

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

САМОЙЛЕНКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ

УДК 616.314-089.843-036.1-036.82

**РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ, ТАКТИКА АНТИОКСИДАНТНОЇ ТА
ІМУНОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ У
ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Полтава – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Державному закладі «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Гудар'ян Олександр Олександрович**, Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології, професор.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Матрос-Таранець Ігор Миколайович**, Дніпропетровський базовий госпіталь Збройних Сил України, військова частина № А4615, стоматологічне відділення, начальник;
- доктор медичних наук, професор **Соколова Ірина Іванівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра стоматології, завідувачка.

Захист відбудеться «___» _____ 2016 р. об ____ год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава (36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава (36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

Автореферат розісланий «___» _____ 2016 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Значним досягненням сучасної стоматології, як у нас в країні, так і за кордоном є світове впровадження в практику нового прогресивного напрямку - дентальної імплантації, який дозволяє відновлювати анатомо-функціональну цілісність зубного ряду навіть при наявності кінцевих дефектів (Васильєв А.В., Улитовский С.Б., Васильєв Н.В., 2010; Гудар'ян О.О., Самойленко І.А., 2012; Мащенко І.С., Самойленко І.А., 2013).

В даний час питання про можливості використання названого відновного лікування у хворих, які страждають на генералізований пародонтит є дискусійним. З усією очевидністю можна вважати, що дентальна імплантація може бути успішною у пацієнтів даної категорії, лише при досягненні у них стійкої ремісії захворювання з одночасним ослабленням патогенетичних механізмів, що беруть участь у формуванні запально-деструктивного процесу в тканинах пародонту. З цих позицій методика підготовки хворих на генералізований пародонтит до дентальної імплантації потребує подальшого вдосконалення і застосування нових підходів що до відновлення пародонтальних тканин з урахуванням майбутньої дентальної імплантації. Від того, наскільки якісно буде проведена предопераційна підготовка, багато в чому буде залежати і подальший прогноз функціонування імплантатів.

Дані численних досліджень свідчать про те, що провідна роль у розвитку запальних процесів в ротовій порожнині належить факультативно-анаеробній, аеробній і облігатно-анаеробній флорі. На сьогоднішній день для пригнічення мікрофлори в пародонтальному вогнищі запалення запропоновано цілий ряд лікарських засобів на основі хлоргексидину, використання сильноїдіючих антибіотиків (амоксиклаву, ципрофлоксацину, цефазепаму, лінкоміцину та ін.) (Рузін Г.П., Чирік О.І., Бабич Є.М., 2013; Review A., 1992).

Перспективним є використання амоксиклаву в комбінації з пробіотиком «Біоспорин», особливо, при наявності дисбактеріозу у хворих на генералізований пародонтит, обумовленого анаеробної флорою в комбінації зі стафілококовою інфекцією.

Останнім часом для швидкого, повного і надійного усунення пародонтальних патогенних і умовно-патогенних бактерій почали використовувати альтернативний метод, який передбачає застосування системи HELBO (HELBO - Photodynamic System), при якому поєднаний вплив на бактеріальні агенти і тканини пародонту здійснюється лазерним випромінюванням і барвником фотосинтезаю (Гудар'ян О.О., Мащенко І.С., Ідашкіна Н.Г., 2013; Novaes A.B., Schwartz-Filho H.O., Oliveira R.R., 2012). Разом з тим, і до теперішнього моменту роль HELBO-терапії не уточнена в комплексі реабілітаційних заходів, спрямованих на всебічне оздоровлення пародонтальних тканин у хворих, відібраних для дентальної

імплантації. Вимагають вирішення і розвитку такі питання, як вивчення профілактичної можливості HELBO-терапії в запобіганні запальних ускладнень в період ремісії захворювання, не до кінця з'ясована реакція пародонтальних тканин, безпосередньо прилеглих до зони лазерного впливу.

Відомо, що недооцінка стану імунологічної реактивності хворого на генералізований пародонтит, яка обумовлює хронізацію і торпідність запально-інфекційного процесу в пародонтальному комплексі, і як наслідок, призначення тільки етіотропної терапії, без обліку можливостей патогенетично-обумовленого лікування, призводить до зниження якості реабілітаційних заходів, до виникнення частих рецидивів захворювання, розвитку ускладнень при дентальній імплантації у тому числі. Виходячи з цього, на даному етапі представляється доцільним встановлення можливості підвищення ефективності реабілітації хворих на генералізований пародонтит і остеоінтеграційних процесів при установці імплантатів за рахунок застосування імунотропних засобів нового покоління, зокрема, рекомбінатного ІЛ-2 «Ронколейкіну».

Необхідний новий концептуальний підхід з використанням антиоксидантних засобів, здатних зменшити інтоксикацію при реабілітації хворих на генералізований пародонтит і в профілактиці ускладнень при дентальній імплантації - одним з таких препаратів є «Мексидол», який має виражену нормалізуючу дію на перекисне окислення ліпідів та антиоксидантну систему захисту тканин організму.

Викладене обґрунтовує проведення перед хірургічним втручанням з проведенням дентальної імплантації, всебічних оздоровчих і реабілітаційних заходів у хворих на генералізований пародонтит, основним завданням яких є ліквідація або значне ослаблення вираженості інфекційно-запальних вогнищ в пародонті. Порушена проблема повинна вирішуватися шляхом подальшого пошуку нових засобів для усунення патогенної мікрофлори в порожнині рота, нормалізації місцевого гуморального імунітету і радикального окислення ліпідів.

Все вищесказане визначає ступінь важливості порушених питань і мету цієї роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Враховуючи актуальність теми та доцільність подальшого вирішення проблем пов'язаних з хірургічним лікуванням захворювань пародонту, зокрема, з реабілітацією хворих на генералізований пародонтит з використанням дентальної імплантації, обраний напрям досліджень є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» - «Розробка методів профілактики ускладнень при лікуванні запальних процесів і травматичних пошкоджень в щелепно-лицевій області» (№ державної реєстрації 0113U005253).

Автор є безпосереднім виконавцем фрагменту запланованої науково-дослідної роботи.

Мета дослідження - покращення результатів передопераційної підготовки і оптимізація імплантологічного лікування у хворих на генералізований пародонтит шляхом удосконалення реабілітаційних заходів на попередньому етапі і використання в подальшому імунокорегуючих і антиоксидантних засобів.

Завдання дослідження:

1. Розробити оптимальний режим проведення реабілітаційних заходів у хворих на генералізований пародонтит, вивчити в порівняльному плані їх ефективність у клінічних умовах.

2. Виявити особливості біоценозу пародонтальних кишень місцевих порушень імунної системи, оксидантного і антиоксидантного статусу у хворих на генералізований пародонтит, до і в різні терміни після оперативних втручань з дентальною імплантацією, з урахуванням клінічного стану пародонтальних тканин.

3. Розробити патогенетично обгрунтовані способи профілактики і комплексного лікування ранніх і відстрочених ускладнень дентальної імплантації з використанням імуномодулятора «Ронколейкин» і антиоксидантного препарату «Мексидол».

4. Оцінити ефективність впливу Ронколейкину і Мексидолу на найближчі і віддалені результати дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит.

5. Визначити клініко-імунологічні та біохімічні критерії ефективності дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит.

Об'єкт дослідження – хворі на генералізований пародонтит до і після проведення дентальної імплантації.

Предмет дослідження – результати передопераційної підготовки і оптимізації імплантологічного лікування у хворих на генералізований пародонтит з використанням імунокорегуючих і антиоксидантних засобів.

Методи дослідження – клінічні, рентгенографічні, мікробіологічні, біохімічні та імунологічні – для визначення стоматологічного статусу, стану тканин пародонту, імунологічного статусу та оцінки ефективності безпосередніх і віддалених результатів реабілітації хворих на генералізований пародонтит; статистичні – для аналізу одержаних результатів.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше запропоновано новий підхід у проведенні реабілітаційних заходів при підготовці хворих на генералізований пародонтит до дентальної імплантації. Розроблена тактика послідовності виконання профілактичних гігієнічних втручань в поєднанні з HELBO терапією. Доведено, що готовність тканин порожнини рота до проведення дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит досягається в разі нормалізації показників біоценозу пародонтальних тканин, місцевого імунітету, оксидантного і антиоксидантного статусу.

Вперше встановлені типові формули розладів імунної системи, оксидантного і антиоксидантного статусу до і після дентальної імплантації, що сприяють виникненню і розвитку ранніх післяопераційних ускладнень, які

формують в відстроченому періоді дентальний мукозит і періімплантит. Показана суттєва роль sIgA в патогенезі виникнення безпосередньо після імплантації запальних ускладнень, а ІЛ-1 β - в розвитку деструктивного процесу в періімплантній зоні у віддаленому періоді.

Розроблені способи корекції порушень імунного, оксидантного і антиоксидантного статусу таких пацієнтів із застосуванням нових фармакологічних засобів, які дозволяють зменшити кількість ранніх запальних ускладнень після дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит і скоротити терміни їх ліквідації.

Запропоновано додаткові лабораторні критерії завершення реабілітаційних заходів і ефективності дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит.

Практичне значення одержаних результатів. Запропоновано і апробовано новий підхід до проведення реабілітаційних заходів у хворих на генералізований пародонтит на передопераційному етапі дентальної імплантації, який передбачає використання HELBO-терапії, препаратів «Ронколейкін» і «Мексидол».

Показано, що основними критеріями до проведення дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит є відсутність інфекційно-запального процесу в тканинах пародонту і відновлення біоцидної функції слизової оболонки порожнини рота.

Виявлено, що застосування імуномодельючої терапії «Ронколейкіном» і антиоксиданту «Мексидол» за розробленими схемами дозволяє поліпшити результати профілактики та лікування запальних ускладнень після дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит.

Розроблені об'єктивні клініко-імунологічні та біохімічні критерії ефективності дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням.

Внесок автора в її виконання полягає у виборі об'єкта та проведенні методів дослідження, здійснення інформаційного пошуку, аналізу науково-практичної літератури з даної проблеми. Самостійно проведено набір і лікування хворих, аналіз, оцінка і узагальнення результатів клінічних, параклінічних та лабораторних досліджень. Автором самостійно проведено забір матеріалів для мікробіологічних, імунологічних та біохімічних досліджень.

Лабораторні дослідження виконані спільно з співробітниками медичного центру державної установи і кафедри мікробіології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Здобувачем здійснено статистичне опрацювання отриманих клініко-лабораторних результатів, написані всі розділи роботи, сформульовані висновки і практичні рекомендації. У працях, які висвітлені в публікаціях, особистий внесок здобувача є переважним в порівнянні з виконаними дослідженнями співавторів.

Результати досліджень опубліковані автором в статтях, викладені в доповідях на конференціях.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації докладені і обговорені на міжнародній науково-практичній конференції «Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки» (Львів, 2014); на всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні можливості стоматології» (Луганськ, 2014); на міжнародній науково-практичній конференції «Пріоритети сучасної медицини: теорія і практика» (Одеса, 2014).

Публікації. Матеріали дисертації опубліковані в 13 наукових працях, з них 7 статей у фахових виданнях України, 2 статті – закордонні, 3 тез в матеріалах конференцій. Отримано 1 деклараційний патент України на корисну модель.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 148 сторінках комп'ютерного тексту і складається з переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, загальної характеристики хворих та методів досліджень, розділу власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, що включає 193 джерел, з яких 67 джерело латиницею. Фактичні дані наведені у 18 таблицях, робота проілюстрована 10 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкти та методи дослідження. В ході проведених клінічних досліджень було відібрано 63 хворих на генералізований пародонтит I і II ступеня тяжкості з частковою втратою зубів, що мають відносні показання до дентальної імплантації. Серед них чоловіків було 28 (44,4%) і 35 (55,6%) жінки. Вік хворих варіював в основному (88,9% випадків) від 41 до 50 років.

Контрольна група складалася з 21 здорового донора, зіставлених за статтю та віком з пацієнтами на генералізований пародонтит. У дослідження включалися тільки особи, які підписали протокол інформаційної згоди про цілі і характер обстеження, які не мали на момент обстеження інших патологічних станів (хронічних захворювань внутрішніх органів в стадії загострення, ревматичної патології, гострої коронарної недостатності, інфаркту міокарду в анамнезі, виразково-ерозивних уражень шлунково-кишкового тракту, психічних і поведінкових розладів), які не приймали антикоагулянти, кортикостероїди; вагітні. У всіх пацієнтів виключалися інфекції, що передаються статевим шляхом, сифіліс та ВІЛ-інфекції.

Клінічне обстеження хворих на генералізований пародонтит ґрунтувалося на загальноприйнятих критеріях діагностики захворювання, запропонованих ВООЗ. Стан тканин пародонту оцінювали за результатами рентгенологічних досліджень і за даними основних пародонтальних індексів і проб: спрощеного індексу гігієни (Green-Vermillion), кровоточивості ясен (Muchleman H.R.), пародонтального індексу (Russel A.L.), а також глибини пародонтальних кишень (Леус П.А., 1990). Основними засобами рентгенологічних досліджень кісткових структур альвеолярних відростків

щелеп були ортопантомографія, а при необхідності, і внутрішньоротова прицільна рентгенографія.

Як об'єкт для лабораторних досліджень використовували нестимульовану слину, забір якої проводили в рівних умовах - вранці, натщесерце, після ополіскування порожнини рота дистильованою водою, в кількості до 10 мл. З метою визначення стану ряду показників імунітету визначали вміст в слині sIgA, IgG, IgM по G. Manchini (Manchini G., 1965).

Вміст концентрації цитокінів ІЛ-1 β , ФНП- α , ІЛ-4 визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу за стандартною методикою, згідно інструкцій виробника.

Вираженість оксидантного і антиоксидантного статусу оцінювали за вмістом в крові дієнових і трієнових кон'югатів, маленового діальдегіду, активності супероксиддисмутази і каталази (Н.К. Зенков, В.З. Ланкин, 2001).

Мікробіологічні дослідження включали в себе виділення та ідентифікацію бактерій, що заселяють пародонтальні кишені і періімплантну зону, з використанням техніки аеробного і анаеробного культивування. У роботі був використаний класичний, загальноприйнятий метод бактеріального культивування на поживних середовищах і метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з подальшою зворотньою ДНК-гібридизацією з праймерами пародонтогенних бактерій. Метод ПЛР був спрямований на виявлення наступних видів грамнегативних пародонтальних мікроорганізмів: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Prevotella intermedia*, *Treponemadenticola*.

З метою подальшої оцінки, розроблених реабілітаційних заходів, відібрані до дентальної імплантації хворі на генералізований пародонтит, після первинного клініко-рентгенологічного обстеження і на його основі, були розділені на дві групи, однорідні за всіма показниками: статтю, віком, ступенем і клінічним проявом захворювання, станом місцевого та системного імунітету, процесів окислення ліпідів, ідентичним заселенням пародонтальних тканин умовно-патогенною і патогенною флорою.

До основної групи увійшло 32 пацієнта, в групу порівняння - 31 хворий на генералізований пародонтит.

Традиційне комплексне лікування, за загальноприйнятим планом, здійснювалося у хворих групи порівняння. Апробація розроблених реабілітаційних заходів здійснювалася у пацієнтів основної групи. Обов'язковим компонентом для пацієнтів обох груп було:

- навчання правилам гігієнічного догляду за порожниною рота з подальшим неодноразовим контролем;

- проведення професійних гігієнічних заходів, спрямованих на усунення місцевих шкідливо-діючих факторів, що сприяють зниженню і активації мікробного фактора (видалення зубного нальоту і каменю, полірування коренів зубів, функціональне виборче пришліфовування передчасних оклюзійних контактів, лікування карієсу, корекція пломб та ін.);

- застосування загальноприйнятої антибактеріальної і протизапальної терапії.

Надалі консервативне лікування генералізованого пародонтиту у хворих групи порівняння проводили стандартною загальною антибактеріальною терапією лінкоміцином (по 0,5 г, три рази в день, протягом 6-7 діб) і імунокорекцією змін імунологічних показників циклофероном - носієм імуногенів і захисних антигенів. Препарат призначали парентерально по 0,45 г курсом від 20 до 24 діб.

В основній групі пацієнтів реалізовувався новий підхід у проведенні медикаментозної реабілітації умовно-патогенної і патогенної мікрофлори пародонтальних кишень, була обрана фотодинамічна терапія системою HELBO - Photodynamic System (Е.А. Карцева, 2013). Одночасно з антибактеріальним впливом, пацієнти основної групи отримували імуномодельючий препарат «Ронколейкин» або «Лікопід» в комбінації з антиоксидантом «Мексидол».

Статистична обробка отриманих даних виконана з використанням персонального комп'ютера типу IBM. Обробка статистичного матеріалу, облік і реєстрація отриманих даних, а також оформлення роботи виконані в середовищі «Windows» з використанням стандартних програм. При розрахунку статистичних параметрів визначали такі величини: середня дисперсія, середня помилка $M+m$, середнє квадратичне відхилення, критерії достовірності порівнюваних величин - t критерій Ст'юдента-Фішера (М.Ю. Антомонов, 2006).

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінювалася порівняльна ефективність реабілітаційних заходів в залежності від повноти і термінів регресії основних симптомів захворювання на підставі динаміки показників біоценозу пародонтальних тканин, зміни імунологічних реакцій і антиоксидантного статусу.

Проведені нами клінічні дослідження показали, що купування запального процесу в пародонтальних тканинах у пацієнтів основної групи відбувалося, як правило, через 5-6 днів (в середньому $5,7 \pm 0,13$ днів), після початку реабілітаційних заходів, в той час як в групі порівняння, через 10-12 днів (в середньому $11,2 \pm 0,2$ днів).

Контрольний огляд після двох тижнів комплексного лікування виявив у пацієнтів основної групи в 95,5% випадків - відсутність симптомів запальних реакцій, а у решти (4,5%) - значне поліпшення. Навпаки, нормалізація стану тканин пародонту у хворих групи порівняння була досягнута тільки у 75% випадків, у решти - виявлено явне часткове поліпшення після проведеного лікування.

Більш швидке і повне купування запального процесу в пародонті при застосуванні пропонованої методики комплексного лікування генералізованого пародонтиту підтверджувалося і кращою динамікою з боку параклінічних показників (індексів кровоточивості і гігієни, пародонтального індексу). В цілому, індекс Green-Vermillion після курсу реабілітаційних заходів у хворих

основної групи знизився в 2,6 рази в порівнянні з вихідним рівнем. У ті ж терміни індекс гігієни у хворих групи порівняння зменшився в 3,1 рази.

По завершенню медикаментозної реабілітації у 95,5% пацієнтів основної групи приходили в норму або значно зменшилися показники стану пародонтальних тканин - індекси кровоточивості і пародонтальний індекс. Перший, в середньому по групі склав $0,4 \pm 0,01$; другий - $2,02 \pm 0,22$, проти до лікування: $2,48 \pm 0,2$ і $5,14 \pm 0,19$ ($p < 0,05$). Аналогічна динаміка з боку цих індексів після закінчення комплексного лікування відзначена у 75% хворих групи порівняння. В інших пацієнтів групи порівняння позитивна тенденція до їх зниження була менш виражена, що підтверджувалося показниками аналізованих індексів після консервативного лікування в цілому. Так, названі індекси достовірно ($p < 0,05$) зменшилися в меншій мірі, ніж у пацієнтів основної групи (відповідно до $0,9 \pm 0,02$ і до $2,57 \pm 0,24$), що вказувало на незавершеність запальної реакції і деструктивного процесу в пародонтальних тканинах у значної частини пацієнтів групи порівняння.

Результати досліджень показали, що в процесі застосування розробленої методики медичної реабілітації у пацієнтів основної групи спостерігалось більш значиме і достовірне зниження глибини пародонтальних кишень, ніж при традиційному способі. Так, через 2-3 місяці після завершення лікувальних процедур глибина пародонтальних кишень знизилася у хворих групи порівняння до $3,6 \pm 0,3$ мм, що на 1,3 мм перевищувало середні значення даного показника в ці терміни дослідження у хворих основної групи ($2,3 \pm 0,2$ мм).

Поряд з клінічними даними, мікробіологічний моніторинг також продемонстрував більш високу ефективність розроблених реабілітаційних заходів, використовуваних у хворих на генералізований пародонтит, в порівнянні з традиційним методом лікування цього захворювання. У пацієнтів основної групи при включенні в програму реабілітації HELBO-терапії в комбінації з пробіотиком «Біоспорин», вже через 6-8 сеансів спостерігалася не тільки елімінація більшості збудників захворювання, а й відновлювався нормобіоз в пародонтальній еконіші (табл.1).

По завершенню лікування хворих етіологічне одужання реєструвалося в 95,5% випадків. Найгірший антибактеріальний результат був отриманий у хворих групи порівняння під впливом традиційної місцевої і системної антибактеріальної терапії. Повне усунення основних умовно-патогенних і пародонтопатогенних бактерій мало місце у 77,2% хворих і запізнювалася на 4-5 доби (рис.1).

Таким чином, мікробіологічний моніторинг показав, що найбільш ефективний вплив на патогенну мікрофлору пародонтальних кишень хворих на генералізований пародонтит, надав комплекс реабілітаційних заходів з використанням фотодинамічної HELBO-терапії.

До проведення реабілітаційних заходів у пацієнтів обох груп реєструвався вкрай низький вміст sIgA і незначне підвищення IgG в слині, що вказувало на різке зниження бар'єрної і антимікробної функції слизової оболонки порожнини рота (табл.2).

Динамічний стан біоценозу пародонтальних тканин під впливом реабілітаційних заходів у хворих основної та групи порівняння

Види мікроорганізмів	Частота виявлення видів мікроорганізмів (%)				
	Основна група (n=32)		Група порівняння (n=31)		Контрольна група (n=21)
	До реабілітації	Після реабілітації	До реабілітації	Після реабілітації	
Lactobacillus spp.	40,9	95,7	40,0	80,0	100,0
Bifidobacterium spp.	45,4	100,0	30,0	75,0	94,4
Streptococcus Salivarius	63,3	86,4	50,0	70,0	88,9
Streptococcus haemolyticus	81,8	0	80,0	20,0	0
Streptococcus intermedius	95,7	4,5	100,0	20,0	5,5
Peptostreptococcus spp.	77,2	4,5	75,0	25,0	5,5
Staphylococcus spp.	54,5	4,5	55,0	20,0	0
Candida spp.	40,9	0	45,0	15,0	0
Enterobacter spp.	31,8	0	25,0	0	0
Fusobacterium necroforum	49,9	0	60,0	15,0	0
Bacteroides forsythus	63,6	0	55,0	15,0	0
Porphyromonas gingivalis	54,5	4,5	55,0	20,0	0
Fusobacterium nucleatum	49,9	0	60,0	25,0	0
Actinobacillus actinomycetemcomitans	36,4	4,5	55,0	20,0	5,5
Prevotella intermedia	22,7	0	25,0	10,0	0

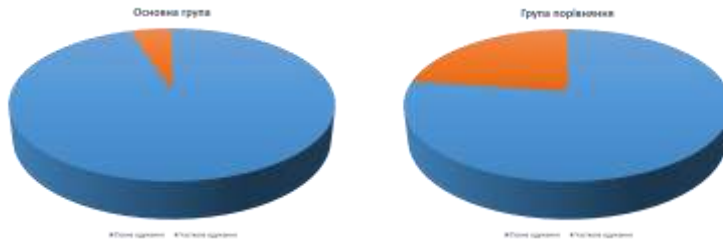


Рис. 1 Частота етіологічного одужання у пацієнтів основної та групи порівняння.

Встановлено, що при традиційному лікуванні рівні названих імуноглобулінів прагнуть до нормалізації в меншій мірі, ніж під впливом розробленого медикаментозного комплексу. Причому, нормальні значення рівнів вмісту sIgA в нестимульованій ротовій рідині реєструвалися тільки у хворих з повною ліквідацією інфекційно-запального процесу в пародонтальному комплексі. Отже, sIgA грає важливу роль в патогенезі генералізованого пародонтиту та ступінь нормалізації може служити маркером повної ліквідації інфекційно-запального процесу в пародонті.

Таблиця 2

Динаміка показників імунітету під впливом реабілітаційних заходів у хворих основної та групи порівняння

Показники імунітету	Групи спостереження						Контрольна група (n=21)
	Основна група (n=32)			Група порівняння (n=31)			
	До реабілітації	Після реабілітації	Через 2-3 місяця після реабілітації	До реабілітації	Після реабілітації	Через 2-3 місяця після реабілітації	
sIgA (г/л)	0,42± 0,02	1,28±0,06**	1,38±0,04*	0,41±0,02	0,99±0,02**	0,84±0,02**	1,30±0,02
IgA (г/л)	0,52±0,02	0,46±0,02**	0,45±0,02*	0,52±0,02	0,50±0,02*	0,50±0,02	0,45±0,02
IgG (г/л)	1,19± 0,03	0,88±0,02**	0,84±0,03*	1,18±0,04	0,89±0,03**	1,01±0,02**	0,61±0,02
IgM (г/л)	0,29±0,02	0,51±0,01**	0,46±0,02*	0,29±0,02	0,44±0,02**	0,40±0,02**	0,48±0,02
ІЛ-1β (пг/мл)	671,4± 1,5	103,7±6,4**	121,5±4,4*	665, 3±14,2	208,2±9,0**	248,9±11,5**	159,3±6,8
ФНП-α (пг/мл)	211,2±4,2	52,0±5,5**	30,3±2,06*	207,1±3,6	69,3±4,2**	87,4±6,1**	49,7±2,01
ІЛ-4 (пг/мл)	42,8± 2,6	98,3±2,4**	80,2±2,0*	45,3±2,4	60,1±2,0**	56,3±3,1	68,8±3,7

Примітка: * $p \leq 0,05$ - достовірність відмінностей по відношенню до показників контрольної групи.

** $p \leq 0,05$ - достовірність відмінностей по відношенню до показників після реабілітації.

У підсумку можна зробити висновок, що доопераційна підготовка хворих на генералізований пародонтит до дентальної імплантації, проведена традиційним і розробленим нами реабілітаційним медикаментозним комплексом є досить ефективною. Разом з тим, запропонований спосіб сприяє в короткі терміни більш повній ліквідації інфекційно-запального процесу в

пародонті, елімінації вірулентних мікроорганізмів в пародонтальній еконіші, більшою мірою повноцінному усуненню місцевого імунodefіциту, дисбалансу у функціонуванні цитокинової і антиоксидантної систем. Таким чином, даний метод реабілітації хворих на генералізований пародонтит має значні переваги за цілою низкою клінічних, параклінічних та лабораторних критеріїв. Після завершення предопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит і досягнення стабільно хорошої гігієни порожнини рота, стійкої ліквідації або значного зниження клінічних ознак запального процесу в тканинах пародонту на тлі елімінації умовно-патогенної і патогенної мікрофлори в пародонтальній еконіші, а також вираженої тенденції до нормалізації місцевого імунітету і параметрів антиоксидантного потенціалу, приступили до хірургічного етапу по постановці дентальних імплантатів.

Методика проведення дентальної імплантації в основній і порівняльній групах була однаковою і проводилася відповідно до рекомендаційних протоколів. У всіх випадках здійснювали двохетапну імплантацію, внаслідок чого тривалість відновного лікування тривала від 3 до 4 місяців, а іноді і більше в залежності від індивідуальних особливостей перебігу післяопераційного періоду.

В цілому нами були встановлено 224 внутрішньокісткових дентальних імплантатів (Alpha-Bio Tec): 116 імплантатів - хворим основної групи і 92 хворим групи порівняння. Причому, на верхній і нижній щелепі у хворих обох груп проведено приблизно рівну кількість оперативних втручань. Стандартні імплантати були показані в більшості випадків дентальної імплантації. Основною умовою для установки імплантату була наявність адекватної товщини слизової тканини ясен і ширини кістки (не менше 5,5 - 6,5 мм переважно в області молярів).

У доопераційному періоді проводилася (за добу і одну годину до операції) антибіотикопрфілактика з використанням у хворих основної групи амокциклаву, а в групі порівняння - лінкоміцину. Показанням до призначення антибіотиків вважали установку 4 і більше імплантатів одночасно. Пацієнтам групи порівняння рекомендували полоскання порожнини рота 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату або обробку «Гівалексом» від 3-4 разів на день перед операцією і в наступні дні після оперативних втручань, аж до зняття швів. В основній групі в ранньому післяопераційному періоді (протягом перших 5-6 днів після установки імплантатів) для елімінації можливих патогенних бактерій використовували HELBO - терапію.

Терміни спостереження в ранньому післяопераційному періоді були такими: на наступний день після установки імплантатів, через 2-3 дні, через 6-7 днів і на протязі перших двох тижнів. У віддаленому періоді спостереження вели через 2-3 місяці, півроку, 12 і більше місяців.

Найближчий післяопераційний період в групах протікав з деякими відмінностями. У хворих основної групи відзначалися явища реактивного запального процесу на оперативні втручання слабкої інтенсивності на місцевому рівні. Вони характеризувалися післяопераційними болями на 2 добу,

незначним набряком і гіперемією ясенних тканин в періімплантаційній зоні, фібринозний наліт і ексудація з рани зустрічалися вкрай рідко (в одному і двох випадках відповідно). Аналогічно протікав післяопераційний період і у пацієнтів групи порівняння, у яких результати традиційного лікування генералізованого пародонтиту проведені до імплантації, були відмінними (рис.2).

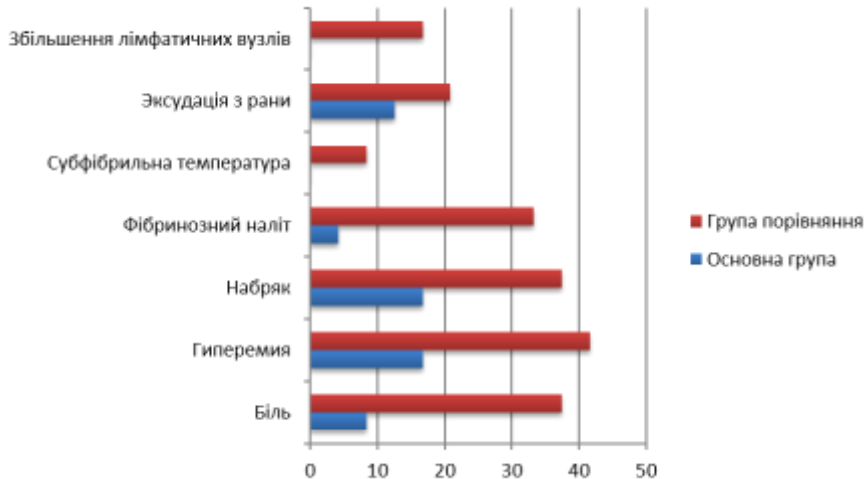


Рис. 2 Місцева та загальна реакція на дентальну імплантацію у хворих основної та групи порівняння (%).

Принципова відмінність отримана в терміни регресії основних симптомів виниклих ускладнень у хворих основної і групи порівняння. Зникнення симптомів локального запалення у більшості пацієнтів основної групи відмічалось на 5-6 добу (в середньому $6,2 \pm 0,3$ доби) після установки імплантатів. В цьому періоді слизова ясенних тканин набувала блідо-рожевого забарвлення, краї рани щільно прилягали один до одного, контури їх були рівні й чисті, не відзначалося болю і кровоточивості при пальпації операційної зони.

У пацієнтів групи порівняння на 3-4 добу після імплантації відзначалася неоднакова вираженість набряку, гіперемія, болючість оперованих областей. Так, у третини пацієнтів виявлено в названі терміни максимальна інтенсивність прояву перерахованих ознак, у решти спостерігалось лише їх деяке зниження. Симптоми запалення ясен у хворих групи порівняння зберігалися протягом 6-7 діб після проведеної дентальної імплантації і піддавалися регресії тільки на 9-10 день.

Отримані результати мікробіологічних досліджень переконливо свідчать про переваги використання фотодинамічної терапії, перед препаратами на основі хлоргексидину, для профілактики і лікування в ранньому періоді запальних ускладнень дентальної імплантації. Так, на тлі застосування фотодинамічної терапії (HELBO) вже до 5-6 доби досягалася повна елімінація основних збудників запального процесу в пародонтальних структурах, а до 7-8 дня відзначено збільшення частоти біфідо- і лактобактерій до рівнів умовної норми. Навпаки у хворих груп порівняння, до 6-7 доби мікробіологічна картина в переімплантній зоні практично не змінювалася, незважаючи на багаторазове використання у них традиційних антибактеріальних засобів.

У пацієнтів основної групи порушення досліджуваних імунологічних показників реєструвалися лише в першу добу після хірургічних втручань і були менш виражені, ніж у пацієнтів групи порівняння: рівень sIgA в слині знизився в 0,63 рази; а вміст ІЛ-1 β і ФНП- α відповідно в 5,2 і 3,3 рази. При цьому виявлена імунокорегуюча дія фотодинамічної терапії HELBO. Так, після 6-7 процедур, відзначалася у хворих основної групи виражена тенденція до нормалізації показників місцевого гуморального імунітету. Рівні sIgA в слині зросли до $1,28 \pm 0,2$ г/л, а ІЛ-1 β і ФНП- α різко зменшилися (відповідно до $64,9 \pm 12,1$ пг/мл і $51,1 \pm 4,9$ пг/мл) і не мали статистично достовірних відмінностей від таких у групі здорових.

Інша динаміка показників імунного статусу спостерігалася в ранньому післяопераційному періоді у хворих групи порівняння менш сприятливим проявом запальних ускладнень, ніж у осіб основної групи. Рівні основних класів імуноглобулінів були змінені протягом усього терміну перебігу ранніх запальних ускладнень. До 6-7 дня після імплантації рівні sIgA і IgG достовірно підвищувалися до $0,81 \pm 0,02$ г/л і до $0,9 \pm 0,02$ г/л, але не досягали нормалізації значень. По закінченню двох тижнів після імплантації вміст в ротовій рідині названих імуноглобулінів зберігався на цьому підвищеному рівні і тільки через місяць після імплантації у 70,9% хворих групи зіставлення настала їхня нормалізація. В інших пацієнтів, з неліквідованими залишковими запальними явищами в періімплантних тканинах відбулося погіршення показників місцевого імунітету.

Дослідження антиоксидантного статусу у хворих основної групи, в терміни через 6-7 днів після операції по установці імплантатів, виявлено підвищення активності антирадикальних ферментів супероксиддисмутази і рівнів каталази в змішаній слині до рівня практично здорових. Одночасно у них відзначалася нормалізація показників малонового діальдегіду і дієнових кон'югатів. Позитивна динаміка, але менш виражена, спостерігалася і у більшості пацієнтів групи порівняння (у 78,1% випадків), у решти навіть через два тижні після імплантації показники ПОЛ - АОА мало чим відрізнялися від вихідних. Слід зазначити, що за умови відсутності динаміки показників в бік нормалізації, в імплантній зоні формувався хронічний слабо виражений запальний процес, який не усувався професійними та індивідуальними гігієнічними заходами протягом більше одного місяця.

Підтвердженням досить високої ефективності методу фотодинамічної терапії системою HELBO в поєднанні з ронколейкіном і мексидолом, використовуваного на етапі предопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит до дентальної імплантації служили результати віддалених спостережень, які свідчили про те, що остеоінтеграція імплантатів у хворих основної групи відмічена в 100% випадків. Про це свідчила відсутність рецидивів запалення і повноцінна остеоінтеграція імплантатів у всіх хворих протягом більш, ніж 12 місяців. У хворих порівняльної групи, яким на етапі підготовки і в процесі дентальної імплантації проводилася традиційна антибактеріальна терапія в комбінації з імунокорекцією циклофероном,

клінічний ефект зберігався у 83,3% випадках протягом року. У 16,7% хворих, незважаючи на те, що не спостерігалось відторгнення імплантатів, сформувався у 3 (9,8%) пацієнтів групи порівняння дентальний мукозит і у одного періімплантит 1 класу.

Встановлено, що виникнення дентального мукозиту було пов'язано з гігієнічним станом порожнини рота, збільшенням в періімплантній області умовно-патогенних бактерій (стрептококи, стафілококи і гриби роду кандиди) на тлі депресії секреторного імунітету (зниження вмісту sIgA в слині). Заслуговує уваги факт появи в періімплантній зоні представників пародонтопатогенних мікроорганізмів і різке зростання продукції ІЛ-1 β (більш ніж в 12 разів) у змішаній слині, підвищення процесів окислення ліпідів і підвищення маркерів резорбції на початковому етапі розвитку дентального періімплантиту.

З урахуванням виявлених закономірностей був сформований комплекс лікувально-профілактичних заходів, направлених на ліквідацію розвитку запальних ускладнень в відстроченому періоді, після дентальної імплантації. Основною складовою частиною даного способу було періодичне (не рідше ніж кожні півроку) проведення раціональних професійних гігієнічних процедур в комбінації з фотодинамічної терапії HELBO - системою з одночасним курсовим здійсненням імунокорекції місцевого секреторного імунітету ронколейкіном і антиоксидантного потенціалу ротової рідини - мексидолом.

Проведення лікувально-профілактичних заходів по описаній вище схемі у представників обох груп сприяло запобіганню появи ознак локального запалення в періімплантній зоні протягом усього терміну спостереження у 100% хворих.

Таким чином, отримані в результаті виконання даної роботи клінічні і лабораторні дані, дозволяють зробити висновок не тільки про високу ефективність розроблених і здійснених реабілітаційних заходів у хворих на генералізований пародонтит на підготовчому етапі до дентальної імплантації, але і відзначити їх високу ефективність в профілактиці ранніх запальних ускладнень, що виникають в ранньому післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ

1. Розроблений спосіб медикаментозної реабілітації генералізованого пародонтиту, що передбачає комплексне використання професійних гігієнічних заходів, фотодинамічної антибактеріальної HELBO-терапії, корекцію місцевого секреторного імунітету ронколейкіном і функціонування антиоксидантної системи мексидолом, дозволяє якісно і в скорочені терміни поліпшити доопераційну підготовку хворих до дентальної імплантації. Даний метод забезпечує повну елімінацію можливих збудників захворювання, нормалізацію рівнів sIgA, ІЛ-1 β і супероксиддисмутази, і ліквідацію інфекційно-запальних вогнищ в пародонтальних структурах у 95,6% випадків.

2. Імовірність виникнення ранніх і відстрочених запальних ускладнень після внутрішньокісткової дентальної імплантації у хворих на генералізований

пародонтит залежить від повноти регресії клінічних симптомів запального процесу, частоти зустрічаємості окремих груп мікроорганізмів, стану місцевого секреторного імунітету, функціонування цитокинової системи і системи антирадикального окислення ліпідів.

3. Розвиток ускладнень пов'язаний з депресією місцевого секреторного імунітету, мікробна інвазія періімплантних зон стрептококовою і стафілококовою інфекцією і грибами роду кандиди. До ранніх маркерів системної запальної відповіді виникнення безпосередньо після установки дентальних внутрішньокісткових імплантатів відноситься різкий дефіцит sIgA в змішаній слині (більш, ніж в 3 рази). Розвитку дентального періімплантиту сприяє поява в періімплантній зоні основних видів пародонтопатогенних бактерій, виражене підвищення вмісту ІЛ-1 β в нестимульований слині, посилення процесів радикального окислення ліпідів і розбалансованість процесів кісткового ремоделювання.

4. Запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів, забезпечував стабільність стану тканин періімплантної області і надійну остеointegraцію імплантатів протягом року і більше у 100% випадків.

5. Показники місцевого гуморального імунітету і цитокинового профілю доцільно використовувати в якості додаткових критеріїв для оцінки клінічного прояву, що до виникнення ранніх запальних ускладнень в періімплантній зоні і в плані прогнозу пізнього післяопераційного періоду.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Запропонований комплекс реабілітаційних заходів рекомендований до використання при підготовці до проведення дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит.

2. Передопераційна підготовка до операції дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит повинна включати:

- поетапне здійснення гігієнічних заходів;
- використання антиоксидантного препарату "Мексидол" перорально в дозуванні 0,125 г тричі на день, курсом 2 тижні;
- застосування імуномодуючого препарату - інтерлейкіну-2 людини рекомбінантного («Ронколейкін»), підшкірно по 0,5 мг (500 000 МО) 1 раз на добу, три введення з інтервалом 1 - 3 дні;
- використання фотодинамічної терапії системою HELBO 1 раз на добу, 5 процедур - для ліквідації умовно-патогенної та патогенної мікрофлори пародонтальних кишень як альтернативну антибактеріальну терапію.

3. Критерієм ефективності проведеної комплексної підготовки слід вважати ліквідацію інфекційно-запального процесу в тканинах пародонту, тривале купування суб'єктивних і об'єктивних симптомів захворювання, а також стійку нормалізацію показників місцевого імунітету і радикального окислення ліпідів.

4. По завершенні підготовчого комплексного курсу лікування здійснюють операцію дентальної імплантації, згідно з протоколом виробника.

Контроль ефективності реабілітації здійснюють шляхом клінічного і рентгенографічного моніторингу через 3, 6 і 12 місяців.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Гударьян А.А. Значение нарушений свободно-радикальных процессов и разбалансировка функций цитокиновой системы в развитии периимплантитов различной активности /А.А. Гударьян, И.А. Самойленко // Медичні перспективи. – 2012. – Т.17.– №1. – С. 105-109. *(Особистий внесок – проведено клініко–лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

2. Гударьян А.А. Роль нарушений функций цитокиновой и иммунной систем в патогенезе периимплантита / А.А. Гударьян, И.А. Самойленко // Вісник стоматології. – 2012. –Т.18. – №4. – С. 63-67. *(Особистий внесок – проведено клініко–лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

3. Мащенко И.С. Клинико-иммунологический мониторинг в раннем и отсроченом послеоперационном периоде после внутрикостной дентальной имплантации /И.С. Мащенко, А.А. Гударьян, Е.А. Катан, И.А. Самойленко // Вісник стоматології. – 2013. – №1.– С. 55-61. *(Особистий внесок – проведено клініко–лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

4. Мащенко И.С. Клинико-иммунологический мониторинг в послеоперационном периоде у больных после внутрикостной дентальной имплантации / И.С. Мащенко, И.А. Самойленко // Медичні перспективи. – 2013. – Т. 18. – №4. – С.13-19. *(Особистий внесок – проведено клініко–лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

5. Самойленко И.А. Повышение эффективности реабилитационных мероприятий у больных хроническим генерализованным пародонтитом, отобранных к внутрикостной имплантации / И.А. Самойленко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т.2. –№2.– С. 130-133.

6. Samoilenko I.A. Improvement of rehabilitation measures at patients with chronic generalized periodontitis during the implantological treatment / I.A. Samoilenko // Український медичний альманах. – 2014. – Т. 17. – №2. –С. 15-17. *(Особистий внесок – проведено клініко–лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

7. Гударьян А.А. Особенности дооперационной подготовки к дентальной имплантации больных с генерализованным пародонтитом / А.А. Гударьян, И.А. Самойленко // J. СМК Kazakxstan. – 2015. – Т.37. – №3. – С.19-25. *(Особистий внесок – проведено клініко–лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

8. Самойленко И.А. Иммунологические критерии эффективности внутрикостной дентальной имплантации у больных хроническим генерализованным пародонтитом в стадии ремиссии / И.А. Самойленко // Современная стоматология. – 2016. – №1. – С. 43-45.

9. Гударьян А.А. Реабилитационные мероприятия у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в ходе имплантологического лечения / А.А. Гударьян, И.А. Самойленко // Российско-китайский научный журнал «Содружество». – 2016. – № 5(5). – С. 5-7. *(Особистий внесок – проведено клініко-лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, робота написана та підготовлена до друку).*

10. Пат. України на корисну модель №103030, МПК А61К 6/00. Спосіб лікування хронічного генералізованого пародонтиту у хворих які підлягають дентальній імплантації / І.С. Мащенко, О.О. Гударьян, Н.Г. Ідашкіна, І.А. Самойленко. – № U201506351; заяв. 26.06.15, опубл. 25.11.2015, Бюл. №22. *(Особистий внесок – проведено клініко-лабораторне обстеження контингенту хворих, аналіз отриманих даних, оформлення патенту).*

11. Самойленко И.А. Предоперационная подготовка больных с генерализованным пародонтитом к дентальной имплантации / И.А. Самойленко // Вісник стоматології. – 2014. – №3. – С. 63-65.

12. Самойленко И.А. Клініко-лабораторне обґрунтування застосування антиоксидантного засобу нейроксона в комплексному лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту / І.А. Самойленко // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: матеріали наук. праць міжнародної науково-практичної конф. – Львів, 2014. – С. 39-41.

13. Самойленко И.А. Патогенетическая роль нарушения местного иммунитета и ПОЛ-АОЗ в развитии воспалительных и воспалительно-деструктивных осложнений при внутрикостной дентальной имплантации / И.А. Самойленко // Пріорітети сучасної медицини: теорія і практика: матеріали наук. праць міжнародної науково-практичної конф. – Одеса, 2014. – С. 99-104.

АНОТАЦІЯ

Самойленко І.А. Реабілітаційні заходи, тактика антиоксидантної і імунорегуючої терапії при дентальній імплантації у хворих на генералізований пародонтит. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія. – Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, Полтава, 2016.

Дисертація присвячена питанням підвищення ефективності предопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит до дентальної імплантації із застосуванням фотодинамічної терапії – імунокоректора «Ронколейкін» та антиоксидантного препарату «Мексидол».

Результати клінічних, мікробіологічних, імунобіологічних та біологічних даних групуються на дослідженні 63 хворих на генералізований

пародонтит без соматичної патології, яким проводилась передопераційна підготовка до дентальної імплантації.

Клініко-лабораторна апробація способів комбінованої реабілітації хворих на генералізований пародонтит проведена в обох групах: основній і групі порівняння. В основній групі (у 32 пацієнтів) передопераційна підготовка здійснювалася за розробленою методикою з використанням фотодинамічної HELBO терапії, імуномодулятора ІЛ-2 рекомбінантного («Ронколейкін») і антиоксиданту «Мексидол». У контрольній групі (у 31 пацієнта) передопераційна підготовка проходила за традиційним загальноприйнятим протоколом. Розроблений і апробований комбінований спосіб підготовки до дентальної імплантації хворих на генералізований пародонтит у клінічних дослідженнях показав перевагу над існуючим традиційним за рахунок оптимізації санації тканин пародонту, а також корекції імунологічних та біохімічних порушень виявлених у таких хворих.

Проведений порівняльний аналіз результатів внутрішньокісткової дентальної імплантації в досліджуваних групах, вказував на більш низьку кількість ранніх і відстрочених ускладнень, їх сприятливий нетривалий перебіг у осіб основної групи.

Ключові слова: дентальна імплантація, генералізований пародонтит, фотодинамічна терапія, імунокоректори, антиоксидантні засоби.

АННОТАЦІЯ

Самойленко І.А. Реабилитационные мероприятия, тактика антиоксидантной и иммунокорректирующей терапии при дентальной имплантации у больных генерализованным пародонтитом. - На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология. – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» МЗ Украины, Полтава, 2016.

Диссертация посвящена вопросам повышения эффективности предоперационной подготовки больных генерализованным пародонтитом к дентальной имплантации с применением фотодинамической терапии, иммунокорректора «Ронколейкин» и антиоксидантного препарата «Мексидол».

Результаты клинических, микробиологических, иммунобиологических и биохимических данных основывались на исследовании 63 больных генерализованным пародонтитом без соматической патологии, которым проводилась предоперационная подготовка к дентальной имплантации в последующем.

Разработанная и внедренная в клиническую практику схема медикаментозной реабилитации больных генерализованным пародонтитом, которая предусматривает использование фотодинамической антибактериальной терапии, иммунокорректора нового поколения ИЛ-2

рекомбинантного «Ронколейкин» в комбинации с антиоксидантом «Мексидол».

Полученные в ходе выполнения настоящей работы клинико-лабораторные данные свидетельствуют, что более быстрый (на 5-6 дней) и более полный регресс основных клинических симптомов генерализованного пародонтита достигался под воздействием разработанного нами комплекса реабилитационных мероприятий (в 93,8% случаев, против 77,4% у пациентов, лечение которых осуществлялось общепринятым методом).

Клинические результаты лечения, полученные при его применении, подтверждаются и более позитивной, чем при традиционном лечении, динамикой со стороны параклинических показателей (индексов кровоточивости и гигиены, пародонтального индекса), а в отдаленные сроки наблюдений и длительно наступившей клинико-рентгенологической ремиссией заболевания (у 93,8% случаев).

В ходе выполнения настоящей работы был разработан высокоэффективный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития воспалительно-деструктивных осложнений в отдаленном периоде после дентальной имплантации.

Предлагаемый впервые комплекс реабилитационных мероприятий у больных генерализованным пародонтитом способствовал не только более полной и в короткие сроки ликвидации инфекционно-воспалительного процесса в пародонте, и элиминации вирулентных микроорганизмов в пародонтальной экониче, но и в большей степени полноценному устранению местного иммунодефицита, дисбаланса в функционировании цитокиновой и антиоксидантной систем, чем традиционный метод комплексной терапии заболевания.

Показано, что полноценная предоперационная подготовка больных генерализованным пародонтитом способствует профилактике воспалительно-инфекционных осложнений в ближайшем и отсроченном периоде после дентальной имплантации.

Ключевые слова: дентальная имплантация, генерализованный пародонтит, фотодинамическая терапия, иммунокорректоры, антиоксидантные средства.

ANNOTATION

Samoilenko I.A. Rehabilitation actions, tactics immunotherapy and antioxidant therapy in dental implantation in patients with generalized periodontitis. - The manuscript.

Thesis for scientific degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.22 - dentistry. – Higher educational establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy" MoH of Ukraine, Poltava, 2016.

The thesis is devoted to improving the effectiveness of preoperative preparation of patients with generalized periodontitis to the dental implantation

therapy with using photodynamic therapy, immunomodulators "Ronkoleykin" and antioxidant drug "Meksidol."

The results of the clinical, microbiological, immunological and biological data are grouped in the study 63 patients with generalized periodontitis without somatic pathology who underwent preoperative preparation for dental implants. Clinical laboratory testing methods combined rehabilitation of patients with generalized periodontitis conducted in two groups: the main and the comparison group. In the study, group (32 patients) preoperative preparation was carried out using a method developed HELBO photodynamic therapy, immunomodulator recombinant IL-2 ("Ronkoleykin") and antioxidant "Meksydol." In the control group (31 patients), preoperative preparation generally held the traditional protocol.

Designed and tested a combined method of preparation for dental implant patients with generalized periodontitis in clinical trials showed an advantage over existing traditional reorganization by optimizing the periodontal tissues and correction of immunological and biochemical disorders found in these patients. The comparative analysis of intraosseous dental implants in the study group pointed to a lower number of early and delayed complications of favorable short course that in same group.

The keywords: dental implantation, generalized periodontitis, photodynamic therapy, immunocorrectors, antioxidant agents.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ІК – індекс кровоточивості
- ІГ – індекс гігієни
- ФНП – фактор некрозу пухлин
- Іg – імуноглобуліни
- ІЛ - інтерлейкіни