

DOI 10.31718/2077–1096.24.1.51

УДК 616.311.2–002+616.314.17–008.64]–08–053.86/.88

Горбань І.І., Пасічник М.А., Микуєвич Н.І., Микуєвич Н.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В ОСІБ СЕРЕДЬНОГО ВІКУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Мета дослідження – оцінити й проаналізувати ефективність застосування запропонованої схеми лікування захворювань тканин пародонта у осіб середнього віку. *Матеріал та методи дослідження.* У дослідженні взяли участь 62 особи віком від 46 до 60 років, з яких: 32 особи – чоловіки, 30 осіб – жінки, із захворюваннями тканин пародонта. Серед обстежених: 24 хворих на хронічний катаральний гінгівіт, та 38 хворих на генералізований пародонтит початкового – I ступенів розвитку. Обстеження проводили на базі Стоматологічного медичного центру Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. У групі порівняння проводили базове лікування, особам основної групи додатково рекомендували використання розчину для полоскання «Фортеза» та таблетки «Хлорофіліпт». У всіх пацієнтів досліджували наступні індекси: індекс Гріна-Вермільйона, пародонтальний індекс та папілярний індекс кровоточивості. До лікування, одразу після лікування та через 6 місяців після лікування. *Результати.* За результатами дослідження індекси гігієни, кровоточивості та пародонтальний індекс у осіб із хронічним катаральним гінгівітом після лікування суттєво ($p > 0,05$) знизились у обох групах, однак у основній групі показники були кращими ніж у групі порівняння. Саме така тенденція зберігалась через 6 місяців після лікування. Схожі результати отримали у пацієнтів із генералізованим пародонтитом початкового-I ступеню: досліджені індекси знижувались в усіх хворих одразу після лікування, проте у осіб основної групи показники були вірогідно кращими як одразу після лікування, так й через півроку. *Висновки.* Дослідження підтвердило достовірно кращі результати лікування в основній групі. Зокрема, у пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом дані папілярного індексу кровоточивості та пародонтального індексу через шість місяців були достовірно кращими в групі Б в 1,6 рази ($p > 0,05$), ніж в групі А. Аналогічний результат отримано і у пацієнтів з початковим I ступенем генералізованого пародонтиту, а саме, в групі II Б папілярний індекс кровоточивості був достовірно кращим в 1,6 рази ($p > 0,05$), ніж в групі II А, а пародонтальний індекс - в 1,4 рази, відповідно. Тому, перспективою подальших досліджень є впровадження ефективної схеми лікування пародонтиту в осіб різних вікових груп.

Ключові слова: Фортеза, хлорофіліпт, хронічний катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит, бензидамін гідрохлорид.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є фрагментом НДР кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького «Розпрацювання та удосконалення методів діагностики, профілактики та лікування хвороб пародонта, карієсу та його ускладнень», № державної реєстрації 0120U002139.

Вступ

Захворювання тканин пародонта посідають одне з вагомих місць як серед населення України, так у цілому світі. Згідно з даними епідеміологічних досліджень у 90 % дорослого населення нашої країни у віці після 40-ка років, діагностують патологічні зміни у тканинах пародонта [1, 2, 3]. У розвитку цих захворювань однаково роль відіграють як місцеві фактори, так й загальні чинники та, безперечно, їх поєднання [4, 5]. До несприятливих факторів виникнення захворювань пародонта належать: наявність соматичної патології, перенесені інфекційні захворювання [6], порушення трофіки та обміну речовин, зміни нейрогуморальної регуляції [1], віковий фактор [7], порушення вітамінного балансу в організмі [8], імунні зміни [4, 9], наявність шкідливих звичок [10] та ін.

Захворювання пародонта є однією з визначальних причин ранньої втрати зубів, що сприяє порушенню функціональних можливостей зубощелепової системи, формуванню хронічних вогнищ інфекції та сенсibiliзації організму в цілому, як наслідок, призводить до зниження якості життя осіб працездатного віку.

Вибір ефективної схеми лікування захворювань пародонта повинен включати застосування

етиологічних, патогенетичних та симптоматичним підходів з урахуванням сучасних концепцій етіології даної патології. Саме такий своєчасний підхід гарантуватиме якісний та довготривалий терапевтичний ефект [11-13].

У схемі лікування особливу увагу слід приділити лікарським засобам нестероїдної протизапальної дії, серед яких виділяються препарати на основі бензидаміну гідрохлориду, які мають виражену місцеву протизапальну, знеболювальну дію, та володіють протиексудативними властивостями [14, 15]. Однією з особливостей бензидаміну є те, що він пригнічує синтез запальних цитокінів і простагландинів, тим самим блокуючи розвиток запалення в тканинах на ранній стадії. Бензидамін гідрохлорид при місцевому застосуванні здатен проникати в епітеліальний шар, досягати ефективних концентрацій в уражених тканинах та пригнічувати розвиток запального процесу [14-16].

Мета дослідження

Оцінити й проаналізувати ефективність застосування запропонованої схеми лікування захворювань тканин пародонта у осіб середнього віку.

Матеріали і методи дослідження

У дослідженні взяли участь 62 особи середнього віку згідно вікової класифікації ВООЗ (віком від 46 до 60 років), з яких: 32 особи – чоловіки, 30 осіб – жінки, із захворюваннями тканин пародонта. Серед обстежених: 24 хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), та 38 хворих на генералізований пародонтит початкового – I ступенів розвитку (ГП поч. - I ст.). Обстеження проводили на базі Стоматологічного медичного центру ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Критеріями виключення стали пацієнти із зубоцелепними деформаціями та аномаліями, ортодонтичними апаратами, пацієнти з хронічними

вірусними гепатитами, ВІЛ-інфекцією, активною формою туберкульозу, наявністю супутніх захворювань інших органів та систем, аутоімунною патологією, алергічними захворюваннями, наявністю пухлин будь-якої локалізації. Також, особиста відмова хворого від обстеження та лікування.

Усі пацієнти дали письмову згоду на обстеження відповідно до протоколу клінічного дослідження, схваленого комісією з питань біоетики.

У таблиці 1 показаний поділ осіб, які взяли участь у дослідженні згідно віку, статі та ступеню патології пародонта.

Таблиця 1.
Розподіл обстежених осіб за статтю та віком

Захворювання пародонта	Стать	Кількість хворих	Вік		
			44-49	50-55	56-60
ХКГ	Ч	13	5	5	3
	Ж	11	6	3	2
ГП поч. - I ст.	Ч	19	5	6	8
	Ж	19	5	7	7

Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували індекс гігієни Гріна-Вермільйона (ОHI-S, 1964). Для вивчення поширеності та інтенсивності запально-деструктивних змін у пародонті використовували пародонтальний індекс PI (A.L. Russel, 1956) та папілярний індекс кровоточивості (PBI, Saxer і Muhlemann, 1975).

Стан зубів, кісткової тканини альвеолярного відростка щелеп оцінювали за допомогою ортопантомографії. На рентгенівських знімках визначали тип деструкції кістки альвеолярного відростка (вертикальний, горизонтальний, змішаний). Тяжкість перебігу захворювань пародонта оцінювали за ступенем резорбції міжзубних кісткових перетинок.

Ступінь розвитку захворювань пародонту визначали, виходячи з наступних параметрів:

ХКГ – кровоточивість ясен під час прийому їжі або чищення зубів, неприємний присмак у порожнині рота, свербіння ясен. Збережене зубо-ясенне прикріплення, відсутність на рентгенограмі змін кісткової тканини.

ГП поч. - I ст. – кровоточивість ясен під час жування та чищення зубів, неприємні відчуття в пародонті: свербіж і парестезія ясен, неприємний запах із рота. Наявність пародонтальних кишень, глибиною 1,5-3 мм, відкладення над'ясенного та під'ясенного зубного каменю. На рентгенограмі – остеопороз та резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 висоти, деструкція і порушення цілісності компактної пластини.

Залежно від застосованих схем лікування, осіб із патологією пародонта поділили на дві групи. У групу порівняння увійшли 22 особи, а саме: підгрупа I A – 10 хворих на ХКГ, та підгрупа II A – 12 хворих на ГП поч. - I ст. Усім хворим групи порівняння проводили лікування, передбачене Протоколом надання медичної допомоги

за спеціальністю “Терапевтична стоматологія” та рекомендовано використовувати лише 0,05 % розчин хлоргексидину біглюконату для полоскання порожнини рота двічі на день упродовж 5 днів для пацієнтів підгрупи I A та 7 днів для пацієнтів групи II A.

Основну групу, що становила 40 осіб, також було поділено на дві підгрупи, а саме: групу I Б – 14 хворих на ХКГ та групу II Б – 26 хворих на ГП поч. – I ст. Окрім базової терапії захворювань пародонта у хворих основної групи застосовували запропоновану схему лікування, яка включала використання розчину для полоскання «Фортеза» (АБДІ ІБРАХІМ Ілач Санаї ве Тіджарет А.Ш., Туреччина) тричі на день (з інтервалами 3-4 години), впродовж 20-30 секунд полоскати ротову порожнину 15 мл вказаного розчину, виплюнути рідину, тривалість застосування – 7 діб, а також, таблетки «Хлорофіліпт» (ТОВ «Фармацевтична фірма «ВЕРТЕКС», Україна) по 1 таблетці 5 разів на добу, після прийому їжі, утримувати в порожнині рота до повного розсмоктування 5 днів при ХКГ та 7 днів при ГП поч. – I ст. Вказане лікування пацієнтам основної групи було рекомендовано повторити через 3 та 6 місяців. Огляд та індексну оцінку проводили до лікування, одразу після лікування та через 6 місяців після лікування.

Для оцінки віддалених результатів лікування хворим обох груп був проведений індексний контроль тканин пародонта через пів року.

Статистичну обробку результатів власних досліджень здійснювали за допомогою комп'ютерної програми для варіаційно-статистичного аналізу даних медико-біологічних досліджень „GraphPad Prism 5”.

Результати дослідження

У таблиці 2 представлено динаміку клінічних індексів обстежених осіб, хворих на ХКГ, до ліку-

вання, після лікування та через 6 місяців після лікування.

Вихідні дані у групах I A та I Б не мали вірогідної різниці. Аналізуючи отримані результати, представлені у таблиці 2, бачимо, що індекс гігієни у осіб обох груп після проведеного лікування суттєво ($p>0,05$) знизився: у групі I A у 3,5 раза, а у групі I Б – у 4,4 раза. Результати отримані одразу після лікування у осіб групи I Б були значно кращими (у 1,3 раза), а також через півроку після лікування вони залишалися у 1,6 раза нижчими у порівнянні з групою I A і у обох випадках була виявлена вірогідна різниця ($p>0,05$).

Індекс кровоточивості у групі порівняння після лікування знизився у 1,9 раза, у основній групі –

у 3,4 раза із суттєвою різницею ($p>0,05$) між групами. Даний показник у групі I Б був меншим у 1,8 раза. Через 6 місяців після проведеного лікування дані групи I Б залишалися суттєво кращими у 1,6 раза ($p>0,05$) від даних групи I A.

Пародонтальний індекс у групі I A після лікування знизився у 2,0 раза, у групі I Б – у 2,8 раза проте суттєвої різниці між групами не було ($p<0,05$). Через півроку після лікування було зафіксовано суттєву різницю між показниками (у 1,6 раза) у групі I A та у групі I Б ($p>0,05$).

Динаміку клінічних індексів, обстежених осіб, хворих на ГП поч.-І ст. до лікування, після лікування та через 6 місяців після лікування відображено у таблиці 3.

Таблиця 2.

Показники клінічних індексів у хворих на хронічний катаральний гінгівіт у різні терміни дослідження ($M\pm t$)

Групи	Період дослідження	ОHI-S, бали	PBI, бали	PI, бали
I A (n=10)	до лікування	1,7±0,07	1,62±0,11	0,18±0,013
	після лікування	0,48±0,03*	0,85±0,06*	0,09±0,01*
	6 місяців після лікування	0,76±0,05*	1,1±0,06*	0,14±0,01*
I Б (n=14)	до лікування	1,6±0,06	1,55±0,09	0,17±0,01
	після лікування	0,36±0,02*#	0,46±0,04*#	0,06±0,01*
	6 місяців після лікування	0,47±0,03*#	0,69±0,05*#	0,09±0,01*#

Примітки: * – показник вірогідності ($p>0,05$) порівняно із показниками до лікування
– показник вірогідності ($p>0,05$) між показниками груп I A та I Б

Таблиця 3.

Показники клінічних індексів у хворих на генералізований пародонтит початкового-I ступеню у різні терміни дослідження ($M\pm t$)

Групи	Період дослідження	ОHI-S, бали	PBI, бали	PI, бали
II A (n=14)	до лікування	2,46±0,2	1,84±0,07	1,57±0,05
	після лікування	0,69±0,05*	0,91±0,04*	1,01±0,05*
	6 місяців після лікування	1,3±0,06*	1,21±0,05*	1,33±0,06*
II Б (n=26)	до лікування	2,53±0,2	1,71±0,05	1,57±0,03
	після лікування	0,5±0,04*#	0,62±0,04*#	0,70±0,04*#
	6 місяців після лікування	0,94±0,05*#	0,77±0,05*#	0,94±0,04*#

Примітки: * – показник вірогідності ($p>0,05$) порівняно із показниками до лікування;
– показник вірогідності ($p>0,05$) між показниками груп II A та II Б

Дані, отримані до лікування в обстежених обох груп не мали вірогідної різниці. Результати досліджень, представлені у таблиці 3, свідчать, що індекс ОHI-S у осіб груп II A та II Б після проведеного лікування суттєво ($p>0,05$) знизився: у групі порівняння – у 3,6 раза, а у основній групі – у 5,1 разів і був нижчим ніж у групі II A у 1,4 раза. Однак, результати, отримані через півроку після лікування були значно кращими у осіб основної групи (у 1,4 раза) та вірогідно ($p>0,05$) відрізнялись від показників групи порівняння.

Індекс кровоточивості у групі II A після лікування знизився у 2,0 раза, у групі II Б – у 2,8 раза із суттєвою різницею ($p>0,05$) між групами (у 1,5 раза). У групі II A через 6 місяців після лікування отриманий показник вірогідно ($p>0,05$) був гіршим ніж результати, отримані відразу після лікування, та показники у групі II Б (у 1,6 раза).

Індекс PI у групі порівняння після проведеного лікування знизився у 1,6 раза, у основній групі – у 2,2 раза із суттєвою різницею між групами (у 1,4 раза, $p>0,05$). Через 6 місяців після лікування у групі порівняння було зафіксовано вірогідно гі-

рший показник у 1,4 раза ($p>0,05$) ніж результат, який отримали у основній групі.

Обговорення результатів дослідження

Розчини для полоскання, які мають стійкий і тривалий терапевтичний ефект, повинні бути включені до схем лікування захворювань пародонта. Акцентувати увагу слід на медикаменти із нестероїдною протизапальною дією, серед яких особливо виділяється препарат на основі бензидаміну гідрохлориду, що наділений протизапальними, протиекзудативними властивостями, а окрім цього здатен чинити і місцеву анальгезуючу дію [11, 12]. Хлорофіліпт, у свою чергу, є сумішшю хлорофілів з листя евкаліпта. Препарат чинить антибактеріальну (бактеріостатичну і бактерицидну) дію щодо стафілококів, а також антисептичну та протизапальну дію. [13]. Низка авторів [14-16] у своїх дослідженнях підтвердили ефективність застосування вище вказаних препаратів, які мали виражений лікувально-профілактичний ефект при різних патологіях органів порожнини рота. Включення розчину для полоскання «Фортеза» та антисептичних табле-

ток «Хлорофіліпт» у запропоновану нами схему лікування, на основі результатів дослідження, підтвердила ефективність їх застосування.

Висновки

Проведені клінічні дослідження підтвердили ефективність результатів лікування захворювань пародонта у осіб середнього віку, за класифікацією ВООЗ, при використанні окрім базової терапії, розчину для полоскання «Фортеза» та антисептичних таблеток «Хлорофіліпт», застосованих з профілактичною та терапевтичною метою через 3 та 6 місяців після лікування згідно розпрацьованої схеми. Позитивні наслідки лікування при застосуванні даної методики підтверджуються відсутністю клінічних симптомів захворювання та індексною оцінкою. Зокрема у хворих на ХКГ дані індексів РВІ та РІ через пів року були суттєво кращими в 1,6 раза ($p > 0,05$) у групі І Б від даних групи І А. Схожий результат через 6 місяців після лікування отримали у хворих на ГП поч. – І ст., а саме: у групі ІІ Б показник індексу РВІ вірогідно був кращим у 1,6 раза ($p > 0,05$) за показник групи ІІ А, а дані індексу РІ – у 1,4 раза відповідно. Отримані результати свідчать про довготривалий сталий терапевтичний ефект від застосування запропонованої схеми.

Перспективою подальших досліджень

Є розпрацьовання та впровадження ефективної схеми лікування захворювань пародонта в осіб різних вікових груп, з використанням антисептичних розчинів для полоскання та медикаментної терапії, яка сприятиме покращенню клінічних показників та створюватиме стабільний та тривалий терапевтичний ефект.

Внесок авторів

Автори підтверджують свій внесок у роботу таким чином:

Горбань І.І. – аналіз одержаних результатів та їх оцінка, написання статті;

Пасічник М.А. – одержання результатів, складання бази, ведення прийому.

Микиєвич Н.І., Микиєвич Н.О. – організація стоматологічної допомоги, автор ідеї, написання статті.

Всі автори ознайомилися з результатами та схвалили остаточний варіант рукопису.

Конфлікт інтересів

Відсутній.

References

1. Cyril OI, Enwonwu RS, Christine PD. Nutrition and oral health in Africa. *International Dental J.* 2004 Dec;54(S6):344–351. doi: 10.1111/j.1875-595X.2004.tb00010.x
2. Shah M, Kumar S. Improvement of Oral Health Related Quality of Life in Periodontitis Patients after Non-Surgical Periodontal Therapy. *Indian J Dentistry.* 2011 Dec 2;3(6):15–22.
3. Benrachadi L, Bouziane A, Azziman Z, Bouziane-Quartini F, Ennibi O. Screening for periodontopathogenic bacteria in severe chronic periodontitis in a Moroccan population. *Med Mal Infect.* 2012 Dec42(12): 599-602. doi: 10.1016/j.medmal.2012.10.003
4. Darveau RP. Porphyromonas gingivalis neutrophil manipulation: risk factor for periodontitis? *Trends Microbiol.* 2014 Aug;22(8):428–429. doi: 10.1016/j.tim.2014.06.006
5. Kerschull M, Papapanou PN. Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses. *J Clin Periodontol.* 2011 Mar;38 Suppl 11:17-27. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01668.x
6. Sanz M, Beighton D, Curtis MA, Cury J, Dige I, Dommisch H, et al. Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus report of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2017;44(18):5–11. doi: 10.1111/jcpe.12682
7. Ogawa H, Yoshihara A, Hirotsomi T, Ando Y, Miyazaki H. Risk factors for periodontal disease progression among elderly people. *J Clin Periodontol.* 2002 Jul;29(7):592-7. doi: 10.1034/j.1600-051x.2002.290702.x
8. Kuzenko EV, Romanyuk AM. Zapalni zakhvoryuvannya parodonta: patohenez ta morfohenez: Monohrafiya [Inflammatory periodontal diseases: pathogenesis and morphogenesis: monograph]. Sumy: Sums'kyi derzhavnyi universytet; 2016. 137 p. (Ukrainian).
9. Barylyak AYA, Il'chysyn MP, Furdychko AI, Fedun IR. Klinichna otsinka zastosuvannya preparativ imunomodulyuyuchyoy diyi v kompleksnomu likuvanni khvorykh z khronichnym heneralizovanyim parodontyom pochatkovoho – 1 stupenya tyazhkosti [Clinical assessment of the use of immunomodulatory drugs in the complex treatment of patients with chronic generalized periodontitis of the initial 1 degree of severity]. *Novyny stomatolohiyi.* 2015;4:165–166. (Ukrainian).
10. Ilchysyn MP, Furdychko AI, Barylyak AYA. Poshyrenist' zakhvoryuvan' parodontu sered tyutyunozaleznykh osib [Prevalence of periodontal diseases among tobacco addicts]. *Novyny stomatolohiyi.* 2018;4(97):86-88. (Ukrainian).
11. Chornyi VA. Avtoreferat. Rozrobka metodyk kontroliu yakosti likarskykh preparativ z benzydaminu hidrokhlorydom z pozytsii "Zelenoi khimii" [Development of methods of quality control of medicines with benzydamine hydrochloride from the positions of "Green Chemistry"]. Kharkiv: Natsionalnyi farmatsevtichnyi universytet Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy; 2021. 26 p. (Ukrainian).
12. Derzhavna farmakopeia Ukrainy [State Pharmacopoeia of Ukraine]. 2th ed. Kharkiv: Ukrainyskyi naukovyi farmakopeinyi tsentr yakosti likarskykh zasobiv; 2015. 1128 p. (Ukrainian).
13. Mazur IP, Peredrii VA, Dulko SV. Farmakolohichni zasoby dlia mistsevoho likuvannya tkanyn parodontu [Pharmacological means for local treatment of periodontal tissues]. *Suchasna stomatolohiia.* 2010;5:47-52. (Ukrainian).
14. Pechkovska IM, Nesyn OF, Pechkovskiy KE, Vidarska HV, Timokhina TO. Vykorystannya Tantum Verde na etapakh kompleksnoho likuvannya khvorykh na heneralizovanyi parodontyt [The use of Tantum Verde at the stages of complex treatment of patients with generalized periodontitis]. *Suchasna stomatolohiia.* 2019;1:26-29. (Ukrainian).
15. Berezniuk VV, Chornokur OA. Vykorystannya preparatu Zipelor u likuvanni khvorykh na hostryi tonzylafaryngit [The use of Zipelor in the treatment of patients with acute tonsillopharyngitis]. Dnipro: Dnipropetrovska medychna akademiia MOZ Ukrainy; 2020. 51 p. (Ukrainian).
16. Hodovanyi OV. Osoblyvosti zastosuvannya rozchynu Tantum Verde v pidhotovtsi parodontolohichnykh khvorykh do ortodontychnoho likuvannya [Peculiarities of the use of Tantum Verde solution in the preparation of periodontal patients for orthodontic treatment]. *Suchasna stomatolohiia.* 2018;5:44–48. (Ukrainian).

Summary

TREATMENT EFFICACY FOR PERIODONTAL DISEASES IN MIDDLE-AGED INDIVIDUALS

Horban I., Pasichnyk M., Mykyeyevych N. I., Mykyeyevych N. O.

Key words: Forteza, Chlorophyllite, chronic catarrhal gingivitis, generalised periodontitis, benzydamine hydrochloride.

The aim of the study is to evaluate and analyze the effectiveness of the proposed treatment mode for periodontal disease in middle-aged individuals.

Subjects and methods. The study comprised 62 individuals aged 46 to 60 years, including 32 men and 30 women with periodontal tissue diseases. Among them there were 24 patients diagnosed with chronic

catarrhal gingivitis, and 38 patients with generalized periodontitis at the initial-I degree of development. The examinations were conducted at the Dental Medical Centre of Danylo Halytskyi Lviv National Medical University. The comparison group underwent standard treatment, while the intervention group was recommended to use the "Forteza" rinse solution and "Chlorophyllipt" tablets. Various indices were evaluated in all patients, including the Green-Vermillion index, periodontal index, and papillary bleeding index, both before treatment, immediately after treatment, and 6 months post-treatment. Results. The results obtained indicated a significant decrease ($p > 0.05$) in hygiene, bleeding, and periodontal indices among patients with chronic catarrhal gingivitis after treatment in both groups. However, it was noted that the baseline group exhibited superior outcomes compared to the comparison group. This difference persisted even 6 months after treatment. Similar results were obtained in patients with generalised periodontitis of the initial-I degree: the studied indices decreased in all patients immediately after treatment, but in the baseline group, the indices were significantly better immediately after treatment, and after six months.

Conclusions. The study confirmed significantly better treatment results in the baseline group. In particular, in patients with CCG, the PBI index and PI index values in six months after the treatment completion were significantly better in group I B in 1.6 times ($p > 0.05$) than in group I A. A similar result was obtained in patients with initial, I degree, GP, namely, in group II B, the PBI was significantly better in 1.6 times ($p > 0.05$) than in group II A, and the PI index was 1.4 times, respectively. Therefore, the prospect of further research is the implementation of an effective treatment mode for periodontal disease in the clinical practice for various age groups.

DOI 10.31718/2077-1096.24.1.55

УДК 616-002.36-02:616.31]:616-08-021.383:[616-001.4-003.93+616-018.4-043.96]

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Доленко О.Б.,

Попело Ю.В., Коротич Н.М., Швець А.І.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА РЕПАРАТИВНУ РЕГЕНЕРАЦІЮ РАНИ І ДЕФЕКТУ КІСТКИ У ДІТЕЙ ПРИ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОНАХ

Полтавський державний медичний університет. (м. Полтава, Україна)

Досягнення сучасної гнійної хірургії пов'язані із застосуванням новітніх технологій та нових поколінь фармакологічних препаратів, дія яких спрямована на корекцію існуючих порушень. Останнім часом в періодичних виданнях наводяться обнадійливі дані стосовно результативності застосування кріоекстракту плаценти при лікуванні запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, однак уваги до його апробації у дітей не відстежується. Мета. Вивчити ефективність впливу комплексного лікування на процеси репаративної регенерації в рані та кістковій тканині у дітей при одонтогенних флегмонах. Матеріали та методи дослідження. З метою оцінки характеру перебігу ранового процесу було відібрано 29 дітей з локалізацією флегмон безпосередньо в піднижньощелепній ділянці, а довжина розрізу при цьому становила 5см. У першій групі, в кількості 16 осіб, комплекс заходів проводився відповідно до протоколу надання медичної допомоги, а в другій, із 13 пацієнтів, на другу добу після операції на ранову поверхню накладали асептичну пов'язку із маззю «Левомеколь» з додаванням кріоекстракту плаценти у співвідношенні 5:1. Для об'єктивізації результатів проводили Рн-метрію ранового ексудату, планіметричне дослідження для встановлення швидкості ретракції країв рани та аналізували клітинний склад ранового ексудату на 1, 3 і 8 добу. На першу добу від оперативного втручання зміни цих показників в обох групах мали однотипний характер. На третю добу в другій групі дітей рівень Рн покращився на 9,5%, а швидкість ретракції країв рани зросла на 9,0% відносно першої групи. На 8 добу концентрація іонів водню в цій групі підвищувалася на 9,4%, а середня площа ранової поверхні стала меншою на 8,2% порівняно із попередніми значеннями. Клітинний склад цитограм також вказував на переваги загоювання рани в цій групі пацієнтів. Висновок. Співставлення клініко-лабораторних показників на етапах спостереження дозволило встановити, що при комбінованому використанні місцевої мазі «Левомеколь» з додатковим залученням до її складу кріоекстракту плаценти, покращуються умови для перебігу ранового процесу на що вказує динаміка змін показника Рн, результати планіметрії і клітинний склад ексудату.

Ключові слова: діти, одонтогенна флегмона, комплексне лікування, репаративна регенерація, м'які тканини, дефект кістки.

Робота є фрагментом ініціативної кафедральної НДР Полтавського державного медичного університету «Комплексне диференційоване лікування та профілактика хірургічних захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», Державний реєстраційний номер 0121U113454.

Вступ

Не дивлячись на значні зміни в досягненнях хірургічної стоматології за останні десятиріччя у вигляді бурхливого розвитку технічного забезпечення діагностичного процесу, появи нових ла-

бораторних методів досліджень і запровадження їх в клінічну практику, розробки дієвих комплексних методів лікування із залученням сучасних високоефективних фармакологічних препаратів, кількість дітей із запальними процесами щелеп-