

ясна блідо-рожевого кольору, щільно прилягають до шийок зубів. Лабораторні дослідження: рівень кальцію у ротовій рідині: ОГ - $1,05 \pm 0,2$ ммоль/л, КГ - $1,5 \pm 0,26$, фосфору ОГ - $3,9 \pm 0,36$ ммоль/л та КГ - $3,17 \pm 0,37$, вміст лізоциму ОГ - $39,42 \pm 0,34$ та КГ - $33,15 \pm 0,37$ мг/л. Показники в ОГ свідчать про нормалізацію регенераторно-репаративних процесів в тканинах пародонту та підвищення неспецифічних факторів їх резистентності. В КГ вони покращилися, але статистичної значимості з показниками до лікування не було встановлено, крім того спостерігалось появлення гіпертрофії окремих ділянок ясен.

Показання до застосування: хронічний генералізований пародонтит з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом на тлі ЦД 2 типу.

Протипоказання до застосування: підвищена чутливість до складових препаратів.

Висновок: Ефективний результат лікування хворих на генералізований пародонтит з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом на тлі ЦД 2 типу досягається за рахунок раціонального підходу щодо антибактеріальної терапії в комбінації з місцевим впливом полікрезуленової і гіалуронової кислот на пародонтальні тканини. Це приводить до нормалізації стану ясенного краю при генералізованому пародонтиті. Спосіб може бути рекомендований для використання в практиці терапевта-стоматолога в якості лікувального засобу у хворих на ЦД 2 типу.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Формування та впровадження сучасних наукових підходів до діагностики, лікування і профілактики стоматологічної патології у дітей і дорослих», № держреєстрації 0118U000939, термін виконання: 2018-2020).

За додатковою інформацією слід звертатися до авторів листа: Денисова О.Г., тел. +380677358918, Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 15 - 2021

Випуск з проблеми
«Стоматологія»

Підстава: рецензія експерта
МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:
СТОМАТОЛОГІЯ

СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З СИМПТОМАТИЧНИМ ГІПЕРТРОФІЧНИМ ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ОДЕСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

ДЕНИСОВА О.Г.
СТОЯН О.Ю.
ПЕРЕШИВАЙЛОВА І.О.
СОКОЛОВА І.І.
БІРЮКОВА М. М.
РОМАНОВА Ю.Г.

Суть впровадження: ефективний спосіб комбінованого лікування хронічного генералізованого пародонтиту з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом на тлі цукрового діабету (ЦД) 2 типу за допомогою препаратів з діючими речовинами доксицикліну, метронідазолу, флуконазолу, 25 % розчину сульфату магнію, 36 % розчину полікрезуленової кислоти, гелю на основі гіалуронової кислоти.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) стоматологічного профілю спосіб комбінованого лікування хронічного генералізованого пародонтиту з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом на тлі ЦД 2 типу.

Проблема хвороб пародонта з кожним роком швидко розповсюджується на тлі маніфестації системних патологій, що і визначає практичну значимість цього питання, особливо в осіб з ЦД 2 типу. Встановлено, що тривале, багаторазове, неконтрольоване використання сучасних антибактеріальних препаратів в комплексному лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту ускладнюється розвитком лікарської стійкості пародонтальних збудників, яка зустрічається у 10-15 % пацієнтів, що створює додаткові труднощі в здійсненні повноцінної комплексної терапії генералізованого пародонтиту, знижуючи ефективність, як місцевих, так і загальних лікувальних засобів. Симптоматичний гінгівіт при пародонтитах має перебіг у різних формах, зокрема гіпертрофічний. Вибір лікування цієї патології у хворих на ЦД 2 типу залежить від етіопатогенетичних передумов його формування. Ефективність базисної медикаментозної терапії ЦД 2 типу стає основою запобігання розвитку ускладнень захворювань пародонта.

Був розроблений спосіб комбінованого лікування хронічного генералізованого пародонтиту з симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом на тлі ЦД 2 типу, який виконують наступним чином: виявлення мікробного пейзажу пародонтальних карманів та визначення чутливості до антибіотиків, професійна гігієна порожнини рота, призначають препарати з діючими речовинами: доксициклін 100 мг 2 рази на день 5 діб, з шостої доби - 25 мг 2 рази на день 90 діб; метронідазол 0,25 по 2 таблетки 2 рази на день 5 діб; флуконазол 50 мг 1 раз на день 5 діб; введення 0,1-0,3 мл 25 % розчину сульфату магнію в три-чотири ясенних сосочки за один сеанс з інтервалом між ін'єкціями 1-2 дні курсом 4-8 діб; після покращення гігієнічного стану ротової порожнини - хірургічна

санация за показаннями та гінгівопластика, після операційного втручання ранову поверхню обробляють розчином 36 % полікрезуленової кислоти протягом 1-2 хвилин та ізолюють рану гелем на основі гіалуронової кислоти на 15-20 хвилин із наступним використанням в домашніх умовах 3-4 рази на день з подальшим контролем через 1, 9, 12 місяців після початку лікування.

Ефективність способу доведена клінічними дослідженнями.

Було обстежено 15 пацієнтів віком від 51 до 58 років із ЦД 2 типу, які перебували на диспансерному обліку в ендокринолога. Після стоматологічного обстеження пацієнти були розподілені на 2 групи: основна (ОГ) – 8 осіб і контрольна (КГ) – 7 осіб. У порожнині рота у пацієнтів обох груп спостерігалось: ясна набряклі, гіперемовані, при дотику кровоточать, гіпертрофія альвеолярних ясен та маргінального краю верхньої та нижньої щелеп у вигляді нерівної, бугристої поверхні, рухомість зубів II-III ступеня, пародонтальні кишені глибиною від 3 до 5 мм, з гнійними виділеннями. Значення гігієнічного індексу було: в ОГ - $2,51 \pm 0,16$, в КГ - $2,46 \pm 0,13$ і пародонтального індексу - $3,75 \pm 0,38$ і $3,71 \pm 0,41$ відповідно. Рентгенологічно визначалась нерівномірна деструкція кісткової тканини і міжзубних перетинок від $1/2$ до $2/3$ довжини коренів зубів, остеопороз кісткової тканини щелеп. Лабораторна діагностика: ОГ – рівень кальцію у ротовій рідині $1,55 \pm 0,25$ ммоль/л, фосфору $3,09 \pm 0,46$ ммоль/л, вміст лізоциму $32,42 \pm 0,33$ мг/л і КГ – $1,56 \pm 0,37$; $3,1 \pm 0,45$; $32,58 \pm 0,29$ відповідно (різниця між групами була статистично не значима).

Схема лікування КГ: професійна гігієни порожнини рота, препарати з діючими речовинами: доксициклін 100 мг 2 рази на день 5 діб, метронідазол 0,25 по 2 таблетки 2 рази на день 5 діб; флуконазол 50 мг 1 раз на день 5 діб; введення 0,1- 0,3 мл 25 % розчину сульфату магнію в ясенних сосочки так само як і в ОГ; після покращення гігієнічного стану ротової порожнини - хірургічна санация за показаннями та гінгівопластика.

Після 8 днів лікування розробленим методом відзначалась позитивна динаміка в перебігу захворювання в обох групах: гіперемія, набряк, кровоточивість ясен зменшилися. Пружність ясен зросла, виділення з пародонтальних кишень не спостерігалось. Покращився гігієнічний стан ротової порожнини (ОНІ-S: ОГ - $1,48 \pm 0,13$; КГ - $1,76 \pm 0,08$, РВІ: ОГ - $1,38 \pm 0,47$, КГ - $2,29 \pm 0,41$). При диспансерному огляді через 1 місяць хворі відмітили поліпшення стану ясен, припинення кровоточивості. При об'єктивному огляді: