

ОРТОДОНТІЯ

УДК 616.311.2 – 002-089.23: 615.37

*Н.В. Головка, А.Д. Бабенко**

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГВІТУ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Останнім часом спостерігається підвищення поширеності та ступеня тяжкості зубощелепних аномалій [1]. Певною мірою це можна пояснити збільшенням кількості звернень по ортодонтичну допомогу дорослих пацієнтів різного віку [2, 3].

Ортодонтичне лікування дорослих пацієнтів передбачає наявність низки особливостей. Однією з них є наявність захворювань пародонта [1, 4]. Хронічний гінгівіт, особливо його гіпертрофічна форма, утруднює дотримання гігієни порожнини рота, ускладнює ортодонтичне лікування, змінює естетику ясен [5 -8]. Питанням стану локального імунітету при таких патологічних станах як хронічний катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит присвячені праці низки авторів [9, 10, 11], які висвітлюють нові підходи до діагностики, лікування і профілактики хвороб порожнини рота. Однак іще недостатньо вивчений імунітет ротової порожнини при хронічному гіпертрофічному гінгівіті (ХГГ), що не дає можливості патогенетичного обґрунтування доцільності та перспективності місцевого застосування протизапальних та імуноактивних препаратів у комплексній терапії ХГГ у ортодонтичних пацієнтів на тлі лікування незнімною технікою. Усе це зумовило **мету дослідження** – визначити ефективність застосування запропонованого нами комплексу заходів у лікуванні хронічного гіпертрофічного гінгівіту в ортодонтичних хворих шляхом визначення його клініко-патогенетичних особливостей.

Об'єкт і методи дослідження

Ми обстежили і провели відповідне лікування 126 ортодонтичних пацієнтів із ХГГ, який розвивується на фоні лікування брекет-технікою; з них 56 осіб чоловічої та 70 жіночої статі. Вік досліджуваних хворих – від 16 до 35 років. Пацієнти були розподілені на дві групи (основну і зіставлення) по 63 особи в кожній; групи були рандомізовані за ві-

ком, статтю і ступенем тяжкості ХГГ.

Для оцінки ефективності лікування були застосовані клінічні, рентгенологічні, імунологічні та статистичні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Після первинного обстеження всі хворі були розподілені на дві групи (основну і зіставлення) по 63 особи в кожній. В основну групу ввійшли 36 пацієнтів з I і 27 – із II ступенем тяжкості ХГГ. Групу зіставлення склали 40 пацієнтів з I і 23 пацієнти – з II ступенем тяжкості ХГГ. Хворим обох груп – основної та зіставлення – було проведено однаково первинне пародонтологічне лікування, метою якого було усунення локальних пародонтопатогенних факторів – зубного нальоту і зубного каменю.

71 хворий (56,35%) лікувався з приводу ЗЩА I класу, 55 (43,65%) - II класу за Е.Енглем; в усіх обстежених основним симптомом була скупченість фронтальних зубів різних ступенів вираженості.

Клінічну картину ХГГ оцінювали на підставі скарг і даних об'єктивного дослідження. Аналіз одержаних результатів показав, що в усіх обстежених мала місце гранулююча форма ХГГ. На нижній щелепі гіперплазія була більш вираженою; гіпертрофічний гінгівіт локалізувався здебільшого з вестибулярного боку у фронтальній ділянці верхньої та нижньої щелеп біля зубів, які біли опорними для силових елементів брекет-техніки. Ураження ясен на одній щелепі спостерігали в 52 (41,3 %) хворих, на обох щелепах – у 74 (58,7 %).

Аналіз індексів, які характеризують стан гігієни порожнини рота і стан тканин пародонта до початку лікування, свідчив про суттєві порушення з боку як якісних, так і кількісних показників, які мали прямий кореляційний зв'язок зі ступенем гіпертрофії ясен (табл. 1).

Показники стану гігієни порожнини рота і запалення тканин пародонта у хворих на ХГГ до початку лікування (M±m)

Індекси	Норма	ХГГ I ступеня (n=76)	ХГГ II ступеня (n=50)	P
ОHI-S	0	2,23±0,12**	2,99±0,05**	<0,05
Індекс Федорова-Володкіної	1,1-1,5	2,13±0,06**	2,64±0,13 **	<0,05
Йодне число Свракова	0	4,73±0,14**	7,86±0,12**	<0,01
PMA%	0	40,81±1,12**	64,31±1,32**	<0,01
SBI	0	2,59±0,02**	4,87±0,12**	<0,05
Глибина зондування, мм	1-2	4,11±0,01*	6,43±0,15**	<0,01

Примітки: P – показник вірогідності відмінностей між показниками хворих у групах із I і II ступенем ХГГ;

* – P < 0,01 – показник вірогідності розбіжностей відносно норми;

** – P < 0,001 – показник вірогідності розбіжностей відносно норми.

Патологічні процеси, які відбуваються в пародонті на тлі ортодонтичного лікування брекет-технікою, незважаючи на їх локальність, відбивалися на стані системного і місцевого імунітету, що проявлялося наявністю ВІДС, характерними ознаками якого були Т-лімпopenія, дисбаланс субпопуляційного складу Т-клітин із переважним дефіцитом циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4+) – при I ст. ХГГ в 1,25, при II ст. ХГГ - в 1,44 раза менше норми (p<0,05); зниженням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 у 1,25 раза при ХГГ I ст. і в 1,34 – при ХГГ II ст. (p<0,05), що відображає хелперно/супресорне співвідношення.

В обстежених пацієнтів суттєво знижена функціональна активність Т-лімфоцитів: на 11,60% при I ст. ХГГ і на 20,10% (p<0,05) при II ст. за даними реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) із фітогемаглютиніном (ФГА), а також пригнічені показники фагоцитарної активності моноцитів/макрофагів (ФАМ), що свідчить про зниження функціональних спроможностей макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС). Було виявлено значне підвищення рівня циркулюючого імунного комплексу (ЦІК) у сироватці крові хворих на ХГГ, переважно за рахунок підвищення вмісту найбільш токсикогенних середньомолекулярної та дрібномолекулярної фракцій імунного комплексу (ІК), що можна пов'язати з ослабленням елімінації ЦІК із кров'яного русла МФС.

Для осіб, хворих на ХГГ, було характерним значне превалювання вмісту прозапального цитокіну (ЦК). Так, уміст ІЛ-1β при ХГГ I ст. був підвищений відносно норми в 2,54 раза, при II ст. – в 4,5 раза (p<0,01), а концентрація ФНПα була вищою при I і II ст. гіперплазії ясен відповідно в 3,77 та 5,63 раза (p<0,05) на тлі відносного дефіциту протизапальних ЦК (ІЛ-4), а також пригнічення інтерфероніндукуючої активності Т-лімфоцитів відносно γ-ІФН. Наведені дані свідчать, що порушення імунологічних показників залежали від вираженості патологічного процесу в яснах, який вимірюється ступенем їх гіпертрофії.

На підставі отриманих даних, розробляючи патогенетично обґрунтовані підходи до лікування хворих на ХГГ, ми звернули увагу на можливість застосування комбінації сучасних препаратів у вигляді індуктора ендogenous інтерферону, основною діючою речовиною якого є меглюмін акридо-нацетату - імуноактивний препарат 1 (ІАП-1), який також має протизапальну й імуномодулюючу активність; вітчизняного засобу природного похо-

дження на основі комплексу небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження з широким спектром фармакологічної дії, в тому числі імуномодулюючими, протизапальними і стимулюючими регенерацію властивостями – імуноактивний препарат 2 (ІАП-2) та інтерфероніндукуючого засобу похідного ізонікотинової кислоти, щодо якого встановлена також його імуноактивна і бактерицидна дія, в тому числі відносно пародонтопатогенних облигатних анаеробів – протизапальний засіб (ПЗЗ). Установлено, що комбінація обох імуноактивних препаратів може бути корисною для клінічної практики, оскільки при цьому відбувається взаємне потенціювання позитивних рис фармакологічної дії кожного з цих препаратів. Щодо комбінації імуноактивних препаратів і протизапального засобу, то вона була нами використана вперше, в тому числі – в клінічній стоматології. Указану комбінацію препаратів призначали тільки пацієнтам основної групи.

З огляду на провідну роль мікрофлори в розвитку ХГГ, нами вперше в практиці ортодонтії застосована оригінальна малоінвазивна методика терапії ультразвуком спрямованої дії (ТУСД), яка скерована на створення біологічно прийнятної біопласти на поверхні кореня і внутрішній вистилці епітелію ясен. Метод терапії орієнтований на принцип «дезінфекція за один раз».

Хворим основної групи призначали комбінацію імуноактивних і протизапального препарату за такою схемою: 12,5% розчин ІАП-1 по 2,0 мл внутрішньом'язово 1 раз за добу 5 днів поспіль, а потім – ще 5 ін'єкцій через день; після проведення курсу ІАП-1 призначали ІАП-2 по 2 мл 1-2 рази за добу внутрішньом'язово протягом 15-20 днів поспіль; протизапальний засіб - по 1 таблетці 2 рази за добу протягом 15-20 днів поспіль.

Для подальшої оцінки і порівняння ефективності методів лікування в досліджуваних групах у ролі вихідних значень ми використовували результати клінічних досліджень, одержаних на первинному (до початку пародонтологічного лікування) обстеженні хворих на ХГГ. Повторно обстежували хворих через 3, 6 і 12 місяців. Після кожного повторного обстеження всім хворим проводили зняття відкладень і ТУСД.

Наше лікування виявилось ефективним у 52 пацієнтів основної групи, що склало 82,5%; 11 хворих (17,5%) основної групи виявилися нечутливими до проведених лікувальних заходів.

У групі зіставлення позитивні результати після першого курсу лікування були зареєстровані в 40 осіб, що склало 63,5%. У 23 (16,5%) пацієнтів результати лікування були оцінені як неефективні. Тому в окрему групу були виділені 34 особи (11 із

основної і 23 з групи зіставлення), в яких первинна пародонтальна терапія і запропонований комплекс лікування виявилися неефективними. Цим хворим було проведено хірургічне лікування ясенної гіпертрофії за методиками Э. Козна (2004, 2008).

Таблиця 2
Показники індексної оцінки гігієни ПР і стану пародонта через 12 місяців після лікування

Індекси	Норма	Досліджувані групи		P
		основна (n=52)	зіставлення (n=40)	
ОHI-S	0	0,59±0,01***	2,43±0,002	<0,001
Індекс Федорова-Володкіної	1,1-1,5	1,29±0,11*	2,11±0,4*	<0,05
Йодне число Свракова	0	1,83±0,02***	3,89±0,12*	<0,05
PMA%	0	12,01±0,12***	31,85±0,11***	<0,05
SBI	0	1,09±0,06***	2,68±0,14*	<0,05
Глибина зондування, мм	1-2	2,25±0,04*	3,97±0,05**	<0,01

Примітки: P – показник вірогідності відмінностей між показниками хворих у групах із I і II ступенем ХГГ;

* – P < 0,01 – показник вірогідності розбіжностей відносно норми;

** – P < 0,001 – показник вірогідності розбіжностей відносно норми.

Після хірургічного втручання всі пацієнти мали добре самопочуття, скарг не пред'являли. Після зняття пов'язки на 8-10 добу після операції спостерігалася повна епітелізація поверхні, що збігається з даними інших дослідників щодо термінів загоєння. На повторних обстеженнях прооперованих пацієнтів виявляли відсутність рецидивів через 6 і 12 місяців, що вказувало на стійкий позитивний результат лікування.

Висновки

Отже, запропонований нами комплекс застосування імуноактивних препаратів і протизапального засобу дозволяє підвищити ефективність лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту в ортодонтичних хворих; терапія ультразвуком спрямованої дії забезпечує ретельну професійну гігієну порожнини рота, яка разом з індивідуальною є основою пародонтологічного лікування. Ретельна професійна гігієна за допомогою ультразвуку спрямованої дії забезпечує стабільність досягнутих результатів.

Література

1. Алимский А.В. Изучение возрастной динамики распространности аномалий зубочелюстной системы / А.В. Алимский, А.Я. Долгоаршинных // Ортодонтия. – 2008. – № 2 (42). – С. 10-11.
2. Анохина А.В. Анализ эффективности ортодонтического лечения / А.В. Анохина, О.Р. Галиулина // Ортодонтия. – 2007. – № 3 (39). – С. 50-51.
3. Анохина А.В. Приверженность ортодонтическому лечению на различных этапах развития зубочелюстной системы / А.В. Анохина, О.Р. Галиулина // Ортодонтия. – 2008. – №2 (42). – С. 7-9.
4. Березина Н.А. Ортодонтическое лечение при заболеваниях пародонта / Н.А. Березина, Д.В. Абрамов // Стоматология XXI века: новейшие достижения и материалы. – Пермь, 2000. – С. 154-155.
5. Блюмкина И.М. Гигиена полости рта при ортодонтическом лечении / И.М. Блюмкина // Стоматологический бюллетень. – 2002. – № 12. – С. 6-8.
6. Бондарева Т.В. Необходимость сочетания ортодонтического и терапевтического лечения при зубочелюстных аномалиях и болезнях пародонта / Т.В. Бондарева, И.И. Валиева // Ортодонтия. – 2001. – № 4. – С. 13-18.
7. Гиоева Ю.А. Применение карнозина для лечения гингивита у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении / Ю.А. Гиоева, Э.А. Базикян, Д.А. Селезнев // Ортодонтия. – 2005. – № 3. – С. 60-62.
8. Дрогомирецька М.С. Клініко-патогенетичні закономірності розвитку патології пародонту при ортодонтичному лікуванні / М.С. Дрогомирецька // Современная стоматология. – 2010. – № 2. – С. 144-146.
9. Очерки иммунобиологии слизистой оболочки полости рта / [Кайдашев И.П., Шинкевич В.И., Король М.Д. и др.]; под ред. И.П.Кайдашева. – Полтава: Полимет, 2008. – 304 с.
10. Кайдашев И.П. Характеристика імунних клітин слизової оболонки ясен при хронічному генералізованому пародонтиті відповідно ступенів тяжкості / І.П.Кайдашев, В.І.Шинкевич // Імунологія та алергологія. – 2004. – №4. – С.15-19.
11. Смаглюк Л.В. Резистентність слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів із зубощелепними аномаліями / Л.В.Смаглюк, І.В.Петрушанко // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 2. – С. 90-92.

Стаття надійшла
23.07. 2013 р.

Резюме

Проаналізовані дані щодо ефективності запропонованого комплексу заходів для лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту в ортодонтичних пацієнтів на тлі застосування брекет-техніки.

Ключові слова: ортодонтичні пацієнти, хронічний гіпертрофічний гінгівіт, системний і мукозальний імунітет, ультразвук спрямованої дії, імунокорекція, хірургічне лікування.

Резюме

Представлено изучение эффективности предложенного комплекса мероприятий для лечения хронического гипертрофического гингивита у ортодонтических пациентов на фоне лечения брекет-технологией.

Ключевые слова: ортодонтические пациенты, хронический гипертрофический гингивит, системный и мукозальный иммунитет, ультразвук направленного действия, иммунокоррекция, хирургическое лечение.

Summary

In article is presented study to efficiency of the offered complex action for treatment chronic hypertrophic gingivitis in orthodontics patients on background of the treatment braces-technology.

Key words: orthodontic patients, chronic hypertrophic gingivitis, systemic and mucosal immunity, ultrasound directed action, immunotherapy, surgery treatment.