

М. С. Дрогомирецька, О. В. Дєньга

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ОСТЕОСКЛЕРОЗУ І ОСТЕОПЕНІЇ

Одеський державний медичний університет

Популярність дорослої ортодонції останніми роками зростає завдяки більш свідомому ставленню суспільства до свого здоров'я. Красиві, рівні, здорові зуби — це елемент культури сучасної людини [1].

За ортодонтичною допомогою звертаються пацієнти з різними ортодонтичними проблемами, у тому числі із захворюваннями пародонта. За даними ВООЗ [2], більше 80 % населення середнього та старшого віку уражені захворюваннями пародонта, причому непомітний і безсимптоматичний перебіг початкових проявів патології часто призводить до того, що пацієнти звертаються до лікарів з розвиненою стадією, з яскраво вираженими ознаками захворювання. Необхідно врахувати, що з віком у людини збільшується кількість хвороб, які належать як до запальних, так і до метаболічних, що, безумовно, позначається на перебігу пародонтиту і процесах моделювання при ортодонтичному лікуванні. Так, і гіпоестрогенія, й ішемічна хвороба серця (ІХС) порушують функціонування прооксидантно-антиоксидантної системи і створюють умови для більш агресивного клінічного перебігу захворювань пародонта. Захворювання серцево-судинної системи супроводжуються судинними розладами, сприяючими виникненню хронічного генералізованого пародонтиту і супроводжуються дисліпідемією з наявністю атеросклеротичної бляшки [3].

Постменопаузальний остеопороз становить, за даними літератури, близько 85 % у структурі первинного остеопорозу й уражує 25–40 % жінок у мено-

паузі. Прискорена втрата кісткової маси, пов'язана зі зниженням продукції естрадіолу регулюючого ремоделювання кістки, виявлена і через 3 роки після менопаузи [4; 5].

Саме тому метою дослідження було експериментальне та клініко-лабораторне обґрунтування концепції підвищення ефективності лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) у дорослих при пародонтиті на фоні атеросклерозу та гіпоестрогенії, за рахунок комплексу препаратів і фізичних факторів впливу, регулюючих обмінні процеси, адаптаційно-компенсаторні та функціональні реакції в організмі та в порожнині рота.

Матеріали та методи дослідження

У клінічних і клініко-лабораторних дослідженнях брав участь 91 відібраний пацієнт 40–60 років — 45 чоловіків і 46 жінок. Усі відібрані пацієнти характеризувались наявністю

ЗЩА, пародонтиту на фоні атеросклерозу (чоловіки) або гіпоестрогенії (жінки). І чоловіки, і жінки були розподілені на 4 групи: порівняння (чоловіки — 20, жінки — 21) та основні (чоловіки — 25, жінки — 25). Пацієнти груп порівняння отримували перед фіксацією брекетів тільки базову терапію — зняття відкладень, терапевтичну санацию, професійну гігієну. Пацієнти основних груп чоловіків і жінок, крім базової терапії, отримували додатково комплексну терапію за схемою, наведеною в табл. 1.

У всіх пацієнтів на різних етапах ортодонтичного лікування проводилася клінічна оцінка стану гігієни порожнини рота, стану тканин пародонта і рухомості зубів (періотест).

Результати дослідження та їх обговорення

У табл. 2 наведені гігієнічні та пародонтальні індекси пацієнтів, які надійшли для ліку-

Таблиця 1

Схема комплексної терапії при ортодонтичному лікуванні дорослих пацієнтів за наявності пародонтиту, n=25

Терміни	Вид терапії
Чоловіки	
1. До фіксації брекетів	Базова терапія
2. За 2 тиж. до і 2 тиж. після фіксації	<i>per os</i> : 1%-й розчин гумінату, Кудесан (Q10)
3. За 2 тиж. після фіксації	Постійний електричний струм фізіологічної величини (ПЕСФВ) за допомогою електрофоретичної щітки протягом 2 тиж. 7 сеансів по 10 хв через день
4. Через 3 міс. після фіксації протягом 1 міс.	<i>per os</i> : Есенціале, Епадол, Терафлекс
5. 3 міс. перерви	—
6. Через кожні 3 міс.	<i>per os</i> : Есенціале, Епадол, Терафлекс



Терміни	Вид терапії
Жінки	
1. До фіксації брекетів	Базова терапія
2. За 1 місяць до фіксації брекетів і протягом 1 міс.	<i>per os</i> : 1%-й розчин гумінату, Кудесан (Q10), Ексо, Есенціале, CaD ₃ — Нікомед
3. Через 3 міс. після фіксації протягом 1 міс.	<i>per os</i> : Терафлекс, Ексо, Есенціале, CaD ₃ — Нікомед
4. 3 міс. перерви	—
5. Через кожні 3 міс.	<i>per os</i> : Терафлекс, Ексо, Есенціале, CaD ₃ — Нікомед

вання ЗЩА, у вихідному стані.

У всіх відібраних жінок була гіпоестрогенія на фоні клімаксу

Таблиця 2

Стоматологічний статус у пацієнтів 40–60 років, які надійшли для лікування зубоцелєпних аномалій з II–III ступенем пародонтиту

Показник	Значення
ЗЩА	
Поширеність ЗЩА	100 %
Аномалії окремих зубів	42 %
Аномалії зубних рядів:	53 %
треми, діастеми	18 %
скупченість	37 %
звуження	37 %
Аномалії прикусу:	16 %
дистальний	2,6 %
глибокий	8,1 %
косий	5,3 %
Карієс	
Поширеність карієсу	99,12 %
КПВз	13,3
Гігієна	
Індекси, бали:	
Грін — Вермільона	3,01
Зубний наліт	1,69
Зубний камінь	1,32
Тканини пародонта	
РМА, %	53,2 %
РМА середнє, бали	1,52
Індекс кровоточивості, бали	1,51
Глибина пародонтальних кишень, мм	2,9
Ступінь рухомості зубів (періотест)	0,49

(не менш 3 років). Вони знаходилися під наглядом у гінеколога і проходили періодичні курси лікування за протоколом.

У всіх чоловіків, які перебували на ортодонтотичному лікуванні, хронічний генералізований пародонтит перебігав на фоні ІХС, атеросклерозу. Вони знаходилися під спостереженням у терапевта, отримуючи періодичні курси лікування за протоколом.

Усіх пацієнтів навчали гігієни порожнини рота, призначали індивідуально гігієнічні засоби.

Після проведення професійної гігієни та базової терапії всім пацієнтам і курсу лікувально-профілактичних заходів пацієнтам основних підгруп гігієнічний стан ротової порожнини значно покращився в усіх підгрупах (від 9,4 до 56,05 %) (табл. 3).

Визначення гігієнічного індексу через 1 міс. після фіксації ортодонтотичних апаратів засвідчило погіршення показників гігієнічного стану ротової порожнини у всіх пацієнтів. У пацієнтів основних підгруп, яким призначалися лікувально-профілактичні комплекси, підвищення значень індексу гігієни було дещо меншим порівняно з групами контролю — на 0,42 та 0,45 бала.

Перевірка гігієнічного стану порожнини рота через 3 міс. після початку ортодонтотичного лікування показала, що у пацієнтів підгруп порівняння відмічається погіршення індексу гігієни — порівняно з вихідними даними він зріс на 14,5 % у чоловіків і на 21,4 % у жінок. У пацієнтів основних підгруп, яким назначали курс лікувально-профілактичних заходів, гігієнічні показники були кращими, ніж до першого визначення, на 0,14 та 0,24 бала відповідно.

Визначення стану гігієни порожнини рота у пацієнтів обох груп через 6 міс. після фіксації брекетів і після місячного застосування адаптогенів і лікувального комплексу пацієнтам основних підгруп показало, що у підгрупах порівняння значення гігієнічного індексу практично не змінилися порівняно з попередніми значеннями. У пацієнтів основних підгруп гігієни

Таблиця 3

Стан гігієни порожнини рота у пацієнтів у динаміці ортодонтотичного лікування за індексом Грін — Вермільона, бали

Терміни обстеження	Чоловіки		Жінки	
	Група порівняння, n=20	Основна група, n=25	Група порівняння, n=21	Основна група, n=25
Вихідний стан	2,39	3,24	2,8	3,01
Перед фіксацією	2,75	1,76	2,56	1,63
Через 1 міс. після фіксації	3,43	2,52	3,24	2,39
Через 3 міс. після фіксації	3,5	2,55	3,31	2,42
Через 6 міс. після фіксації	3,71	1,49	3,52	0,93
Через 12 міс. після фіксації	3,87	1,81	3,68	1,25



нічний стан дещо покращився, причому у підгрупі жінок вплив запропонованого комплексу був більш виразним.

Через 12 міс. після фіксації брекетів визначення гігієнічного стану показало стабільність гігієнічних індексів у пацієнтів усіх груп. Найкращий стан гігієни порожнини рота був у жінок, яким, окрім ортодонтчного лікування, призначався лікувально-профілактичний комплекс. У жінок і чоловіків підгрупи порівняння гігієнічні показники протягом усіх контрольних визначень були приблизно на одному рівні з показниками, які були у пацієнтів після 6 міс. ортодонтчного лікування.

Стан тканин пародонта (табл. 4) за індексом РМА (%) Рамта визначався у ті самі терміни, що і гігієнічний стан порожнини рота.

При первинному обстеженні було виявлено запалення ясен. Після проведеного лікування відмічалось зменшення проявів запальних процесів у тканинах пародонта — у групі порівняння у чоловіків індекс РМА зменшився на 5 %, а в основній групі — на 25 %.

У підгрупі порівняння у жінок обстеження через 1, 3, 6 і 12 міс. після фіксації брекетів показало погіршення ступеня й інтенсивності запального процесу в тканинах пародонта. Так, через

місяць після початку ортодонтчного лікування РМА зростає з 49,84 до 55,35 %.

В основній підгрупі жінок, яким призначався розроблений комплекс, до початку і в процесі ортодонтчного лікування, через місяць після фіксації брекетів показники запалення пародонта змінилися — ступінь запалення погіршився порівняно з попередніми обстеженнями (РМА — 46,1 %). Обстеження через 6 міс. показало незначне зниження РМА до 36,62 % і деяке підвищення при обстеженні через 12 міс. (РМА = 38,30 %).

Таким чином, аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що фіксація брекетів і подальше ортодонтчне лікування негативно впливає на гігієнічний стан ротової порожнини, особливо протягом першого місяця, що може посилювати запалення в тканинах пародонта, і що призначення комплексу з адаптогенами й іншими препаратами має високий профілактичний ефект.

Аналіз даних періотесту свідчить про те, що у 40–60-літньому віці у чоловіків рухомість центральних різців у вихідному стані була вірогідно нижчою, ніж у жінок відповідного віку. У результаті поперед-

ньої терапії, яка проводилася до фіксації брекетів, із використанням адаптогенів, антиоксидантів, а у жінок додатково естрогенів і препаратів кальцію, показники періотесту невірогідно збільшилися у чоловіків і зменшилися у жінок. Після фіксації брекетів в основних групах і групах порівняння у чоловіків і жінок почалося зростання рухомості центральних різців. Причому у чоловіків основної групи, які після фіксації брекетів одержували постійний електричний струм фізіологічної величини (ПЕСФВ) для прискорення процесів резорбції кісткової тканини на початкових етапах переміщення коренів зубів, показники періотесту збільшилися через 1 міс. у 3,5 рази (у групі порівняння удвічі), а у жінок у 1,37 разу (у групі порівняння у 1,12 разу). Через 4,5 міс. після фіксації ортодонтчного апарату в основних групах чоловіків і жінок, які отримували комплексну терапію, рухомість зубів досягла максимального значення. У той же час у групах порівняння, де отримували тільки базову терапію, показники періотесту досягли максимального значення лише через 6 міс. і були нижчими, ніж у основних групах. Подальший спад рухомості зубів пацієнтів у основних групах і групах порівняння відповідає загальноприйнятому погляду на процес переміщення зубів при ортодонтчному лікуванні за допомогою брекетів [6–9]. Але, як виявилось, процеси зростання і зменшення рухомості зубів під час ортодонтчного лікування, включаючи ретенційний період, у основних групах чоловіків і жінок, які отримували комплексну терапію, перебігають скоріше й інтенсивніше, що свідчить про прискорення у цьому разі й процесів резорбції, і процесів остеогенезу. При цьому показники періотесту в цих групах через 6 міс. ретенційного періоду не перевищували показників у вихід-

Зміни індексу РМА (%) у пацієнтів у динаміці ортодонтчного лікування

Таблиця 4

Терміни обстеження	Чоловіки		Жінки	
	Група порівняння, n=20	Основна група, n=25	Група порівняння, n=21	Основна група, n=25
Вихідний	52,79	54,98	52,43	54,60
Перед фіксацією	50,20	41,23	49,84	40,87
Через 1 міс. після фіксації	55,71	46,46	55,35	46,10
Через 3 міс. після фіксації	55,12	44,69	54,76	44,33
Через 6 міс. після фіксації	54,33	37,98	53,97	36,62
Через 12 міс. після фіксації	53,93	39,74	53,57	38,38



ному стані. Водночас у групах порівняння через 6 міс. ретенційного періоду рухомість зубів була вищою, ніж у вихідному стані.

Отримані результати наочно демонструють необхідність використання при ортодонтичному лікуванні ЗЩА на фоні пародонтиту у дорослих пацієнтів комплексної терапії, а також високу ефективність запропонованого терапевтичного комплексу, включаючи ПЕСФВ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Daniels A. S. Orthodontic treatment motivation and cooperation: a cross-sectional analysis of adolescent patients' and parents' responses / A. S. Daniels, J. D. Seacat, M. R. Inglehart

// Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. — 2009, Dec. — Vol. 136 (6). — P. 780-787.

2. Petersen P. E. Priorities for research for oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health Programme / P. E. Petersen // Community Dent Health. — 2005, Jun. — Vol. 22 (2). — P. 71-74.

3. Барна О. М. Патологічні та клінічні паралелі ІХС та остеопорозу / О. М. Барна, Н. І. Ярема, А. Я. Базилевич // Ліки України. — 2009. — № 3 (129). — С. 43-44.

4. Вишняк Г. Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) / Г. Н. Вишняк. — К., 1999. — 216 с.

5. Остеопороз. Эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под. ред. Н. А. Коржа, В. В. Поварознюк, Н. В. Дедуха, И. А. Зупанца. — Х. : Золотые страницы, 2002. — 354 с.

6. Нестеренко О. М. Оцінка перебудови кісткової тканини щелеп у дорослих пацієнтів у ретенційному періоді ортодонтичного лікування : дис. ... канд. мед. наук / Нестеренко О. М. — Полтава, 2008. — 160 с.

7. Панкратова Н. В. Состояние пародонта зубов в процессе лечения их скученного положения / Н. В. Панкратова, А. Б. Слабковская // Современная стоматология. — Режим доступа к статье : http://www.dental.ru/for_prof/orthod/index.htm

8. Панкратова Н. В. Отдаленные результаты ортодонтического лечения скученного положения передних зубов / Н. В. Панкратова, А. Б. Слабковская // Современная стоматология. — 2000. — Т. 12, № 4. — С. 36-38.

9. Наумович С. А. Биомеханика системы зуб-пародонт / С. А. Наумович, А. Е. Крушевский. — Минск, 2000. — С. 4-18.

УДК 517.122:616.346.2-002

Ю. І. Ткач, Н. О. Замкова

ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЙ ДЕЯКИХ ГОСТРОФАЗНИХ ПРОТЕЇНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ З ГОСТРИМ ФЛЕГМОНОЗНИМ АПЕНДИЦИТОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Труднощі діагностики гострого апендициту, які виникають у лікарів загальної практики, призводять до несвоєчасності надання медичної допомоги у 50 % випадків, і хоча у хірургів ця складність виникає у 15–18 % пацієнтів [1], але це все ж вказує на актуальність діагностичної проблеми. У зв'язку з цим важливий пошук чутливих лабораторних показників при апендициті. При гострому деструктивному апендициті у дітей 3–15 років виявлено зростання концентрацій у крові α_1 -антитрипсину у 1,12–2,00 разу, фібриногену — у 1,17 разу (та незмінність α_2 -макроглобуліну) [2]. Але опублікованих даних про вивчення концентрацій інших гострофазних білків при гострому апендициті

у людей різного віку серед доступних джерел інформації ми не виявили.

Метою роботи було визначення концентрацій високочутливого С-реактивного білка (HsCRP), α_1 -антитрипсину, гаптоглобіну і церулоплазміну у сироватці крові хворих різного віку з гострим флегмонозним апендицитом і порівняння їх із даними у здорових.

Матеріали та методи дослідження

Лабораторне дослідження перед апендектомією проведено у 50 жінок і чоловіків віком від 13 до 70 років із гострим флегмонозним апендицитом і у 54 здорових осіб (17–55 років). Загальні групи хворих і здорових були розподілені по 5

підгруп (до 20 років, 21–30, 31–40, 41–50, 51 і більше років). У сироватці крові визначали концентрації α_1 -антитрипсину, HsCRP, гаптоглобіну і церулоплазміну імунотурбідиметричними методами [3] з використанням комплектів реактивів за інструкціями фірми-виробника "CORMAY" та біохімічного аналізатора "HITACHI 912", які сертифіковані в Україні. Результати обчислювали статистично з допомогою комп'ютера при використанні стандартних програм за критеріями Стьюдента і Вілкоксона — Манна — Уїтні [4].

Результати дослідження та їх обговорення

У чотирьох вікових групах від наймолодших до найстар-

