

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

ТКАЧЕНКО АЛЛА ГРИГОРІВНА

УДК:616.314.17-008.1-031.81-036-08-053.82

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАННЯ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ
У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ 18-25 РОКІВ

14.01.22-стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ-2006

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України.

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

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Павленко Олексій Володимирович,
Інститут стоматології Київської медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України,
кафедра стоматології, завідувач

кандидат медичних наук, професор
Скрипнікова Таїсія Петрівна,
Українська медична стоматологічна
академія МОЗ України (м. Полтава),
кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів, професор

Провідна установа: Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького
МОЗ України.

Захист відбудеться «__»_____ 2006 р. о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.05 у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м. Київ, вул. Зоологічна 1, стоматологічний корпус.

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

Автореферат розіслано «__»_____ 2006 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.І.Остапко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На сьогоднішній день захворювання пародонта широко розповсюджені серед населення різних регіонів України. За даними різних дослідників (Т.Д.Заболотний, 1992; К.М. Косенко 1994; Г.Ф. Білоклицька 1996; Л.О.Хоменко, 1998; М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко 2000;) їх поширеність становить 30% - 95% залежно від віку, статі, клінічних проявів та регіонів проживання. Ці результати узгоджуються з даними ВООЗ (1990), які ґрунтуються на обстеженні населення 53 країн і свідчать про те, що найвищий рівень розповсюдженості захворювань пародонта - від 55% до 89% - спостерігається у осіб віком 15-18 років.

Епідеміологічними дослідженнями, проведеними К.М. Косенко (1994), А.М. Політун (1996), Г.М. Вишняк (1999), встановлено, що розповсюдженість генералізованих захворювань пародонта у віці 19-25 років досягає 30%, а у 25-30 років – 60%.

Висока розповсюдженість захворювань пародонта в осіб молодого віку, різноманітність їх етіологічних факторів, клінічних проявів, недостатня ефективність первинної та вторинної профілактики захворювань у молодих людей (віком 18-25 років) на сьогодні є однією з найактуальніших проблем терапевтичної стоматології.

Враховуючи це, для запобігання розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта, особливо важливими є розробка методів профілактики та рання діагностика цих станів (Л.О.Хоменко, 1998; Т.П.Скріпнікова, 2000). Виявлення ранніх клінічних проявів захворювання дозволить раціонально провести його лікування і профілактику розвитку більш тяжких уражень пародонта.

Сучасні соціально-економічні умови диктують необхідність розробки нових схем лікувально-профілактичних заходів для хворих на генералізований пародонтит, а також удосконалення диспансерного методу обслуговування таких пацієнтів (І.С.Мащенко, 2001; О.В.Павленко, І.П.Мазур, 2003).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Національного медичного університету імені О.О. Богомольця і є фрагментом комплексної теми кафедри терапевтичної стоматології “Особливості клініки початкового карієсу і захворювань пародонта в осіб молодого віку, сучасні методи їх профілактики і лікування”. УДК: 616.314.17:616.314.-002.4-036.4-36.22-07.08. Номер державної реєстрації 0104.V000449 шифр теми ІН 30.00.0033.97.

Мета і задачі дослідження. Метою дослідження є підвищення ефективності діагностики, лікування і профілактики генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку шляхом розробки нових діагностичних критеріїв та схем лікувально-профілактичних заходів.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання.

1. Вивчити поширеність та інтенсивність захворювань пародонта у студентів Національного медичного університету імені О.О.Богомольця та осіб молодого віку у різних регіонах України.

2. Вивчити стан гігієни порожнини рота та наявність місцевих подразнюючих факторів тканин пародонта в осіб молодого віку різних регіонів України; і їх вплив на інтенсивність захворювань пародонта.

3. Дослідити особливості розвитку і клінічного перебігу генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку.

4. Розробити комплексні критерії оцінки інтенсивності деструктивного процесу в альвеолярній кістці та в твердих тканинах зуба і на підставі цього скласти індивідуальні схеми лікувально-профілактичних заходів.

5. Визначити ефективність розроблених схем профілактичних і лікувальних заходів на підставі клініко-рентгенологічних, лабораторних і біохімічних досліджень оцінки стану пародонту в найближчі і віддалені терміни.

6. Обґрунтувати особливості диспансеризації пацієнтів молодого віку з генералізованим пародонтитом початкового - I ступеня.

Об'єкт дослідження: хворі на генералізований пародонтит віком 18-25 років.

Предмет дослідження: стан твердих тканин зубів і пародонту в осіб віком 18-25 років; інтенсивність деструктивного процесу при генералізованому пародонтиті як в альвеолярній кістці, так і в твердих тканинах зуба.

Методи дослідження. У роботі використані клінічні, рентгенологічні, лабораторні, біохімічні та статистичні методи дослідження, за допомогою яких визначили розповсюдженість та інтенсивність захворювань пародонта та ефективність запропонованих схем профілактичних і лікувальних заходів.

Наукова новизна одержаних результатів. Виявлено високу поширеність основних стоматологічних захворювань в осіб молодого віку у різних регіонах України: карієсу – 93%, захворювань пародонта – 74%. Вперше показано, що дистрофічно-запальний процес у пародонті вже на ранніх етапах свого розвитку (початковий - I ступінь) протікає з різною інтенсивністю. Ступінь її залежить від агресивності місцевих подразнюючих факторів, провідними серед яких є карієс контактних поверхонь і стан гігієни порожнини рота, особливо міжзубних проміжків

Розроблені нові критерії комплексної оцінки стану пародонта: індекс сумарної інтенсивності ураження пародонта – СІУП; індекс деструктивних уражень – ІДП, який дозволяє оцінити інтенсивність деструктивного процесу в альвеолярній кістці (пародонтальна кишеня) і твердих тканинах зуба (карієс контактних поверхонь і пришийкових ділянок зубів).

Дистрофічно-запальний процес пародонта в осіб молодого віку протікає на тлі знижених захисних механізмів порожнини рота. Показана висока ефективність застосування імуномодуючого препарату “Імудон”.

Вперше обґрунтовані терміни диспансерного нагляду і критерії, що дозволяють провести превентивне лікування, уникаючи прогресування патологічного процесу.

Запропоновано схему диспансерного спостереження пацієнтів з генералізованим пародонтитом початкового - I ступеня, визначені терміни і об'єм лікувально-профілактичних втручань на етапах спостереження. Пріоритетність дисертаційних досліджень підтверджується деклараційним патентом України «Спосіб оцінки ступеня тяжкості ураження тканин пародонта» №9334.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані дані стосовно інтенсивності деструктивного процесу в тканинах пародонта (індекси ІДП, СІУП) стали підставою для розробки індивідуальних схем лікувально-профілактичних заходів у хворих на генералізований пародонтит.

Розроблена схема диспансерного спостереження пацієнтів, визначені строки та об'єм лікувально-профілактичних заходів в залежності від інтенсивності патологічного процесу в тканинах пародонта (індекси СІУП, ІДП).

Впровадження в практику. Результати дисертаційної роботи впроваджені у практику роботи стоматологічної поліклініки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, міської стоматологічної поліклініки м. Сімферополя, міської стоматологічної поліклініки м. Чернігова, Центральної поліклініки Міністерства оборони України м. Києва. Матеріали дисертації використовуються в навчальному процесі кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця та на кафедрі терапевтичної стоматології Кримського державного медичного університету імені С.І.Георгієвського.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом особисто проведений інформаційний пошук і аналіз наукової літератури з даної проблеми. Разом із науковим керівником розроблена програма, мета і завдання дослідження, проведений аналіз одержаних результатів, сформульовані висновки роботи.

Лабораторні дослідження проведені у клінічній лабораторії стоматологічної поліклініки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Біохімічні дослідження проведені автором спільно зі співробітниками лабораторії біохімії Київського науково-дослідного інституту отоларингології МОЗ України (завідувач – професор К.М. Веремєєнко).

Апробація результатів дисертації. Результати проведених досліджень доповідались на Міжнародній конференції “Вітчизняна стоматологія на рубежі століть” (Полтава, 2001 р.), на Міжнародній слов'янській науково-практичній конференції молодих вчених (Одеса, 2002 р.), на II

Міжнародній науково-практичній конференції “Актуальні питання стоматології” (Білорусія, 2002 р.), на науково-практичній конференції “Сучасні проблеми терапевтичної стоматології” (Київ, 2003 р.).

Апробація дисертації проведена на спільному засіданні кафедр стоматологічного профілю і на апробаційній раді “Стоматологія” Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Публікації. За результатами дисертації опубліковано 14 статей, з них 9 – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 5 – в наукових збірниках, тезах конференцій, самостійних робіт – 2, отримано 1 деклараційний патент України.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, розділу аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, та списку використаних джерел літератури. Загальний обсяг роботи становить 193 сторінки машинописного тексту, основний її зміст викладено на 124 сторінках, роботу ілюстровано 22 таблицями та 17 малюнками. Список літератури містить 285 найменувань, із них 135 іноземних джерел та 150 – вітчизняних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети та завдань дослідження було обстежено 300 студентів Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, а також пацієнтів стоматологічної поліклініки Національного медичного університету. Усім пацієнтам було проведене обстеження стану тканин пародонта. Для встановлення діагнозу була використана класифікація захворювань пародонта М.Ф.Данилевського (1994).

При вивченні розповсюдженості захворювань пародонта у молодих людей різних регіонів України було оглянуто 1309 осіб у 7 містах України (Київ, Харків, Дніпропетровськ, Львів, Чернівці, Одеса, Ялта).

Для з’ясування особливостей розвитку і клінічного перебігу генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку, була сформована група пацієнтів у кількості 136 чоловік. До неї увійшли студенти Національного медичного університету імені О.О.Богомольця і пацієнти стоматологічної поліклініки при Національному медичному університеті. З них 60 (44%) юнаки і 76 (56%) дівчата.

Діагноз захворювання пародонта оформлювали на підставі даних клінічних, інструментальних та лабораторних методів дослідження. Для визначення ефективності лікувально-профілактичних заходів всі хворі знаходились на диспансерному обліку і оглядались кожні 3 місяці. Був проведений аналіз найближчих та віддалених результатів лікування і профілактики.

Клінічне обстеження хворих на генералізований пародонтит полягало у ретельному з'ясуванні скарг, збиранні анамнестичних даних та об'єктивному обстеженні стану пародонта. Клінічні обстеження доповнювали аналізом індексної оцінки стану тканин пародонту, лабораторними та біохімічними дослідженнями.

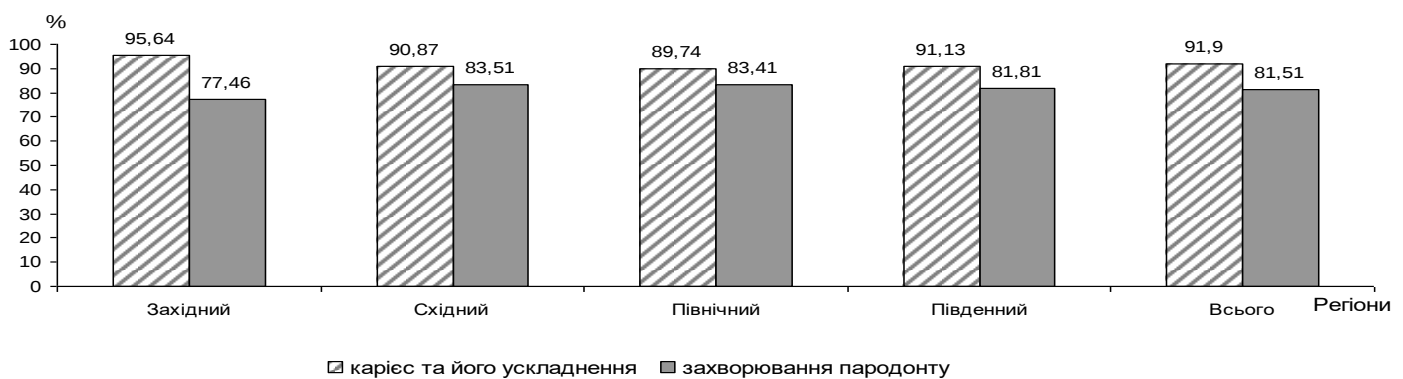
При об'єктивному обстеженні визначали наявність набряку, гіперемії, кровоточивість ясен. Виявляли всі місцеві подразнюючі фактори, що сприяли виникненню дистрофічно-запальних змін у пародонті.

Індексна оцінка стану тканин пародона і гігієни порожнини рота здійснювалась за допомогою індексів API (Lange, 1990), Green-Vermillion (1964), Федорова-Володкіної (1971), комплексного пародонтального індексу КПП (П.А.Леус, 1987); оцінка стану твердих тканин зубів – за індексом КПВ; ступінь запального процесу в пародонті визначався за папілярно-маргінально-альвеолярним індексом РМА (С. Parma 1961); про деструктивні процеси як в альвеолярній кістці, так і в твердих тканинах зуба судили за допомогою розроблених нами індексів ІДП і СІУП.

За допомогою лабораторних досліджень оцінювали: активність реакції адсорбції мікроорганізмів РАМ, рН слини, еміграцію лейкоцитів в порожнину рота за М.А.Ясиновським, в модифікації КМІ (1961).

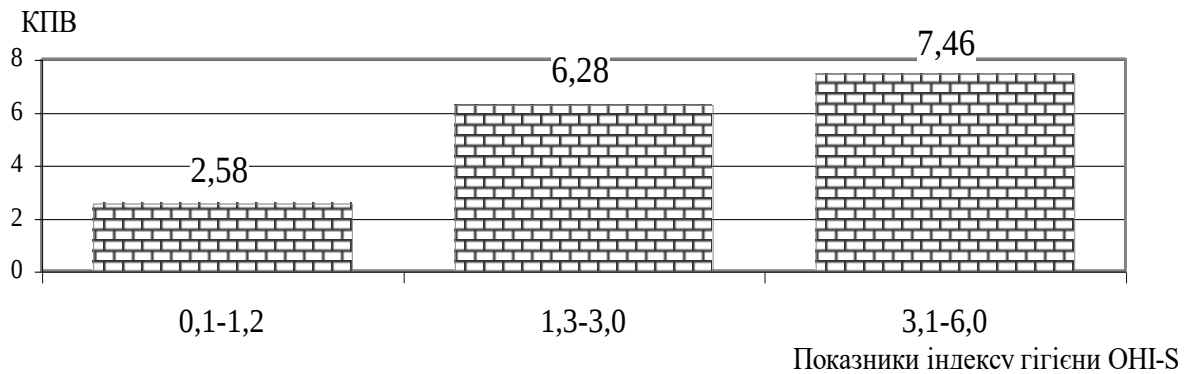
Біохімічні дослідження полягали у визначенні рівня лізоциму та білка в слині по методу Лоурі (1951).

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті обстеження осіб віком 18-25 років у різних регіонах України була виявлена висока розповсюдженість основних стоматологічних захворювань (карієсу – 93%, захворювань пародонта – 74%) (мал. 1).



Мал. 1. Розповсюдженість карієсу та захворювань пародонта у різних регіонах України (за звертанням).

Встановлено прямий кореляційний зв'язок між станом гігієни порожнини рота, наявністю карієсу контактних і пришийкових поверхонь зубів, поширеністю і тяжкістю перебігу запально-деструктивних захворювань пародонта, зокрема генералізованого пародонти ту ($r=0,75$). (мал. 2).



Мал. 2. Залежність величини індексу КПВ від стану гігієни порожнини рота (за індексом Грін-Вермільйона).

При подальшому обстеженні було виявлено, що пацієнти віком 18-25 років з однаковим діагнозом – генералізований пародонтит початкового - I ступеня, мають різний ступінь деструктивних уражень як в альвеолярній кістці, так і в твердих тканинах зуба (мал. 3).



Мал. 3. Частота поєднання деструктивних уражень альвеолярної кістки й твердих тканин зуба.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що дистрофічно-запальний процес у пародонті вже при початковому - I ступені генералізованого пародонтиту протікає нерівномірно, інтенсивність його залежить від інтенсивності ураження альвеолярної кістки і твердих тканин зуба.

Для оцінки деструктивних змін у тканинах пародонту, з урахуванням інтенсивності ураження альвеолярної кістки і твердих тканин зубів на контактних і пришийкових ділянках зуба нами запропоновано індекс інтенсивності деструкції пародонту (ІДП).

Індекс інтенсивності деструкції пародонту (ІДП) обчислювали за формулою:

$$ІДП = \frac{\sum PK + \sum АКП}{\text{кількість обстежених зубів}}, \text{ де}$$

ΣПК – кількість пародонтальних кишень, визначених у одного обстеженого;

ΣАКП – кількість каріозних уражень на контактних поверхнях зубів.

На підставі значення індексу ІДП всі обстежені були поділені на 3 групи: з низьким, середнім і високим ступенем інтенсивності деструктивного процесу (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика деструктивних змін у пародонті за ступенем інтенсивності

Нижня межа ПК+ АКП		Інтенсивність	Верхня межа ПК +АКП		Кількість хворих на ГП початкового - І ступеня
Бали	кількість уражень		Бали	кількість уражень	
$0,036 \leq$	$1 \leq$	Низька	$\leq 0,214$	≤ 6	44
$0,25 \leq$	$< 7 \leq$	Середня	$\leq 0,393$	≤ 11	40
$0,428 \leq$	$12 \leq$	Висока	$= 0,786$ і вище	$= 22$ і вище	52

При розробці лікувально-профілактичних заходів враховували не тільки деструктивні зміни в альвеолярній кістці, але й активність запального процесу в тканинах ясен, який визначали як клінічно, так і за папілярно-маргінально-альвеолярним індексом РМА (Parma, 1961). Також враховували потребу в проведенні професійної гігієни, тобто стан гігієни порожнини рота, особливо в міжзубних проміжках. З цією метою використовували апроксимальний пародонтальний індекс, API (Lange, 1990).

Використовуючи показники індексів ІДП, РМА, API і непараметричні методи медичної статистики, нами був розроблений сумарний індекс ураження пародонта (СІУП) і визначені для кожної групи обстеження його критичні значення, при яких хворий на генералізований пародонтит потребує проведення тих або інших лікувально-профілактичних заходів.

При аналізі показника індексу РМА використовували рекомендації Інституту стоматології АМН України (м.Одеса) про те, що проведене лікування може вважатися задовільним, якщо значення індексу РМА складають – 0,47 балу (47%) і менше (К.М.Косенко, 2002).

За визначенням автора апроксимального пародонтального індексу, API (Lange, 1990) значення індексу менше 0,35 балу (або 35%) вказують на те, що стан гігієни оцінюється як достатній.

Ці дані були основними критеріями для визначення потреби хворого у лікуванні для запобігання загострення дистрофічно-запального процесу.

СІУП – для кожного пацієнта визначали як суму індивідуальних значень індексів ІДП, РМА і API.

$$\text{СІУП} = \text{ІДП} + \text{РМА (бали)} + \text{API (бали)}$$

Критичне значення індексу СІУП індивідуально для кожного хворого обчислювали таким чином:

$$\text{СІУП} = \text{індив. ІДП} + 0,82,$$

де індивідуальний ІДП – індивідуальний індекс інтенсивності деструкції; 0,82 – сума критичних значень індексів РМА – 0,47 бали і індексу API – 0,35 бали.

Для підтвердження доцільності розподілу пацієнтів на групи залежно від інтенсивності патологічного процесу в тканинах пародонта, оцінки стану місцевих захисних факторів порожнини рота і планування індивідуальних лікувально-профілактичних заходів використовували як біохімічні, так і лабораторні методи дослідження (табл. 2).

Загальна кількість лейкоцитів, які мігрували за високої інтенсивності ураження майже у два рази (1,92) перевищує цей показник при низькій інтенсивності ураження, причому відсоток живих лейкоцитів, здатних до фагоцитозу на 20% менше. Це вказує на пригнічення місцевих захисних сил у групі з високою інтенсивністю на тлі більш вираженого запального процесу: кількість клітин злушеного епітелію більш, ніж у 2 рази вище (2,28) його значення у групі з низькою інтенсивністю.

Таблиця 2

Вміст лейкоцитів епітеліальних клітин у ротовій рідині хворих генералізованим пародонтитом початкового – I ступеня

№	Групи хворих ГП з різним ступенем інтенсивності ураження	Загальна кількість лейкоцитів, $M \pm m$	% живих	Епітеліальні клітини, $M \pm m$	P
1	Низька	150,4±13,5*	91,3±0,25*	32,3±0,6*	<0,05
2	Середня	248,5±21,1*	85,4±0,71*	57,3±4,8*	<0,05
3	Висока	288,1±25,5*	72,2±0,64*	73,7±6,7*	<0,05
	Здорові	90-150	80	25-100	<0,05

*- різниця статистично достовірна: $p < 0,05$

Реакція адсорбції мікроорганізмів (РАМ) клітинами епітелію знаходилася в межах 48,0±5,75% за високої інтенсивності ураження; 49,0±5,25% - при середній та 49,8±5,14% – за низької інтенсивності.

Показники рівня білка в змішаній слині більш, ніж в 4 рази перевищують показники, характерні для осіб із здоровим пародонтом і знаходяться в прямій кореляційній залежності від ступеня вираженості деструктивних змін в пародонті при генералізованому пародонтиті початкового - I ступеня: 48 мг/л при низькій інтенсивності, 5,5 мг/л - при високій.

У хворих на генералізований пародонтит до лікування рівень лізоциму був знижений порівняно із здоровими на 32% при низькій інтенсивності і на 54% при високій інтенсивності пародонтиту.

Схема обстеження і лікування хворого будувалася за принципом індивідуального підходу до кожного пацієнта. Всі дослідження проводили до лікування, після завершення початкового етапу лікування (окрім рентгенологічного) і на етапах спостереження.

Початкове лікування включало: навчання індивідуальній гігієні порожнини рота, вибір засобів гігієнічного догляду, усунення чинників, сприяючих ретенції зубної бляшки, проведення професійної гігієни порожнини рота, місцеве медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування. Лікування і спостереження закінчували тільки після отримання стійких позитивних результатів як клінічних, так і індексної оцінки стану ясен і гігієни порожнини рота. Регулярні огляди пацієнтів проводили кожні три місяці.

Під час кожного контрольного огляду здійснювали наступні заходи: клінічне обстеження пацієнтів, визначення гігієнічного стану порожнини рота, за результатами індексів проводили повторну мотивацію пацієнтів до дотримання якісної індивідуальної гігієни, корекцію засобів індивідуальної гігієни, проведення професійної гігієни з аналізом стану пломб і реставрацій, особливо на контактних ділянках і їх поліруванням (або заміною).

При незадовільних результатах обстеження з'ясовували причину загострення і проводили медикаментозну терапію з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і характеру загострення. Завершували лікування курсом гідромасажу ясен та електрофорезу вітаміну С.

Всі пацієнти з різним ступенем інтенсивності ураження були розподілені на дві групи, по 68 чоловік в кожній з груп. В основній групі в комплексну терапію пацієнтів включали імуностимулюючий препарат "Імудон", курсами 2 рази на рік, по 6 таблеток на добу протягом місяця, при загостренні – по 8 таблеток протягом 30 днів; у контрольній групі призначали полівітамінний комплекс "Ундевіт".

Порівняльна характеристика одержаних результатів в кожній з груп проводилась кожні три місяці протягом 2 років.

Найближчі результати оцінювалися як клінічно, так і за допомогою індексної оцінки, лабораторних і біохімічних досліджень.

Розроблена схема лікувально-профілактичних заходів, включаючи навчальний гігієнічний етап, проведення професійної гігієни, медикаментозне лікування за показаннями і фізіотерапію, виявилася ефективною при лікуванні пацієнтів з генералізованим пародонтитом початкового - I ступеня в 100% випадків. Найближчі результати лікування в першій і другій групах були однаковими.

Паралельно із зменшенням запального процесу в порожнині рота і відновлення достатнього стану гігієни при низькій інтенсивності процесу кількість міграції лейкоцитів в порожнині рота зменшилася до $132,3 \pm 8,1$, при середній до $195,7 \pm 11,2$ і при високій – $198,2 \pm 9,7$, причому відсоток живих лейкоцитів підвищився до 90-93%, практично однаково в кожній з трьох підгруп за ступенем інтенсивності патологічного процесу. Кількість РАМ позитивних клітин збільшилася на 10-15%.

Рівень білка в ротовій рідині перевищував нормальний показник: при низькій інтенсивності генералізованого пародонтиту в 3,5 разу, при високій – в 4 рази. При цьому рівень лізоциму склав 68% від нормальних величин при низькій інтенсивності генералізованого пародонтиту і 44% – при високій інтенсивності (табл. 3).

Таблиця 3

**Динаміка рівня білка в ротовій рідині хворих
генералізованим пародонтитом початкового – І ступеня тяжкості на етапах лікування**

Групи хворих		Загальний білок мг/мл, $M \pm m$	
		До лікування	Після лікування (через 1 міс.)
Низька інтенсивність	Перша	4,79±0,12*	1,19±0,17*
	Друга		1,57±0,07*
Середня інтенсивність	Перша	5,24±0,11	1,52±0,02*
	Друга		1,83±0,03*
Висока інтенсивність	Перша	5,5±0,11	2,36±0,03*
	Друга		2,71±0,09*
З Д О Р О В І		1,375±0,1	

*- Різниця достовірна $p < 0,05$

Після завершення всього комплексу лікування рівень білка наблизився до своїх нормальних показників як в першій, так і в другій групі. У групі з високим ступенем інтенсивності він знизився майже в два рази, проте зберігався на досить високих цифрах, особливо в контрольній групі.

Рівень лізоциму за період лікування значно підвищився, проте не досяг свого нормального рівня. У пацієнтів основної (першої) групи, що одержували “Імудон”, рівень лізоциму був на 20-22% вищий, ніж в контрольній (другій) групі, що ми розглядали як позитивний прогностичний фактор (табл. 4).

Таблиця 4

**Динаміка рівня лізоциму в ротовій рідині хворих
генералізованим пародонтитом початкового – І ступеня тяжкості на етапах лікування**

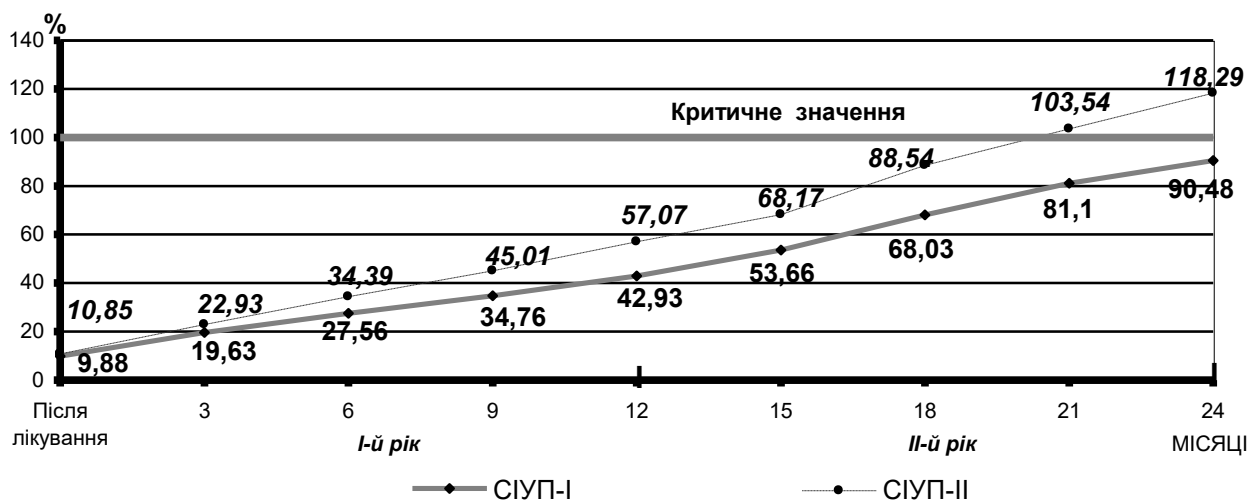
Групи хворих		Лізоцим мкг/мл слини, $M \pm m$		Лізоцим мкг/мл білка, $M \pm m$	
		До лікування	Після лікування (через 1 міс.)	До лікування	Після лікування (через 1 міс.)
Низька інтенсивність	Перша	52,61±0,31	57,61±0,44*	9,66±0,17	12,84±0,17*
	Друга		53,04±0,19		9,94±0,10
Середня інтенсивність	Перша	51,33±0,43	55,61±0,26*	8,58±0,17	12,56±0,21*
	Друга		52,02±0,20		9,33±0,14
Висока інтенсивність	Перша	46,37±0,23	55,64±0,14*	6,62±0,21	10,43±0,11*
	Друга		49,13±0,26		7,24±0,14
З Д О Р О В І		59,6±0,32		14,12±0,20	

*- різниця достовірна $p < 0,05$

Після закінчення курсу лікування всі хворі знаходилися під наглядом протягом 24 місяців з періодичністю оглядів 3 місяці.

Для з'ясування особливостей розвитку патологічного процесу в пародонті і впливу на нього курсового прийому препарату “Імудон”, вивчили динаміку змін індексу сумарної інтенсивності ураження пародонту (СІУП) в кожній групі залежно від ступеня інтенсивності патологічного процесу в пародонті.

Так, при **низькій інтенсивності** протягом перших трьох місяців не відмічено відмінностей в збільшенні значення СІУП між першою і другою групами ($p>0.05$). У подальших тримісячних інтервалах спостереження вже відмічалися статистично достовірні ($p<0.05$) нижчі значення СІУП в першій групі спостереження, які коливалися від 6% через 6 місяців до 28% наприкінці спостереження (мал.5).



Мал.5. Динаміка індексу СІУП на етапах спостереження хворих на генералізований пародонтит початкового – I ступеня низької інтенсивності

В осіб другої групи протягом 15 місяців величина приросту індексу СІУП становила 11-12%, і хворі в цей період не потребували лікування.

У період з 15 до 18 місяців величина приросту збільшувалась майже удвічі (21%), що призвело до необхідності лікування у 18% хворих.

Перебіг генералізованого пародонтиту в осіб першої групи, які приймали “Імудон”, до 15 місяців протікав безсимптомно, поволі, приріст індексу складав 7-8%, що в 1,7 разу нижче, ніж в другій групі.

У наступний період спостереження (18-24 міс.) приріст склав 14%, що 1,5 разу нижче, ніж в другій групі. Хворі, які потребували лікування в цій групі, з'являлися тільки наприкінці 21 місяця спостереження і склали 18%, що на 54,5% менше, ніж в другій групі. До 24 місяців спостереження ще 8 чоловік (36,4%) потребували лікування, і до кінця лікування 54,4% пацієнтів було необхідне протирецидивне лікування.

Таким чином тривалість ремісії при усуненні місцевих подразнюючих факторів каріозного походження, проведеного лікування і постійного якісного догляду за порожниною рота, який відповідає оптимальному і достатньому гігієнічному рівню, складає 15-18 місяців; через 15-18 місяців хворі потребують проведення лікувальних заходів, спрямованих на запобігання загострення.

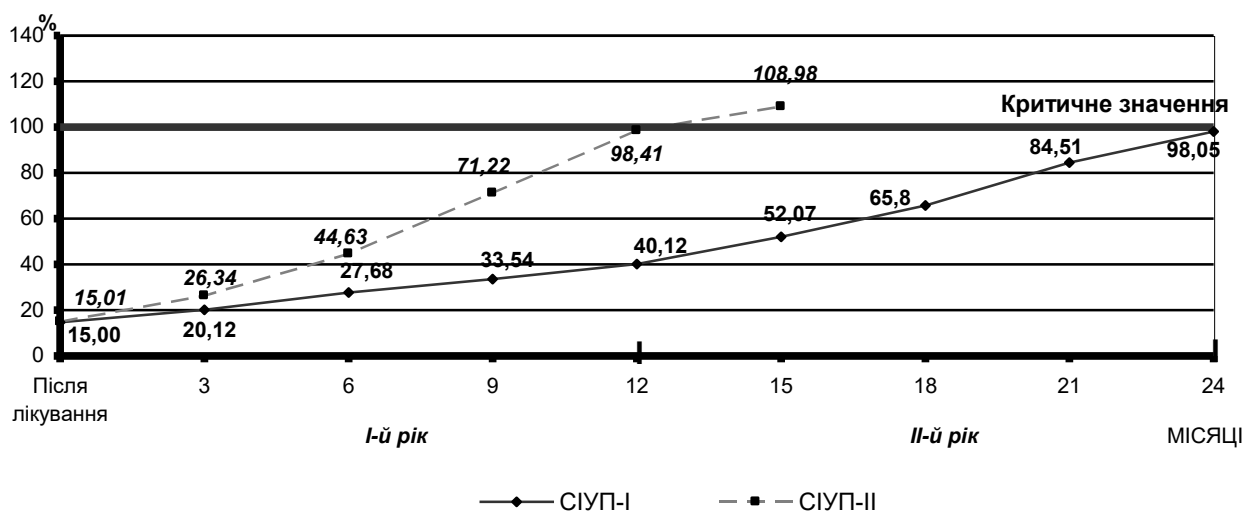
У пацієнтів із **середньою інтенсивністю** генералізованого пародонтиту при клінічному дослідженні прогресування патологічного процесу у пацієнтів першої і другої груп не зареєстровано.

При аналізі динаміки СІУП виявилось, що в другій групі через 6 міс. СІУП був на 6% вище, ніж в першій групі ($p < 0,05$), а до кінця першого року ця відмінність збільшувалася майже в 3 рази і склала 17%.

Через 15 міс. спостереження 30% хворих другої групи потребували лікування, в першій групі таких хворих не було, лише наприкінці 21-го місяця 20% хворих цієї групи потребували проведення протирецидивної терапії.

У хворих на генералізований пародонтит початкового - I ступеня з **високою інтенсивністю** деструктивного процесу перші ознаки прогресування дистрофічно-запального процесу в пародонті відмічені через три місяці після закінчення лікування.

Швидкість збільшення індексу СІУП в обох групах була неоднаковою (мал. 6).



Мал.6. Динаміка індексу СІУП на етапах спостереження хворих на генералізований пародонтит початкового - I ступеня високої інтенсивності

В другій групі патологічний процес протікав значно швидше, ніж в першій, і вже в першому півріччі різниця у величині індексу складала 17%, а до кінця першого року – 31%.

Така висока відмінність у швидкості розвитку патологічного процесу пояснює різну тривалість ремісії. Так, в другій групі вже до кінця першого року превентивного лікування

потребувало 42,3%, а наприкінці 15 місяців ще 57,8% хворих. Таким чином, тривалість періоду ремісії склала 12 міс. – у 58% хворих, але через 15 міс. вже усі 58% хворих потребували лікування.

В першій групі, завдяки повільнішому розвитку патологічного процесу, періоди ремісії склали: понад 18 міс. – у 88%, понад 21 міс. – у 61%, понад 24 міс. – у 34%, понад два роки (27 міс.) – 34,62%.

Планування термінів диспансерного нагляду в осіб молодого віку з генералізованим пародонтитом початкового - I ступеня, які пройшли навчання з гігієнічного догляду за порожниною рота, повний курс професійної гігієни, медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування, залежить, в першу чергу, від ступеню інтенсивності деструктивних уражень, а також від ступеня активності, якісної, систематичної участі пацієнта в лікуванні захворювання.

Терміни проведення превентивного лікування визначали на підставі швидкості збільшення індексу СІУП по відношенню до його критичного значення (у відсотках), який обчислювався при кожному огляді. Якщо протягом року показники індексу не перевищували 50% критичного значення, таких пацієнтів призначили для огляду через 6 місяців.

На підставі вивчення швидкості збільшення СІУП (темпу зростання індексу) по відношенню до його критичного значення (у відсотках), який обчислювався при кожному огляді, була розроблена схема термінів диспансерного огляду хворих (табл. 5).

Таблиця 5

**Терміни призначення хворих на протирецидивне лікування
і прогнозована тривалість ремісії**

Ступінь інтенсивності деструктивних уражень пародонта	Групи хворих	% критичного значення СІУП і терміни призначення хворих		Прогнозована тривалість ремісії
		Через 6 міс.	Через 3 міс.	
Низька	Перша	81%	89%	21 міс.
	Друга	68%	87%	18 міс.
Середня	Перша	75%	87%	21 міс.
	Друга	60%	85%	15 міс.
Висока	Перша	66%	84%	18 міс.
	Друга	45%	71%	9-12 міс.

При низькому ступені інтенсивності деструктивного процесу потреба в превентивному лікуванні з'явилася у хворих II групи через 18 місяців, при середньому – через 15 місяців, а при високому ступені – через 9-12 місяців, тоді як в групі, що приймала імуномодулюючий препарат “Імудон”, ці терміни були на 3-6 місяців довші.

Правильно і вчасно проведена діагностика генералізованого пародонтиту початкового - I ступеня за визначенням рівня інтенсивності патологічного процесу, сприяла розробці індивідуальних схем гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів. Їх виконання було сумісним: пацієнт + лікар. При дотриманні цих правил і термінів диспансерного спостереження і призначення хворих була досягнута стабілізація дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта без активного медикаментозного лікування до 2 і більше років. Застосування імуномодулюючої терапії сприяло подовженню термінів ремісій на 3-6 місяців.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено обґрунтування і вирішення актуальної задачі – підвищення ефективності діагностики і лікування генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку шляхом розробки нових критеріїв діагностики і індивідуальних схем лікувально-профілактичних заходів, що включають комплекс гігієнічних, лікувальних, фізіотерапевтичних втручань та імуномодулюючу терапію.

1. Поширеність захворювань пародонту в осіб молодого віку (18-25 років) дуже висока і складає 92%, з них у 77,5% виявлені запальні захворювання пародонту, а у 14,5% – генералізований пародонтит: у 11% – початкового і у 3,5% – першого ступеня тяжкості.

2. Встановлена висока розповсюдженість поєднаних уражень – карієсу зубів і захворювань пародонта в осіб молодого віку – 73-74%, яка практично однакова у всіх регіонах України. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між станом гігієни порожнини рота, наявністю карієсу контактних і пришийкових поверхонь, поширеністю і тяжкістю генералізованого пародонтиту.

3. Генералізований пародонтит в осіб молодого віку вже на ранніх етапах розвивається на тлі зниження місцевих захисних факторів і проявляється в 97% випадків початкового - I ступеня тяжкості ураження і симптоматичним хронічним катаральним гінгівітом. Утворення пародонтальних кишень та їх кількість знаходяться в прямому кореляційному зв'язку з кількістю каріозних уражень контактних і пришийкових ділянок та станом інтердентальної гігієни.

4. При діагностиці генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку доцільно враховувати кількість і ступінь вираженості деструктивних уражень пародонта і твердих тканин зубів. Встановлено, що у 32% осіб є 3-4 деструктивних ураження, у 29% – 9-10 деструктивних уражень і у 38% – 15-16 деструктивних уражень. Індивідуальні схеми лікувально-профілактичних заходів необхідно складати з урахуванням ступеня інтенсивності ураження пародонта (низька, середня, висока).

5. Науково обґрунтована індивідуальна і професійна гігієна порожнини рота у поєднанні з імуномодулюючою терапією сприяли стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті

при низькій інтенсивності генералізованого пародонтиту протягом 21 місяця у 83% пацієнтів, при середній – у 72% і при високій інтенсивності процесу - у 61% пацієнтів.

6. Розроблено схему диспансерного нагляду за пацієнтами молодого віку з генералізованим пародонтитом початкового - I ступеня, визначено терміни і об'єм лікувально-профілактичних заходів залежно від інтенсивності патологічного процесу, що дозволило уникнути прогресування генералізованого пародонтиту в тривалі терміни спостереження (більше 24 міс.).

Практичні рекомендації

1. Для підвищення ефективності комплексної терапії генералізованого пародонтиту у хворих віком 18-25 років необхідно проводити лікувально-профілактичні заходи, приділяючи особливу увагу інтердентальній гігієні.

2. При діагностиці захворювань пародонта необхідно враховувати інтенсивність деструктивних процесів як у альвеолярній кістці, так і у твердих тканинах зуба (індекси ІДП, СІУП).

3. Для проведення ефективного лікування та збільшення строків ремісії генералізованого пародонтиту у молоді слід дотримуватись термінів диспансеризації, розроблених залежно від інтенсивності деструктивних процесів у пародонті.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г., Коленко Ю.Г., Ліновицька О.В. Імуностимулююча терапія в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку // Укр. стоматол. альманах.- 2001.- №6.- С. 41-43. *Дисертантові належить збір клінічного матеріалу та його аналіз*

2. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г., Лукашевич М.Б. Эффективность гигиенических средств Blend-a-med Mineral Action в комплексной профилактике и лечении заболеваний пародонта у лиц молодого возраста // Совр. стоматология.- 2002.- №1.- С. 103-105. *Дисертантові належать збір клінічного матеріалу.*

3. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г., Коленко Ю.Г., Линовичкая О.В. Влияние препарата “Имудон” на стабилизацию патологического процесса в пародонте при лечении генерализованного пародонтита // Совр. стоматология.- 2003.- №1.- С. 42-44. *Дисертантові належать збір клінічного матеріалу щодо застосування препарату «Имудон».*

4. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г., Коленко Ю.Г., Линовичкая О.В. Обоснование и оценка эффективности различных иммуномодулирующих средств в лечении генерализованного пародонтита // Совр. стоматология.- 2003.- №2.- С. 50-52. *Дисертантові належать збір та аналіз клінічного матеріалу.*

5. Данилевский Н.Ф., Сидельникова Л.Ф. Ткаченко А.Г. Распространенность основных стоматологических заболеваний и состояние гигиены полости рта у населения различных регионов Украины // Совр. стоматология.- 2003.- №3.- С. 14-16. *Дисертантові належать збір клінічного матеріалу та його узагальнення.*
6. Борисенко А.В., Ткаченко А.Г. Индексная оценка интенсивности воспалительных и деструктивных изменений в тканях пародонта при генерализованном пародонтите // Совр. стоматология.- 2005.- №1.- С. 64-65. *Дисертантові належать збір матеріалу, його формування та аналіз.*
7. Ткаченко А.Г. Профилактика лекарственной нагрузки на пародонт при лечении генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста // Современная стоматология. – 2005. - №2. – С. 77-79.
8. Борисенко А.В., Ткаченко А.Г. Стимуляция местных защитных факторов полости рта в комплексном лечении генерализованного пародонтита с использованием препарата Имудон // Современная стоматология. – 2005. - №9. – С. *Дисертантові належать збір матеріалу та його аналіз при використанні препарату «Імудон».*
9. Ткаченко А.Г. Імуностимулююча терапія в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку // Український стоматологічний альманах. – 2001. - №6. – С. 41-43.
10. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г., Лукашевич М.Б. Местная медикаментозная терапия генерализованного пародонтита // Дентальные технологии.- 2002.- №1.- С. 29-31.
11. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г. Клініко-лабораторне застосування геля “Метрогіл-Дента” у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у людей молодого віку // Стоматолог.- 2002.- №11.- С. 22-23.
12. Ткаченко А.Г., Лукашевич М.Б., Ярмоленко К.П. Оценка заболеваемости тканей пародонта у лиц молодого возраста // Материалы 1 Междунар. славянской науч.-практ. конф. молодых ученых-стоматологов.- Одесса, 2002.- С. 23-25. *Дисертантові належать збір клінічного матеріалу та його аналіз.*
13. Ткаченко А.Г., Лукашевич М.Б., Ярмоленко К.П. Оценка эффективности различных иммуномодуляторов в комплексной терапии заболеваний пародонта у лиц молодого возраста // Материалы 1 Междунар. славянской науч.-практ. конф. молодых ученых-стоматологов.- Одесса, 2002.- С. 29-30. *Дисертантові належать збір клінічного матеріалу, його узагальнення, та формулювання висновків щодо ефективності застосування різноманітних імунотмодуляторів в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.*
14. П’ятирічний досвід застосування Імудону в терапевтичній стоматології / Л.Ф. Сидельникова, І.Г. Дікова, Б.А. Ревенок, С.М. Захарова, А.Г. Ткаченко // Матеріали наук.-практ.

конф. “Сучасні проблеми терапевт. стоматології”.- К., 2003.- С. 143-144. *Дисертантові належать збір клінічного матеріалу та його узагальнення, визначення ефективності застосування препарату “Імудон” в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.*

15. Патент на комплексну модель №9334 / А.В.Борисенко, М.Ю.Антоненко, Л.Ф.Сідельнікова, А.Г.Ткаченко / Спосіб оцінки ступеня тяжкості ураження тканин пародонта // Промислова власність. 2005. №9. – С.5.121.

АНОТАЦІЯ

Ткаченко А.Г. Особливості клінічного перебігу лікування та профілактики генералізованого пародонтита у людей молодого віку 18-25 років. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2006.

Дисертація присвячена вивченню особливостей перебігу, профілактики та лікування генералізованого пародонтиту у молоді віком 18-25 років.

Встановлено, що дистрофічно-запальний процес в пародонті у людей віком 18-25 років вже на початкових етапах розвивається на фоні зниження місцевих захисних факторів порожнини рота і проявляється в 97% випадків початковим – I ступенем важкості. Утворення пародонтальних кишень та їх кількість знаходяться в прямій кореляційній залежності з каріозними ураженнями контактних і пришийкових ділянок і станом гігієни міжзубних проміжків.

Запропоновані індекс сумарної інтенсивності ураження пародонта – СІУП та індекс деструктивних уражень у тканинах пародонта – ІДП.

Визначено, що при діагностиці генералізованого пародонтиту у молоді необхідно враховувати кількість і ступінь прояву деструктивних процесів як в пародонті, так і в твердих тканинах зуба, тобто інтенсивність патологічного процесу в пародонті. Розроблені індивідуальні схеми лікувально-профілактичних заходів залежно від ступеня інтенсивності ураження пародонта (низька, середня, висока). Високу ефективність запропонованих методів лікування генералізованого пародонтиту підтверджено результатами клініко-рентгенологічних та біохімічних досліджень.

Ключові слова: генералізований пародонтит, низька, середня, висока інтенсивність ураження пародонта.

АННОТАЦИЯ

Ткаченко А.Г. Особенности клинического течения, лечения и профилактики генерализованного пародонтита у людей молодого возраста 18-25 лет. - Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца МОЗ Украины, Киев, 2006. Диссертация посвящена изучению особенностей протекания, профилактики и лечения генерализованного пародонтита у молодых людей возрастом 18-25 лет. Определено, что распространенность заболеваний пародонта у студентов составляет 92%, из них у 77,5% выявлены воспалительные заболевания пародонта, а у 14,5% – генерализованный пародонтит. Распространенность заболеваний пародонта в разных регионах Украины (по обращаемости) составляет от 95,6% в Западном регионе до 89,7% в Северном. Установлено, что дистрофически-воспалительный процесс в пародонте у людей в возрасте 18-25 лет уже на начальных этапах развивается на фоне снижения местных защитных факторов полости рта и проявляется в 97% случаях начальной – I степенью тяжести генерализованного пародонтита и симптоматическим катаральным гингивитом. Образование пародонтальных карманов и их количество находится в прямой корреляционной зависимости с аппроксимальными и пришеечными кариозными поражениями и состоянием гигиены межзубных промежутков. Определено, что при диагностике генерализованного пародонтита у молодежи необходимо учитывать количество и степень проявления деструктивных процессов, как в пародонте, так и в твердых тканях зуба, то есть интенсивность патологического процесса в пародонтальных тканях.

Предложены: индекс суммарной интенсивности поражения пародонта (СИПП), который позволяет оценить интенсивность воспалительного процесса и состояние интердентальной гигиены, индекс деструктивных поражений тканей пародонта (ИДП), который позволяет оценить интенсивность деструктивного процесса в альвеолярной кости и твердых тканях зуба.

Разработаны индивидуальные схемы лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от степени интенсивности поражения пародонта (низкая, средняя, высокая). Научно обоснованная индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта в сочетании с иммуномодулирующей терапией способствовала стабилизации дистрофически-воспалительного процесса в пародонте при низкой степени интенсивности генерализованного пародонтита в течении 21 месяца у 83% пациентов, при средней – у 72%, и у 61% пациентов при высокой степени интенсивности процесса. Разработанная схема диспансерного наблюдения за пациентами, определение сроков и объема лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от интенсивности патологического процесса позволило избежать прогрессирования генерализованного пародонтита в длительные сроки наблюдения (более 24 месяцев). Высокая эффективность предложенных методов лечения генерализованного пародонтита подтверждена результатами клинико-рентгенологических и биохимических исследований.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, низкая, средняя, высокая интенсивность поражения пародонта.

ABSTRACT

Tkachenko A.G. Features of clinical flowline, medical treatment and prophylaxis of generalized periodontitis at the people of young age 18-25 years. - Manuscript.

Dissertation on gaining candidate of medical sciences scientific degree by speciality 14.01.22 – stomatology. – National medical university named after O.O. Bogomolets, Kyiv, 2006.

Dissertation is devoted to the study of features of flowline, prophylaxis and medical treatment of generalized periodontitis in young age (18-25 years). Researchers have set, that dystrophic-inflammatory process in parodont at people by age 18-25 years on initial stages develops on a background of the decline of local protective factors of cavity of mouth and shows up to 97% cases on initial – I degree of generalized periodontitis, and on the symptomatic chronic catarrhal gingivitis. Summery index of high intensity of defeat of parodont – SIHI and destructive processes in parodont have been proposed. The formation of periodontal pockets and their quantity is found in direct correlation dependence on the different carious defeats and state of hygiene of interdental intervals. Researches also define, that at diagnostics of generalized periodontitis in young people it is necessary to take into account quantity and degree of display of destructive processes in parodont and in hard tooth tissue, that is intensity of pathological process in parodont. Individual chemes of therapeutic-prophylactic measures depending on the degree of intensity of defeat of parodont (low, middle, high) are developed by us. High efficiency of the offered methods of medical treatment of generalized periodontitis is confirmed by the results of clinic-roentgenological and biochemical researches.

Key words: generalized periodontitis, low, middle, high intensity of defeat of parodont.