбіозу *F. nucleatum* та *T. vincentii*, а асоціації 7–9 МКО (аеробної, анаеробної та грибової мікрофлори). У етіології багатформної ексудативної еритеми (БЕЕ) провідна роль належить токсико-алергійним агентам, а не мікробним.

На підставі проведених клініко-цитологічних досліджень встановлено, що епітелізація ерозивно-виразкових поверхонь, яка визначається клінічно, відбувається на 3–4 доби раніше, ніж повна регенерація і дозрівання клітин епітелію. Тому, доцільним є виділення «післяклінічної» фази захворювання, що настає після досягнутого клінічного ефекту лікування, та продовжувати терапію до 10–14 діб для профілактики можливих загострень та рецидивів захворювань.

Вперше розроблено диференційовані схеми лікування ерозивно-виразкових захворювань СОПР інфекційної, токсико-алергічної та травматичної етіології з врахуванням фази запального процесу, що включають використання препаратів комбінованої дії і засобів індивідуальної гігієни порожнини рота (ІГПР) на основі наносорбентів.

Доведено високу ефективність диференційованого використання препаратів в різних лікарських формах і засобів для індивідуальної гігієни порожнини рота на основі наносорбентів, на етапах лікування ерозивно-виразкових захворювань СОПР різної етіології.

Практичне значення отриманих результатів. На основі клінічних, мікробіологічних та цитологічних досліджень обґрунтовано покази до застосування ЛПК на основі наносорбентів на відповідних етапах лікування ерозивно-виразкових захворювань СОПР різної етіології. Вивчено вплив препаратів сорбційної дії на мікрофлору патологічних вогнищ у хворих із різними ерозивно-виразковими захворюваннями СОПР. Вивчено особливості цитологічної картини та клінічного перебігу при ерозивно-виразкових ураженнях СОПР та впливу наносорбентів на процеси регенерації. За допомогою растрової електронної мікроскопії вивчено вплив препаратів сорбційної дії на вміст патологічних вогнищ СОПР.

Отримані результати стосовно ефективності використання розроблених ЛПК впроваджено в лікувальний процес Стоматологічного медичного центру НМУ імені О. О. Богомольця (м. Київ), Житомирського обласного стоматологічного медичного об'єднання, міської стоматологічної поліклініки Чернігівської міської ради.

Матеріали дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри терапевтичної стоматології НМУ імені О. О. Богомольця (м. Київ).

Особистий внесок здобувача. Автор самостійно виконала патентно-інформаційний пошук, вивчила та проаналізувала літературні джерела з обраної теми, здійснила клінічні та лабораторні методи дослідження, статистичну обробку отриманих даних, узагальнення та аналіз результатів, сформулювала наукові висновки та практичні рекомендації.

Клінічні дослідження проведені на базі кафедри терапевтичної стоматології НМУ імені О. О. Богомольця (зав. кафедри – д.мед.н., проф. Борисенко А. В.). Мікробіологічні дослідження виконані автором спільно зі співробітниками лабораторії медичної мікробіології з музеєм патогенних для людини мікроорганізмів Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України (зав. – д.мед.н. Поліщук О. І.). Електронно-мікроскопічне дослідження проведене в лабораторії електронного зондового аналізу Інституту проблем матеріалознавства імені акад. І. М. Францевича НАН України (науковий співробітник – Самолюк А. В.). Цитологічне дослідження проведено в цитологічній

лабораторії Київського міського клінічного онкологічного центру (зав. – Краснопольська В. М.)*.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідались та обговорювались на: ювілейній міжнародній науково-практичній конференції «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку» (м. Івано-Франківськ, 2009 р.); науково-практичній конференції лікарів-стоматологів (м. Чернігів, 2012 р.); конференції студентів та молодих вчених «Інновації в стоматології» (м. Київ, 2012 р.); 57-й міжнародній спеціалізованій виставці «Сучасні технології лікування і профілактики в практичній стоматології» (м. Київ, 2013 р.).

Публікації. Результати дисертації викладено та опубліковано у 18 наукових працях, з них 8 статей – у фахових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України, 6 тез у матеріалах з'їздів та науково-практичних конференцій, видано 2 методичних рекомендацій, отримано 2 патенти України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 159 сторінках комп'ютерного тексту, складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел. Робота ілюстрована 17 таблицями, 33 рисунками. Список літератури складається з 247 джерел, з них 162 вітчизняних та 85 – зарубіжних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було проведено комплексне лікування 101 пацієнта віком від 18 до 40 років з ерозивно-виразковими ураженнями СОПР. Всі пацієнти були поділені на 3 групи в залежності від діагнозу, кожна з цих груп було поділено на 2 підгрупи: основну, в якій для лікування використовували розроблені нами ЛПК (табл. 1) та контрольну, у якій лікування проводилося згідно Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична» (МОЗ України, 2007).

Таблиця 1

Лікувально-профілактичні комплекси при ерозивно-виразкових ураженнях СОПР

ЛПК № 1 для лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР інфекційної та травматичної етіології:	ЛПК № 2 для лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР токсико-алергійної етіології:
1	2
І етап: 1–3 доба (фаза гідратації)	
1. первинна обробка порожнини рота (зрошення або аерозольні інгаляції)	
препарат комбінованої дії на основі наносорбенту – Метроксан (рецептурний препарат) розведений у дистильованій воді	наносорбент (Ентеросгель, Атоксил, Силікс) розведений у дистильованій воді

* Автор щиро вдячна співробітникам зазначених установ за допомогу у проведенні досліджень.

1	2
2. при неможливості проведення лікувальних маніпуляцій, через больові відчуття аплікації протизапальним та знеболюючим гелем «Камістад» (Stada Arzneimittel AG, Німеччина)	
3. щадна гігієнічна обробка порожнини рота та усунення місцевих травматичних факторів із обов'язковою інтердентальною гігієною	
4. видалення некротичних мас	
<p>послідовне використання протеолітичного ферменту та Метроксану (аплікації, аерозольні інгаляції або зрошення ферментом 10–15 хв, через 5 хв наносили сорбент на 2–3 хв). За необхідністю процедуру повторювали.</p>	<p>послідовне використання протеолітичного ферменту та наносорбенту (аплікації, аерозольні інгаляції або зрошення ферментом 10–15 хв, через 5 хв наносили сорбент на 2–3 хв). За необхідністю процедуру повторювали.</p>
Рекомендації для пацієнта (до дому):	
Місцево:	
1. ротові ванночки	
Метроксан по 2–3 хв 4–5 р/д	наносорбент по 2–3 хв 4–5 р/д через 10 хв. ротові ванночки антигістамінним препаратом II–III покоління у формі сиропу по 5–10хв 2 р/д
2. ГПП засобами на основі наносорбенту Ентеросгель: зубна паста «Дентален» (Креома-Фарм, Україна), ополіскувач «Дентален стронг» та зубна щітка типу «Soft».	
Загальне лікування:	
ентеросорбція, прийом антигістамінних препаратів II–III покоління, калорійна та вітамінізована рідка їжа. За необхідністю призначення протизапальних і антибактеріальних препаратів у дозі, рекомендованій пацієнту згідно інструкції.	
II етап: 3–5 доба (фаза дегідратації)	
1. обробка порожнини рота (зрошення або аерозольні інгаляції)	
Метроксан розведений у дистильованій воді	наносорбент розведений у дистильованій воді
2. гігієнічна обробка порожнини рота із обов'язковою інтердентальною гігієною	
3. стимулювання процесів епітелізації: аплікації або ротові ванночки із масляними розчинами рослинного походження (обліпиха, шипшина тощо)	
4. фізіотерапевтичні процедури – гідротерапія та лазеротерапія	
Рекомендації для пацієнта (до дому):	
Місцево:	
1. ротові ванночки	
Метроксан по 2–3 хв 3–4 р/д	наносорбент по 2–3 хв 3–4 р/д
2. через 5–10хв аплікації або ротові ванночки із масляними розчинами рослинного походження по 5–10 хв 2–3 р/д	

<i>1</i>	<i>2</i>
3. ІГПР продовжити	
Загальне лікування: продовжити.	
ІІІ етап: (5–14 доба)	
1. обробка порожнини рота (ротіві ванночки)	
Метроксан розведений у дистильованій воді	наносорбент розведений у дистильованій воді
2. професійна гігієна порожнини рота	
3. аплікації або ротіві ванночки із масляними розчинами рослинного походження	
4. фізіотерапевтичні процедури – гідротерапія та лазеротерапія	
Рекомендації для пацієнта (до дому):	
Місцево:	
1. ротіві ванночки	
Метроксан по 2–3 хв 2–3 р/д	наносорбент по 2–3 хв 2–3 р/д
2. через 5–10хв аплікації або ротіві ванночки із масляними розчинами рослинного походження по 5–10 хв 2–3 р/д	
3. ІГПР продовжити	
Загальне лікування: продовжити.	
При неможливості проведення ІГПР через больові відчуття рекомендовано, під час всього терміну лікування, після кожного прийому їжі полоскання порожнини рота ополіскувачем «ДЕНТАЛЕН стронг» або водою (кип'яченою, мінеральною).	
Через 2 тижні, після повного видужання, проведення санації порожнини рота.	

В розроблених ЛПК використовувалася наноконпозиція Метроксан – комплексний препарат на основі матриці, який містить адсорбенти поліметилсилоксан і високодисперсний діоксид кремнію (силікс) (розробка д.фарм.н. Геращенко І. І. та співав., Інститут хімії поверхні НАН України, патент України на винахід № 33629. Дозвіл на використання Державного фармакологічного центру № 3667/2.3-8 від 14.05.2008).

Діючою речовиною наноконпозиції є: декаметоксин – 1,5 %, метронідазол – 7,5 %, силікс – 63,0 %, поліметилсилоксан – 28,0 %.

Препарат володіє сорбційно-дезінтоксикаційною, гіперосмолярною та антимікробною дією. Лікувальний ефект досягається завдяки комплексній дії компонентів: поліметилсилоксан адсорбує низько- та середньомолекулярні чинники запалення; силікс виявляє водопоглинальну дію, адсорбує МКО, патогенні білки і продукти некролізу; двочетвертинна амонієва сполука декаметоксин сприяє змочуванню гідрофобного поліметилсилоксану та одночасно діє як антимікробна субстанція. Метронідазол активний щодо анаеробної мікрофлори. Метронідазол і декаметоксин потенціюють антимікробну дію одне одного. Завдяки збалансованим гідрофільно-гідрофобним властивостям препарат володіє широким спектром адсорбційної активності по відношенню до токсичних метаболітів рани та мікробних токсинів. Препарат проявляє високу осмотичну активність, поглинаючи велику кількість ексудату, що сприяє швидкому усуненню набряку тканин та активний по відношенню до головних представників патогенної мікрофлори.

Всі пацієнти були обстежені за єдиною схемою згідно Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична» МОЗ України, 2007. При встановленні діагнозу керувалися класифікацією захворювань СОПР Національного медичного університету імені Богомольця.

З метою вивчення вмісту патологічних вогнищ ерозивно-виразкових уражень проведено мікробіологічне дослідження (Наказ № 535 від 22.04.1985 р., Нормативні директивні правові документи. Бактеріологія, 2003).

Вивчення впливу препарату сорбційної дії на вміст патологічних вогнищ ерозивно-виразкових уражень СОПР проведено за допомогою електронної мікроскопії на рентгенівському мікроаналізаторі «Superprobe-733» (JEOL, Японія).

З метою вивчення особливостей цитологічної характеристики ерозивно-виразкових уражень та ефективності впливу розроблених ЛПК на процеси регенерації проведено цитологічне дослідження СОПР 40 пацієнтів у різні терміни лікування за їх письмовою згодою.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакета програм «StatSoft Statistica 6.0» та «Microsoft Excel 2007». Застосовували ПК типу IBM (PENTIUM-IV) із використанням програмних продуктів фірми Microsoft: операційної системи Microsoft® Windows® 2007.

Результати досліджень.

Під час дослідження було проведено обстеження та комплексне лікування 101 пацієнта, віком 18–40 років, із ерозивно-виразковими ураженнями СОПР різної етіології. Відбір пацієнтів за статтю мав випадковий характер у порядку звернення пацієнтів: 39 (38,61 %) чоловіків та 62 (61,39 %) жінки. При розподілі за віком найчисельнішою виявилася група хворих у віці 21–25 років – 22 пацієнти; 21 людина – віком 36–40 років; 20 пацієнтів – віком 31–35 років; по 19 чоловік – віком 18–20 та 26–30 років.

Під час первинного огляду всі пацієнти були поділені на групи залежно від діагнозу: I група – 39 пацієнтів із виразково-некротичним гінгівітом (ВНГ) та виразково-некротичним гінгіво-стоматитом (ВНГС), II група – 32 пацієнти із БЕЕ, III група – 30 пацієнтів із травматичними ураженнями СОПР.

При проведенні мікробіологічних досліджень у всіх хворих були виділені та ідентифіковані представники як резидентної (постійної), так і транзиторної (непостійної, тимчасової) мікрофлори. Всього було виділено 304 штами, які належали до 21 виду МКО різних таксономічних груп. У всіх обстежених пацієнтів МКО виділялись у складі різних асоціацій. У 24,3 % хворих асоціації з представників аеробної, анаеробної та грибової мікрофлори, у 75,7 % – лише з аеробної та анаеробної. В середньому, у кожного обстеженого асоціації налічували від 7 до 9 видів МКО.

Встановлено, що при ерозивно-виразкових процесах СОПР інфекційної та травматичної етіології спектр мікрофлори в ділянках ураження приблизно однаковий. Кількість МКО, що найчастіше є етіологічними чинниками запальних процесів СОПР, практично не відрізнялася, відмічався дещо менший відсоток представників резидентної мікрофлори, а саме факультативно-анаеробних стрептококів (*S. salivarius*, *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. mutans*) та анаеробних коків (*Peptococcus* spp.) у пацієнтів із ВНГС.

Варто зазначити, що анаероби *F. nucleatum* та *T. Vincentii*, симбіоз котрих вважається основним етіологічним чинником у розвитку виразково-некротичних процесів СОПР, були виділені приблизно в однаковій кількості у пацієнтів із інфекційними та травматичними ураженнями. Так, *F. nucleatum* при ВНГС висівалась в 66,7 % випадків, при травматичних виразках – 46,7 %. *T. vincentii* при ВНГС висівалась в 58,3 % випадків, при травматичних виразках – 53,3 %.

Видовий та кількісний склад МКО при ерозивно-виразкових ураженнях СОПР токсико-алергійної етіології значно відрізнявся. В жодному випадку не виділено представників родини *Enterobacteriaceae*. Фузобактерії (*F. nucleatum*, *F. varium*), ентерококи (*E. faecalis*, *E. faecium*) і спірохети (*T. vincentii*), ріст грибів роду *Candida* та патогенного стафілокока *S. aureus* зареєстровано лише в 10,0 % випадків.

За результатами мікробіологічних досліджень можна зробити висновок, що місцеве лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР інфекційної та травматичної етіології може проводитися за однаковою методикою, оскільки види та кількість МКО, які найчастіше є етіологічними чинниками запальних процесів майже однакові. При ерозивно-виразкових ураженнях СОПР токсико-алергійної етіології, кількість досліджуваних МКО є значно нижчою, що підтверджує той факт, що в основі етіопатогенезу даних захворювань лежить токсико-алергійний чинник, а не мікробний.

При визначенні антибактеріальної дії препаратів комплексної дії встановлено, що активність Метроксану на 100 % рівні майже до всіх виділених мікроорганізмів, єдиний стійкий штам – *Enterococcus faecalis* (91,7 %). Активність гелю «Метрогіл Дента» (Unique Pharmaceutical Laboratories, Індія) – 50,38 %, що в 2 рази нижче ніж активність наносорбційного препарату.

Дослідження засобів ІППР показали, що активність ополіскувача «Дентален стронг» до виділених МКО знаходиться на рівні 31,6 % – 100 %, найбільш чутливі штами – *Staphylococcus aureus*, *E.coli*, *E.aerogenes*, *Fusobacterium nucleatum*, *Enterococcus faecium*, *Prevotella intermedia* (більше 80 % випадків). Чутливими до ополіскувача на основі антисептиків та рослинних складових були лише 11,45 % досліджуваних штамів МКО.

Вивчивши видовий та кількісний склад МКО при ерозивно-виразкових ураженнях інфекційної та травматичної етіології ми дійшли висновку, що на етапах лікування даних пацієнтів доцільно призначати препарат Метроксан та ополіскувач «Дентален стронг», оскільки вони є активним майже до всіх виділених МКО. При ерозивно-виразкових ураженнях токсико-алергійної етіології стійких до препарату «Метрогіл Дента» МКО не виділено, тому у цих пацієнтів можливе його використання. Проте, враховуючи, що висівалися *Fusobacterium spp.*, *Treponema vincentii* і *Prevotella intermedia*, до яких його активність була у 2 рази нижчою, доцільнішим є застосування препарату Метроксан або інших наносорбентів (Ентеросгель, Силікс, Атоксил).

Для визначення ефективності ЛПК та термінів їх використання мікробіологічне дослідження проводилося в динаміці. На 8-му добу від початку лікування приблизно в 8,0 % випадків продовжували висіватися МКО, що виступають в ролі етіологічних чинників запальних процесів СОПР, тому для профілактики виникнення можливих ускладнень та рецидивів, ми вважали за доцільне продовження застосування ЛПК до 10–14 діб.

Вивчення механізму впливу наносорбентів на вогнище ураження проведено електронно-мікроскопічне дослідження. Встановлено, що при нанесенні наносорбенту, тканин покриваються рівномірним шаром препарату, за рахунок чого відбувається зв'язування та евакуація всіх некротичних тканин, МКО і продуктів їх життєдіяльності. Тому, використання препаратів на основі наносорбентів є ефективним в комплексній терапії ерозивно-виразкових уражень СОПР як на етапах лікування, так і при проведенні ІГПР.

Клінічні дослідження показали, що повна «видима» епітелізація уражених поверхонь при лікуванні виразково-некротичного гінгівостоматиту ЛПК № 1 у всіх пацієнтів відбувалася після 2–3 сеансів лікування при легкій формі, 3–4 сеансів – при середній та після 5 сеансів – при важкій формі ВНГС. При використанні загальноприйнятих методів лікування, епітелізація при легкій формі відмічалася після 3–4 сеансів, при середній після 4–5 сеансів та важкій – 7 сеансів лікування.

При БЕЕ із 17 хворих повну «видиму» епітелізацію уражень СОПР після використання ЛПК № 2 у 16 (94,11 %) спостерігали після 4–5 сеансів лікування. У той же термін при використанні загальноприйнятих методів лікування лише у 7 (46,7 %) хворих відмічалася «видима» епітелізація ерозивно-виразкових уражень, а повна епітелізація у всіх хворих спостерігалася лише після 8 сеансів лікування.

У пацієнтів із ерозивно-виразковими ураженнями СОПР травматичної етіології після усунення причини та проведення 2 сеансів лікування ЛПК № 1 у 86,67 % пацієнтів відмічалася повна «видима» епітелізація, у 13,33 % – після 3 сеансів лікування. При лікуванні травматичних виразок загальноприйнятими методами повна «видима» епітелізація, у той же термін, спостерігалася у 33,34 %, що у 2,5 рази менше.

Ефективність лікування підтверджено цитологічними дослідженнями. Встановлено, що у першу добу від початку лікування цитологічна картина в ділянках ураження СОПР у всіх пацієнтів була майже однаковою, характерною для запального процесу і реактивних змін епітелію. На 3-тю добу в обох групах досліджуваних, де використовували ЛПК основі наносорбенту, в цитологічній картині відмічалось зменшення кількості нейтрофільних лейкоцитів, дрібнококової флори, елементів запалення. Поряд з цим, виявлялась значна кількість макрофагів та метаплазованих клітин, що свідчить про регенеративно-репаративні зміни епітелію.

На 3-тю добу у пацієнтів, що лікувалися за загальноприйнятими методиками, в цитологічній картині з ділянок ураження СОПР – значна кількість дрібнококкової флори, скупчення нейтрофільних лейкоцитів, макрофагів, багатоядерні клітини типу «чужорідного тіла», плазмоцити, лімфоцити. В препаратах спостерігали невелику кількість метаплазованих клітин, розташованих ізольовано та групи клітин залозового епітелію з реактивними змінами. Така цитологічна картина свідчить лише про початок репаративних змін епітелію.

На 7-му добу в 13 (65,0 %) із 20 пацієнтів (основних груп) показники цитограми нормалізувались, в препаратах – слизовий детрит, клітини плоского епітелію поверхневого шару. В 7 (35,0 %) хворих були виявлені поодинокі лейкоцити, клітини плоского епітелію поверхневого типу, плосоклітинний метаплазований епітелій, поодинокі клітини залозового епітелію.

В такий же термін лише у 8 (40,0 %) пацієнтів (контрольних груп) при цитологічному дослідженні показники цитограми нормалізувались. В препаратах –

слизовий детрит, клітини плоского епітелію поверхневого шару. В 11 (55,0 %) пацієнтів були виявлені лейкоцити, клітини плоского епітелію поверхневого шару, плоскоклітинний метаплазований епіталій, клітини залозового епітелію, частина з яких – з ознаками проліферації. Тільки у одного пацієнта цитограма залишилась з елементами запалення, що, на нашу думку, потребує додаткового обстеження та лікування з подальшим цитологічним контролем.

Отже, використання ЛПК на основі наносорбенту сприяє стимулюванню процесів регенерації епітелію: на третю добу відмічаються регенеративно-репаративні зміни епітелію, а на сьому добу в 70,0 % пацієнтів – цілковите загоєння виразкових процесів СОПР. При лікуванні пацієнтів загальноприйнятими методами, на третю добу спостерігається лише початок репаративних змін епітелію, а на сьому добу епітелізація ділянок ураження виявлена лише в 40 %.

Використання наносорбентів дозволяє в середньому на 3 доби скоротити терміни лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР та сприяє профілактиці загострень та виникнення можливих ускладнень і рецидивів.

Аналізуючи результати, отримані під час клінічних та цитологічних досліджень, нами виявлено, що клінічні зміни СОПР не співпадають із даними цитологічної картини. Так, на 3-тю добу лікування у пацієнтів основних груп відмічається зменшення набряку, гіперемії та «видима» епітелізація ерозивно-виразкових поверхонь в порожнині рота. При цьому в цитологічній картині даних пацієнтів відмічалось зменшення кількості нейтрофільних лейкоцитів, дрібнококової флори, елементів запалення, а також значна кількість макрофагів та метаплазованих клітин, що підтверджує регенеративно-репаративні зміни епітелію.

На 7-му добу, коли клінічно у всіх пацієнтів відмічалась повна «видима» епітелізація ерозивно-виразкових уражень, лише у 65,0 % пацієнтів це було підтверджено цитологічно, у 35,0 % дані цитограми свідчили про продовження регенеративно-репаративних змін епітелію.

У пацієнтів контрольних груп мала місце аналогічна ситуація при порівнянні клінічних та цитологічних даних. Проте, в даній групі на 7-му добу лише у 40,0 % пацієнтів цитограма нормалізувалась, а у 55,0 % пацієнтів відмічалися тільки регенеративно-репаративні зміни епітелію.

Аналізуючи отримані клінічні та цитологічні дані, ми дійшли висновку, що незважаючи на «видиму» епітелізацію ерозивно-виразкових поверхонь СОПР, місцеве використання кератопластичних засобів рекомендовано продовжувати до 10–14 доби лікування для завершення процесу регенерації.

Таким чином, при розробці ЛПК на основі наносорбентів з метою лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР різної етіології, ми ставили завдання скоротити терміни клінічних проявів запальних явищ СОПР за рахунок видалення некротизованих тканин і стимулювання процесів регенерації. Ефективність розроблених ЛПК доведено на основі клініко-лабораторних даних. Це дає підстави стверджувати, що лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР різної етіології із застосуванням ЛПК на основі наносорбентів є ефективним методом терапії цих процесів, який просто та легко здійснюється в амбулаторних умовах, легко переноситься хворими та не викликає побічних ефектів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального науково-практичного завдання сучасної стоматології – підвищення ефективності лікування хворих із ерозивно-виразковими ураженнями СОПР різної етіології шляхом застосуванням розроблених на підставі клінічних і лабораторних досліджень лікувально-профілактичних комплексів на основі наносорбентів.

1. Мікробіологічними дослідженнями встановлено, що анаероби *F. nucleatum* та *T. vincentii*, симбіоз котрих є етіологічним чинником у розвитку виразково-некротичних захворювань СОПР, були виділені приблизно в 50,0 % випадків у пацієнтів із ерозивно-виразковими ураженнями інфекційної та травматичної етіології. При ураженнях СОПР токсико-алергійної етіології представники родини *Enterobacteriaceae* взагалі не виділялися, а *F. nucleatum* та *T. vincentii*, ентерококи та гриби роду *Candida* виявлено приблизно у 10,0 %. Це підтверджує, що в основі етіопатогенезу даних захворювань лежить токсико-алергійний чинник, а не мікробний.

2. Антибактеріальна активність препарату комплексної дії Метроксан на 100 % рівні майже до всіх виділених мікроорганізмів, єдиний стійкий штам – *Enterococcus faecalis* (91,7 %). Активність гелю «Метрогіл Дента» – 50,38 %, що в 2 рази нижче ніж активність наносорбційного препарату. Визначення антибактеріальної дії засобів ІГПР показали, що активність ополіскувача «Дентален стронг» до виділених МКО на рівні 31,6 % – 100 %, найбільш чутливі штами – *Staphylococcus aureus*, *E.coli*, *E.aerogenes*, *Fusobacterium nucleatum*, *Enterococcus faecium*, *Prevotella intermedia* (більше 80 % випадків). Чутливими до ополіскувача на основі антисептиків та рослинних складових були лише 11,45 % досліджуваних штамів МКО.

При травматичних та інфекційних ерозивно–виразкових ураженнях доцільно призначати препарат Метроксан та ополіскувач «Дентален стронг», оскільки вони є активним майже до всіх виділених МКО. При ураженнях токсико-алергійної етіології можливим є використання лише наносорбентів, оскільки підтверджено, що в основі даних захворювань лежить токсико-алергійний чинник, а не мікробний.

3. На основі клініко-лабораторних даних обґрунтовано та розроблено ЛПК для використання на різних етапах лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР: ЛПК № 1 при ураженнях інфекційної та травматичної етіології включає послідовне використання протеолітичних ферментів і препарату Метроксан та засоби ІГПР: зубна паста «Дентален», ополіскувач «Дентален стронг» та зубна щітка типу «Soft». ЛПК № 2 при ураженнях токсико-алергійної етіології передбачає використання протеолітичних ферментів і наносорбенту, місцеве застосування (ротіві ванночки) антигістамінних препаратів II–III покоління у формі сиропу та засоби ІГПР: зубна паста «Дентален», ополіскувач «Дентален стронг» та зубна щітка типу «Soft».

4. Вивчення клінічних особливостей перебігу ерозивно-виразкових уражень показало, що в середньому після 3–4 сеансів лікування із застосуванням наносорбентів, у 94,23 % пацієнтів відмічалось загоєння ураженої слизової оболонки незалежно від етіологічного чинника захворювання.

Найкоротші терміни загоєння виразок при травматичних ураженнях, після усунення причини та 2–3 сеансів лікування повна «видима» епітелізація відбувалася

у 86,67 % пацієнтів. У 81,25 % хворих з ВНГС та 94,11 % з БЕЕ повна «видима» епітелізація відмічалась в середньому після 3–5 сеансів лікування. В контрольній групі, у такі ж терміни, повна «видима» епітелізація спостерігалася приблизно у 46,67 % всіх пацієнтів, що в два рази менше ніж в основній групі. При використанні загальноприйнятих методів лікування повна «видима» епітелізація ерозивно-виразкових уражень відмічалася лише після 6-7 сеансів, у той час як при використанні наносорбентів цей термін скорочувався майже вдвічі.

5. Клінічні зміни СОПР не співпадають із даними цитологічної картини. На 3-тю добу лікування у пацієнтів основних груп спостерігається «видима» епітелізація ерозивно-виразкових поверхонь, а в цитологічній картині відмічається зменшення кількості нейтрофільних лейкоцитів, дрібнококової флори, елементів запалення, а також значна кількість макрофагів та метаплазованих клітин, що свідчить про регенеративно-репаративні зміни епітелію. Клінічно у всіх пацієнтів на 7-му добу відмічалась повна «видима» епітелізація ерозивно-виразкових уражень, а цитологічно це підтверджувалося тільки у 65,0 %. Тому, місцеве використання кератоплатичних засобів рекомендовано подовжувати до 10–14 доби лікування для завершення процесів регенерації.

6. Доведено, що використання ЛПК на основі наносорбентів в комплексній схемі лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР різної етіології значно (до 3-4 сеансів) скорочує терміни лікування, подовжує терміни ремісії, попереджає та знижує інтенсивність рецидивів захворювання. Побічних ефектів або ускладнень при використанні запропонованих ЛПК відмічено не було.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати проведених досліджень дозволяють рекомендувати для запровадження у лікувальну практику наступне:

1. На етапах лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР інфекційної та травматичної етіології доцільно використовувати ЛПК, що включає послідовне використання протеолітичних ферментів і препарату Метроксан та засоби ГППР – зубна паста «Дентален», ополіскувач «Дентален стронг» та зубна щітка типу «Soft».

2. На етапах лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР токсико-алергійної етіології слід використовувати ЛПК, що включає послідовне використання протеолітичних ферментів і наносорбентів, місцеве використання (ротіві ванночки) антигістамінних препаратів II–III покоління у формі сиропу, засоби ГППР – зубна паста «Дентален», ополіскувач «Дентален стронг» та зубна щітка типу «Soft».

3. Рекомендовано місцеве лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР, незважаючи на «видиму» епітелізацію ділянок ураження, подовжувати до 10–14 доби лікування.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сидельникова Л. Ф. Распространенность местных раздражающих факторов у студентов НМУ и их влияние на развитие воспалительных и деструктивных заболеваний пародонта и СОПР / Л. Ф. Сидельникова, Е. А. Скибицкая, М. О. Дудникова // Современная стоматология. – 2010. – № 2 (51). – С. 49–53.

(Здобувач проводила клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, аналіз результатів, написання статті).

2. Скібіцька О. О. Вплив сорбційної терапії на процеси регенерації слизової оболонки порожнини рота на етапах лікування виразково-некротичного стоматиту / О. О. Скібіцька, В. М. Краснопольська // Современная стоматология. – 2012. – № 2 (61). – С. 77–79. *(Здобувачу належить статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).*

3. Сидельникова Л. Ф. Обоснование и перспективы применения методов сорбционной терапии в комплексной профилактике стоматологических заболеваний / Л. Ф. Сидельникова, Е. А. Скибицкая // Современная стоматология. – 2012. – № 2 (61). – С. 32–34. *(Здобувач проводила клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, аналіз результатів, написання статті).*

4. Сидельникова Л. Ф. Клиническая эффективность зубной пасты сорбционного действия в комплексной гигиене полости рта у пациентов пародонтологического профиля / Л. Ф. Сидельникова, Е. А. Скибицкая // Современная стоматология. – 2012. – № 4 (63). – С. 20–22. *(Здобувачу належить проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).*

5. Скібіцька О. О. Застосування ополіскувача на основі сорбенту «Ентеросгель» у комплексній терапії ерозивно-виразкових захворювань слизової оболонки порожнини рота / О. О. Скібіцька // Современная стоматология. – 2012. – № 5 (64). – С. 30–33.

6. Борисенко А. В. Обґрунтування локальної сорбції на етапах лікування ерозивно-виразкових захворювань слизової оболонки порожнини рота / А. В. Борисенко, О. О. Скібіцька, Л. Ф. Сидельникова // Новини стоматології. – 2013. – № 1 (74). – С. 88–91. *(Здобувач проводила статистичну обробку даних, аналіз результатів, написання статті).*

7. Сидельникова Л. Ф. Локальна сорбція в комплексному лікуванні ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота травматичної етіології / Л. Ф. Сидельникова, В. С. Скібіцький, О. О. Скібіцька // Современная стоматология – 2013. – № 1 (65). – С. 50–52. *(Здобувачу належить проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті).*

8. Сидельникова Л. Ф. Обоснование выбора зубных паст с различной степенью абразивности в комплексной гигиене полости рта / Л. Ф. Сидельникова, Е. А. Скибицкая // Современная стоматология. – 2013. – № 2 (66). – С. 26–28. *(Здобувач проводила клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, аналіз результатів, написання статті).*

9. Сидельникова Л. Ф. Локальна сорбційна терапія в комплексному лікуванні виразково-некротичних уражень слизової оболонки порожнини рота / Л. Ф. Сидельникова, О. О. Скібіцька, І. І. Геращенко // Інноваційні технології – в стоматологічну практику : матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава : Дивосвіт, 2008. – С. 246. *(Здобувачу належить проведення клініко-лабораторних досліджень, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання тез).*

10. Скібіцька О. О. Місцева патогенетична терапія виразково-некротичних уражень слизової оболонки порожнини рота / О. О. Скібіцька // Український науково-медичний молодіжний журнал : матеріали конф. «Актуальні проблеми сучасної медицини», (Київ, 5–7 листоп. 2008 р.). – К., 2008. – С. 232

11. Скібіцька О. О. Ефективність сорбційно-антибактеріальної терапії при виразковому стоматиті / О. О. Скібіцька // Тези ювілейної міжнар. наук.-практ. конф. «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку», (Івано-Франківськ, 5–6 лют. 2009 р.). – Івано-Франківськ, 2009. – С. 57–58.

12. Скібіцька О. О. Наносорбенти в комплексному лікуванні виразково-ерозивних уражень слизової оболонки порожнини рота / О. О. Скібіцька // Тези міжнар. наук.-практ. конф. «Розвиток наукових досліджень 2009», (Полтава, 23–25 листоп. 2009 р.). – Полтава : ІнтерГрафіка, 2009. – С. 101–102.

13. Сидельникова Л. Ф. Методические рекомендации по применению геля «Метрогил Дента» с лечебно-профилактической целью при заболеваниях пародонта, слизистой оболочки полости рта и в ортодонтической практике / Л. Ф. Сидельникова, Е. А. Скибицкая, М. О. Дудникова. – К., 2010. – 32 с. *(Здобувачу належить розробка алгоритмів вибору засобів гігієни порожнини рота в різних клінічних ситуаціях).*

14. Скібіцька О. О. Особливості лікування виразково-некротичних уражень слизової оболонки порожнини рота у фазі гідратації / О. О. Скібіцька // Тези ювілейної міжнар. наук. конф. «Молодь – медицині майбутнього», (Одеса, 22–23 квіт. 2010 р.). – Одеса, 2010. – С. 230–231.

15. Сидельникова Л. Ф. Індивідуальна гігієна порожнини рота при різних стоматологічних захворюваннях, що супроводжуються симптомами галітозу : метод. рек. / Л. Ф. Сидельникова, О. О. Скібіцька, М. О. Дудникова. – К., 2012. – 23 с. *(Здобувачу належить розробка алгоритму диференційованого вибору засобів гігієни порожнини рота в різних клінічних ситуаціях).*

16. Сидельникова Л. Ф. Локальна сорбція в комплексному лікуванні ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота алергійної етіології / Л. Ф. Сидельникова, О. О. Скібіцька // Медична наука та практика XXI століття : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (Київ, 25–26 січ. 2013 р.). – К. : Київський медичний науковий центр, 2013. – С. 72–73. *(Здобувач проводила клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, аналіз результатів, написання тез).*

17. Пат. на корисну модель № 82335 Україна, МПК А61С 15/00 А61В 10/00. Спосіб лікування ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота інфекційної та травматичної етіології / Сидельникова Л. Ф., Скібіцька О. О., Скібіцький В. С. – Заявл. 01.03.13 ; опубл. 25.07.13, Бюл., № 14. *(Розробка формули патенту, апробація, впровадження).*

18. Пат. на корисну модель № 82336 Україна, МПК А61С 15/00 А61В 10/00. Спосіб лікування ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота токсико-алергійної етіології / Сидельникова Л. Ф., Скібіцька О. О. – Заявл. 01.03.13 ; опубл. 12.08.13, Бюл. № 15. *(Розробка формули патенту, апробація, впровадження).*

АНОТАЦІЯ

Скібіцька О. О. Обґрунтування та оцінка ефективності сорбційної терапії у комплексному лікуванні ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ 2013.

Дисертацію присвячено вивченню клінічних, мікробіологічних і цитологічних особливостей перебігу ерозивно-виразкових уражень СОПР різної етіології та підвищенню ефективності їх лікування.

Встановлено відмінність мікробіологічної картини ерозивно-виразкових уражень СОПР інфекційної, травматичної та токсико-алергійної етіології. Встановлено, що клінічні зміни СОПР на етапах лікування не співпадають із даними цитологічної картини.

Розроблено ЛПК на основі наносорбентів для лікування ерозивно-виразкових захворювання СОПР різної етіології. Доведено високу ефективність диференційованого використання лікувальних препаратів і засобів індивідуальної гігієни порожнини рота на основі наносорбентів для лікування даних захворювань.

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота, ерозивно-виразкові ураження, лікування, наносорбенти

АННОТАЦИЯ

Скибицкая Е. А. Обоснование и оценка эффективности сорбционной терапии в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев 2013.

Диссертация посвящена изучению клинических, микробиологических и цитологических особенностей течения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта различной этиологии и повышению эффективности их лечения.

Микробиологическими исследованиями установлено, что анаэробы *F. nucleatum* и *T. vincentii*, симбиоз которых считается этиологическим фактором в развитии язвенно-некротических заболеваний СОПР, были выделены примерно в 50,0 % случаев. При поражениях токсико-аллергической этиологии они были выделены у 10,0 % пациентов. Это подтверждает, что в основе этиопатогенеза данных заболеваний лежит токсико-аллергический фактор, а не микробный.

Изучены особенности цитологической картины эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта. Доказано, что препараты сорбционного действия способствуют стимуляции процессов регенерации эпителия и позволяют в среднем на 3-е суток сократить сроки лечения.

Результаты, полученные в ходе клинических и цитологических исследований, показали, что клинические изменения слизистой оболочки полости рта не совпадают с данными цитологической картины. Поэтому целесообразно выделение «послеклинической» фазы течения заболевания после достигнутого выраженного

клинического эффекта лечения и продление курса лечения до 10–14 дней для профилактики возможных обострений и рецидивов заболеваний.

Изучение клинических особенностей течения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта различной этиологии показало, что после 3-4 сеансов лечения с применением наносорбента в 94,23 % случаев происходило заживление пораженной слизистой оболочки с одновременной нормализацией общего состояния пациента, то есть использование наносорбентов сокращает сроки лечения приблизительно вдвое.

Обоснованы и разработаны лечебно-профилактические комплексы для различных этапов лечения эрозивно-язвенных поражений. Они включают препарат комбинированного действия и средства индивидуальной гигиены полости рта на основе наносорбента, а также местное использование антигистаминных препаратов II–III поколения.

Доказано, что лечение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта с применением лечебно-профилактических комплексов на основе наносорбентов является эффективным методом терапии этих процессов, который просто и легко осуществляется в амбулаторных условиях, легко переносится пациентами и не вызывает побочных эффектов.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, эрозивно-язвенные поражения, лечение, наносорбент.

SUMMARY

Skibitska O. O. Rationale and evaluation of sorption therapy in treatment of erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa. – On the manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.22 – dentistry. – National Medical University named after A. A. Bohomoltsia, Kyiv, 2013.

The investigation of clinical, microbiological and cytological peculiarities of erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa of various etiologies and improve the effectiveness of their treatment.

Installed difference microbiological pattern of erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa infectious, traumatic and toxic-allergic etiology. Found that clinical changes of the oral mucosa does not coincide with the data cytological picture.

Designed forestry based nanosorbents to treat erosive and ulcerative diseases of the oral mucosa of different etiology. High efficiency differential use of drugs and personal care products based nanosorbentiv in various dosage forms, the stages of the treatment of these diseases.

Keywords: oral mucosa, erosive and ulcerative lesions, treatment, nanosorbent.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БЕЕ – багатоформна ексудативна еритема
- ВНГ – виразково-некротичний гінгівіт
- ВНГС – виразково-некротичний гінгівостоматит
- ІГПР – індивідуально гігієна порожнини рота
- ЛПК – лікувально-профілактичний комплекс
- МКО – мікроорганізм
- СОПР – слизова оболонка порожнини рота