

# ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ОБЩЕАДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Дзема́н Н.А., Лесну́хина А.Л., Н.И.Григ

**Резюме.** Одной из основных задач в клинике пародонтологии на текущий момент является внедрение в практику обязательного определения состояния резистентности и реактивности организма больного. Такой подход предоставит возможность полноценно использовать саногенетический потенциал общеадаптационных реакций организма в лечении генерализованного пародонтита. Применение в комплексном лечении генерализованного пародонтита эндогенного регенераторного биологического иммуномодулятора "Эрбисол" с метой коррекции ОАР организма обеспечивает решение этой задачи. Приведены результаты собственных наблюдений.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, общеадаптационные реакции организма, резистентность, реактивность, эрбисол, .

## EXPEDIENCY THE ORGANISM GENERAL ADAPTATION REACTIONS BREACHES CORRECTION IN THE COMPLEX GENERALISED PARODONTITIS TREATEMENT

N.A.Dzeman, A.L.Lesnuchina, N.I.Grig

**Summary.** One of the basic tasks in paradontology clinic at this moment is inculcation in the practice the compulsory organism status resistance and reactivity determination. Such approach does possible to use fully sanogenetic GAR potential of organism in generalised parodontitis treatment. Application of the endogenic regenerative biological immunomodulator "Erbisol" in the complex generalised parodontitis treatment with object of correction organism GAR ensures the solution of this task. It is also cited results of own observations.

**Key words:** generalised parodontitis, general adaptation reactions of organism, resistance, reactivity, **erbisol**.

## **ДОЦІЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ЗАГАЛЬНОАДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ В ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Дземан Н.А., Леснухіна Г.Л., Гріг Н.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,  
кафедра терапевтичної стоматології,  
зав. кафедрою – професор Борисенко А.В.

**Резюме.** Однією із сучасних задач клініки пародонтології є впровадження в практику обов'язкового визначення стану резистентності й реактивності організму хворого. Такий підхід надасть можливість повноцінно використовувати саногенетичний потенціал загальноадаптаційних реакцій організму в лікуванні генералізованого пародонтита. Застосування в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту ендogenous регенераторного біологічного імуномодулятора "Ербісол" з метою корекції загальноадаптаційних реакцій організму забезпечує вирішення цієї задачі. Наведено результати власних спостережень.

**Ключові слова:** генералізований пародонтит, загальноадаптивні реакції організму, резистентність, реактивність, ербісол.

Проблема захворювань пародонта на сьогоднішній день є найбільш актуальною для терапевтичної стоматології [8, 11]. Це викликано значною розповсюдженістю захворювань пародонта, яка досягає залежно від віку 85-95% [12, 15]. Епідеміологічні обстеження проведені в різних регіонах під егідою ВООЗ виявили розповсюдженість захворювань пародонта, яка коливається у межах від 30 до 97-98%, а в Україні відмічається помітна тенденція зростання частоти уражень пародонта, яка досягає 60-90% і, що особливо сумно, зростає розповсюдженість цих захворювань у дітей та підлітків [13,14]. З віком у структурі захворювань пародонта зростає відносна кількість дистрофічно-запальних процесів, особливо генералізованого

пародонтиту [10, 12, 13]. Прогресування цього захворювання призводить до повного руйнування всього комплексу тканин пародонта і втрати зубів вже у відносно молодому віці. Це створює значну соціальну проблему, оскільки у таких людей виникає цілий ряд порушень, пов'язаних з відсутністю зубів. Про значимість цієї проблеми може свідчити той факт, що навіть у роки значної (до 90-100%) розповсюдженості карієсу втрата зубів внаслідок захворювань пародонта перевищувала їх втрату внаслідок ускладнень карієсу в 4-10 разів (залежно від обстежуваного регіону) [7, 15].

Лікування цих розповсюджених захворювань є проблемою, оскільки вони потребують значної уваги лікаря та пацієнта. Лікування повинно бути комплексним і включати в себе медикаментозну терапію, ортопедичні, хірургічні, фізіотерапевтичні методи тощо [11, 21]. Воно потребує значної кількості відвідувань хворих, постійної уваги лікаря до них, на курс лікування за звичай потрібно 10-15 відвідувань. Необхідна диспансеризація таких хворих, оскільки курси лікування треба проводити (залежно від ступеню розвитку та характеру перебігу процесу) не менш, ніж 1-3 рази на рік. Проте, навіть таке комплексне лікування не завжди дає бажаний результат, оскільки на перебіг цих захворювань значний вплив має загальний стан організму. На думку Москаленка В.Ф. та Антоненко М.Ю. [18] в сучасних умовах система диспансеризації хворих із генералізованим пародонтитом потребує моделювання. Очевидно, при здійсненні диспансеризації доцільним було б ведення контролю динаміки загального стану організму таких пацієнтів. Враховуючи тісний взаємозв'язок між захворюваннями внутрішніх органів і систем та станом тканин пародонта, практично у кожного хворого розвиток ураження цих тканин має індивідуальний характер залежно від загального стану та реактивності організму [1, 2, 8, 16]. Як правило, окрім деструктивних змін у пародонті, при генералізованому пародонтиті відмічають широкий спектр порушень діяльності внутрішніх органів та систем організму [17, 21]. Враховуючи значний вплив на тканини пародонта захворювань внутрішніх органів, до

комплексного лікування генералізованого пародонтиту необхідно обов'язково включати засоби загального впливу на організм, що спрямовані на його всебічне оздоровлення. Серед засобів та методів лікування генералізованого пародонтиту найбільш ефективними є ті, яким властивий нормалізуючий вплив на різноманітні структурні та функціональні порушення тканин пародонта і організму в цілому [2, 7, 8]. Доведено, що визначення типів загальноадаптивних реакцій та їх корекція дає можливість керувати процесом лікування [20]. Останнім часом важливе значення в клінічній практиці надають формуванню процесів системного саногенезу шляхом застосування біокорекції – поєданого місцевого та загального гармонійного лікувального впливу [6]. У цьому відношенні увагу привертає вітчизняний ендогенний регенераторний біологічний імуномодулятор нового класу – ербісол [19].

Нами в попередніх роботах було показано, що загальноадаптивний синдром має визначальне значення в розвитку та становленні генералізованого пародонтиту [9]. Виходячи із вищезазначеного, ми поставили перед собою мету підвищити ефективність комплексного лікування генералізованого пародонтиту шляхом обґрунтування та розробки методики корекції порушень загальноадаптивних реакцій організму (ЗАР) за допомогою ендогенних регенераторних біологічних імуномодулюючих препаратів. Поставлена задача була реалізована у запропонованому способі лікування генералізованого пародонтиту – Патент України №15180А “Спосіб консервативного лікування генералізованого пародонтиту” та Патент України №15177 “Засіб для лікування пошкоджень слизової травного тракту” [3, 4]. Основною відмінністю запропонованого нами способу лікування генералізованого пародонтиту від відомих було застосування препарату ербісол з метою нормалізації місцевих та загальних адаптивно-компенсаторних механізмів.

Клініко-лабораторні дослідження були проведені на 74 хворих генералізованим пародонтитом віком 28 - 59 років (середній вік –  $43,4 \pm 1,8$

роки) та на групі із 37 хворих віком 26 - 55 років (середній вік –  $40,1 \pm 1,4$  роки), у яких крім генералізованого пародонтиту було виявлене фонове соматичне захворювання: виразкова хвороба ДПК. Її анамнез мав термін 3-5 років, розміри виразкового дефекту в цибулині ДПК на момент обстеження складали  $6,7 \pm 0,9$  мм.

У всіх хворих був детально вивчений стан тканин пародонта – ясен, пародонтальних кишень, періодонта, кістки альвеолярного відростка, твердих тканин зуба. Загальний стан організму оцінювали за допомогою анамнестичних даних, біохімічних показників і шляхом визначення ЗАР. При необхідності залучали лікарів-фахівців із суміжних спеціальностей: терапевта, невропатолога, ендокринолога, гінеколога. Пацієнтам із супутнім діагнозом виразкової хвороби ДПК в стаціонарних умовах терапевтичного відділення відповідними фахівцями були проведені фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС) за допомогою фіброскопа “Olimpus” з визначенням *Helicobacter pylori*-інфікованості та базальна топографічна рН-метрія по протягу шлунка за Чернобровим В.М. (1999) для визначення кислотопродукції [5]. При постановці діагнозу захворювання пародонта використовували класифікацію захворювань пародонта за М.Ф.Данилевським (1994). Обстежена група хворих знаходилась на диспансерному обліку при пародонтологічному відділенні кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Оцінку резистентності та реактивності організму хворих проводили на основі визначення типу ЗАР та рівня реактивності їх реалізації. Для цього використовували комп’ютерну програму “Визначення ЗАР (версія I)”, розроблену на основі методики аналізу показників лейкоцитарної формули за Л.Х. Гаркаві та співавт (1998) [6]. Стан ЗАР організму, дані клініко-лабораторного обстеження тканин пародонта, показники стану клітинного імунітету та біохімічних параметрів крові хворих на генералізований пародонтит порівнювали із такими у 30 здорових осіб. Методом випадкового відбору хворі на генералізований

пародонтит були розподілені на однотипні основну (із застосуванням біокорекції ербісолом) та контрольну (без застосування біокорекції ербісолом) групи - 77 та 34 пацієнти відповідно.

Застосування ербісолу за запропонованою методикою в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту забезпечує повноцінну та узгоджену нормалізацію резистентності та реактивності як тканин пародонта (див. рис.1 та рис.2, табл.1) так і організму в цілому, що підтверджується формуванням ЗАР із саногенетичним потенціалом у 84% пацієнтів. При терапії генералізованого пародонтиту без застосування біокорекції ербісолом, незважаючи на стабілізацію дистрофічно-запального процесу в пародонті, належної нормалізації резистентності та реактивності організму не відбувається, і ЗАР із патогенетичним потенціалом реєструються у 44% пацієнтів.

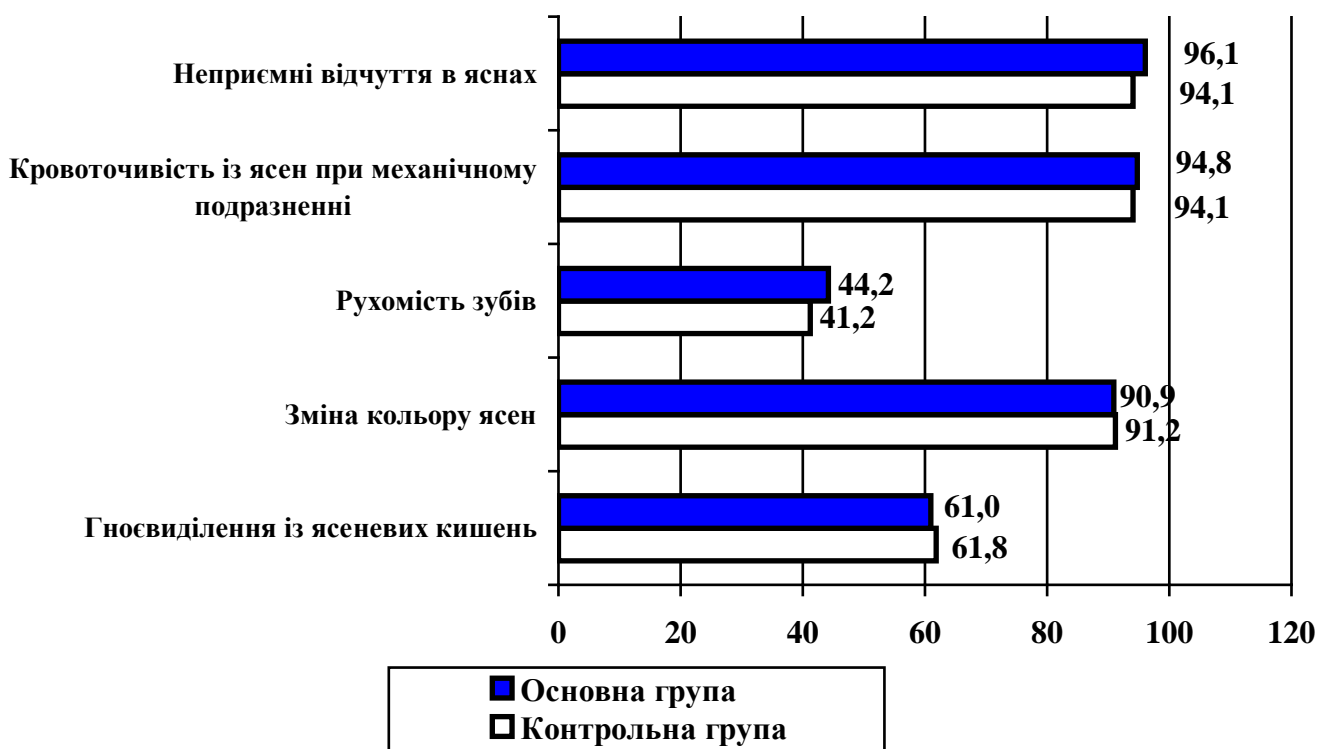


Рис.1 Основні клінічні симптоми у хворих основної та контрольної груп до лікування.

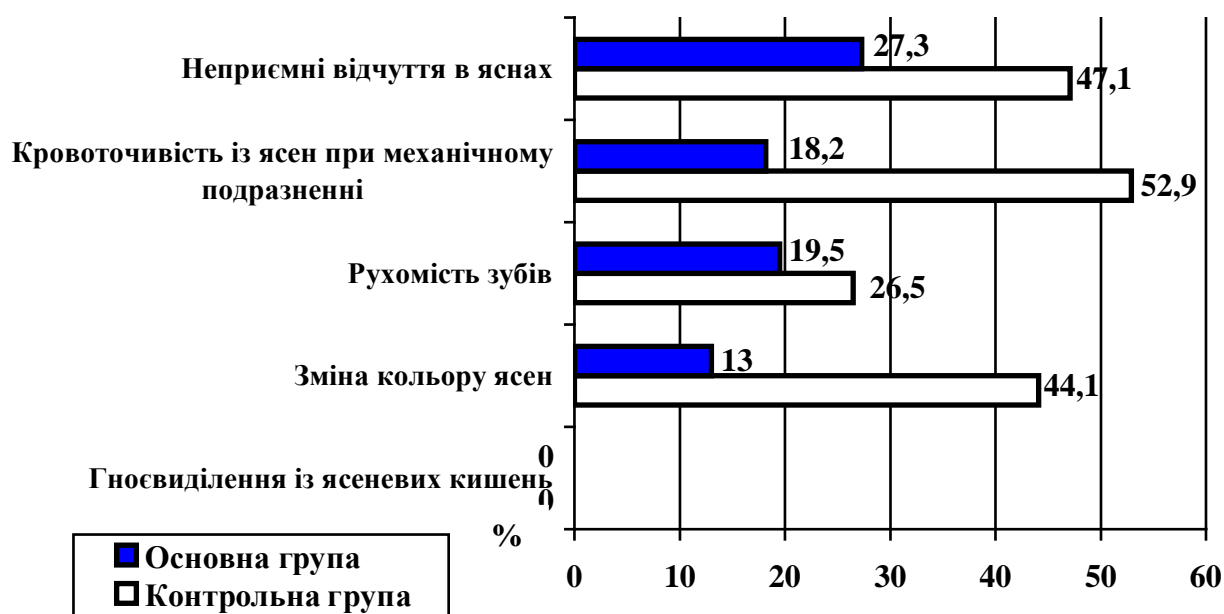


Рис. 2 Основні клінічні симптоми у хворих основної та контрольної груп після лікування.

Таблиця 1.  
ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ПАРОДОНТУ У ПАЦІЄНТІВ ОСНОВНОЇ ТА КОНТРОЛЬНОЇ ГРУПИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ (M $\pm$ m)

Клініко-лабораторні показники	Основна група n = 77			Контрольна група n = 34		
	До лікування	Після лікування	p <sub>1</sub>	До лікування	Після лікування	p <sub>1</sub>
Проба Шіллера-Писарева (бали)	2,41 ± 0,17	1,2 ± 0,16 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	2,39 ± 0,19	1,82 ± 0,18	<0,05
Кровоточивість (бали)	2,51 ± 0,21	0,5 ± 0,19 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	2,52 ± 0,22	1,3 ± 0,2	<0,05
Глибина пародонтальних кишень (мм)	2,17±0,26	1,1±0,25 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	2,0 ± 0,23	1,83 ± 0,22	<0,05
Індекс гігієни	2,5 ± 0,17	0,6±0,13 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	2,5 ± 0,19	1,1±0,16	<0,05

РМА (%)	60,18±2,41	26,74±1,99 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	59,53±2,65	34,85±1,7	<0,05
Пародонталь- ний індекс	2,14 ± 0,12	1,1±0,09 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	2,13 ±0,15	1,5 ±0,1	<0,05
Вакуумна проба за В.І.Кулажен- ком (с)	8,7 ± 0,5	48±1,7 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05	8,9 ± 0,6	40,1 ± 1,9	<0,05

Примітка: **p<sub>1</sub>** - показник достовірності відмінності даних у основній та контрольній групах до та після лікування;

**p<sub>2</sub>** – показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп після лікування.

При цьому, спектр потенціалів ЗАР організму у хворих на генералізований пародонтит основної та контрольної груп до лікування був співвідносним. Він в основній групі реалізувався наявністю у 7 пацієнтів (9%) гострого стресу, у 12 - хронічного (16%), у 34 - неповноцінних реакцій тренування та активації (44%), у 24 – повноцінними реакціями тренування та активації (31%). У хворих контрольної групи гострий стрес на цей період був встановлений у 3 пацієнтів (9%), хронічний – у 6 (18%), неповноцінні реакції активації та тренування - у 13 (38%), повноцінна активація та тренування – у 12 хворих (35%). Наприкінці лікування потенціал ЗАР організму пацієнтів, в лікуванні яких застосовувалась біокорекція ербісолом, здебільшого носив саногенетичний характер. Так, серед пацієнтів основної групи ЗАР різновиду стрес-реакції при другому обстеженні не було виявлено взагалі. У 12 хворих (16%) спектр ЗАР із патогенетичним потенціалом порівну складала неповноцінні реакції активації та тренування. У 2 хворих (6%) контрольної групи і на цей період була виявлена загальноадаптивна реакція хронічного стресу, у 1 (3%) — переактивація та у 12 (35%) — неповноцінні реакції тренування та активації низьких рівнів реактивності. Відповідно функціонування організму хворих на генералізований пародонтит після застосування в їх лікуванні біокорекції ербісолом в межах вищевказаних ЗАР здійснювалось у 12

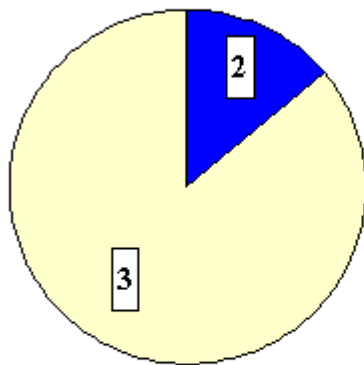


хворих (16%) на низьких, у 47 (61%) – на середніх і у 18 пацієнтів (23%) на високих рівнях реактивності. У пацієнтів контрольної групи організм наприкінці лікування знаходився на низьких рівнях у 15 хворих (44%), на середніх – у 12 (35%), на високих – у 7 хворих (21%).

Як свідчать віддалені результати, застосування у комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит біокорекції ербісолом дає можливість добитись стійкої нормалізації резистентності та реактивності організму шляхом формування стійких ЗАР організму із саногенетичним потенціалом. Про це свідчать результати порівняльного аналізу спектру ЗАР хворих на генералізований пародонтит через 6 місяців (див. рис. 3), через 12 місяців (див. рис 4) та через 18 місяців (див. рис 5).

Динаміка рівнів реактивності реалізації ЗАР у хворих основної та контрольної груп у віддалені терміни також суттєво відрізнялись. Так, через 6 місяців у 26 пацієнтів (37%) основної групи визначено високі рівні реактивності, у 35 хворих (49%) – середні рівні та у 10 (14%) – низькі рівні реактивності. В контрольній групі виявлено у 12 хворих (39%) середні рівні реактивності, у 6 (19%) – високі, у 13 (42%) – низькі рівні реактивності.

**Основна група**



**Контрольна група**

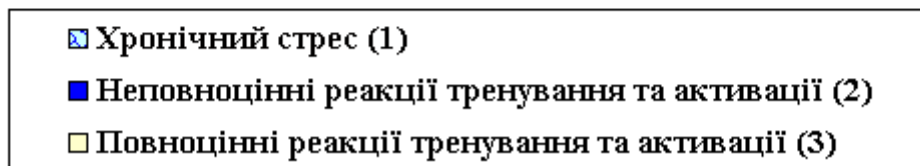
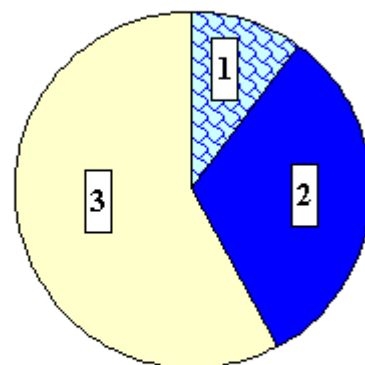
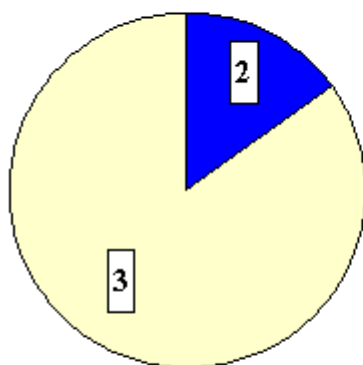


Рис. 3. Спектр ЗАР (в %) у хворих на генералізований пародонтит основної та контрольної групи на 6-му місяці спостереження.

**Основна група**



**Контрольна група**

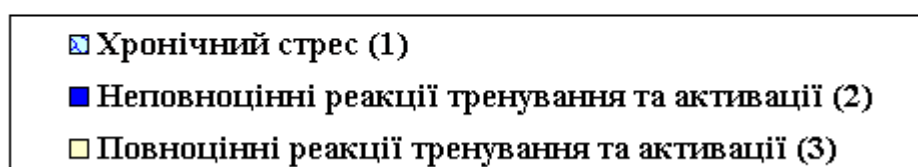
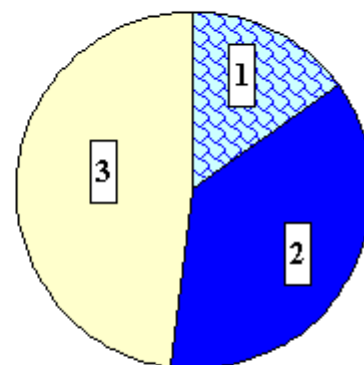


Рис. 4. Спектр ЗАР (в %) у хворих на генералізований пародонтит основної та контрольної групи на 12-му місяці спостереження.

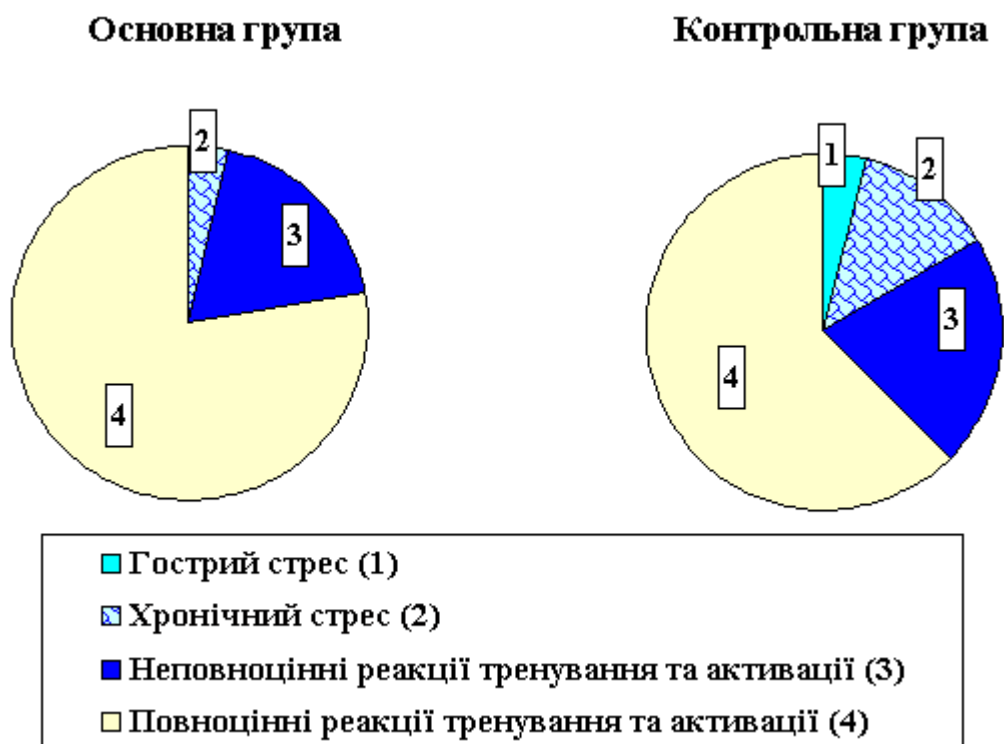


Рис. 5. Спектр ЗАР (в %) у хворих на генералізований пародонтит основної та контрольної групи на 18-му місяці спостереження.

Рівні реактивності реалізації ЗАР у хворих основної та контрольної груп через 12 місяців були наступними: у 22 пацієнтів (35,5%) основної групи виявлено високі рівні реактивності, у 31 хворих (50%) – середні рівні та у 9 (14,5%) – низькі рівні реактивності. У хворих контрольної групи виявлено у 10 (37%) – середні рівні реактивності, у 3 (11%) – високі та у 14 (52%) – низькі рівні реактивності. Рівні реактивності ЗАР у хворих основної та контрольної груп суттєво відрізнялись і через 18 місяців після лікування: у 4 пацієнтів (7,4%) основної групи виявлено високі рівні реактивності, у 38 хворих (70,4%) – середні рівні та у 12 (22,2%) – низькі рівні реактивності. У хворих контрольної групи виявлено у 10 пацієнтів (42%) середні рівні реактивності, у 1 (4%) – високі, у 13 (54%) – низькі рівні реактивності.

Такий спектр ЗАР організму після лікування з використанням ербісолу забезпечив стабільний стан пародонта через 6 місяців у 64 хворих (90,1%), через 12 місяців – у 50 пацієнтів (81%) та через 18 місяців – у 42 хворих (77,7%). Відповідно у контрольній групі задовільні результати лікування виявлені через 6 місяців у 24 хворих (77,4%), через 12 місяців – у 18 (66,6%) та через 18 місяців – у 15 обстежених пацієнтів(62,5%).

Вищевикладене дає можливість зробити наступні висновки.

1. У хворих на генералізований пародонтит дистрофічно-запальний процес в тканинах пародонта реалізується на фоні значних змін резистентності та реактивності як тканин пародонта, так і організму в цілому. При цьому, тип загальноадаптивної реакції організму визначає ефективність реалізації місцевих адаптивно-компенсаторних механізмів тканин пародонта. В період загострення генералізованого пародонтиту загальноадаптивні реакції організму із патогенетичним потенціалом реєструються у 69% пацієнтів. Для нормалізації компенсаторно-приспосувальних механізмів пародонта та формування ЗАР організму із саногенетичним потенціалом у хворих на генералізований пародонтит необхідно застосовувати біокорекцію.

2. Застосування в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту ендогенного регенераторного біологічного імуномодулятора "Ербісол" з метою корекції ЗАР організму хворих підвищує ефективність його терапії і забезпечує повноцінну та узгоджену нормалізацію резистентності та реактивності як тканин пародонта, так і організму в цілому, що підтверджується формуванням ЗАР із саногенетичним потенціалом у 84% пацієнтів і стабільним станом пародонта до 18 місяців у 77,7% пацієнтів.

3. При терапії генералізованого пародонтиту без застосування біокорекції, незважаючи на стабілізацію запально-дистрофічного процесу в пародонті, належної нормалізації резистентності та реактивності організму не відбувається, загальноадаптивні реакції із патогенетичним потенціалом реєструються у 44% пацієнтів, а стабільний стан пародонта до 18 місяців спостерігається у 62,5% пацієнтів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Безрукова И.В. Микробиологические и иммунологические аспекты этиопатогенеза быстро прогрессирующего пародонтита (обзор литературы) // Пародонтология. – 2000. – №3(17). – С. 3–8.
2. Белоклицкая Г.Ф. Клинические формы генерализованного пародонтита и их значение для его дифференцированной терапии // Вісник стоматології. – 1998. – №4. – С. 10–12.
3. Борисенко А.В., Дзедман Н.А., Мохорт В.В., Ніколаєнко О.М. Патент 15180 А Україна, МКІ А61К7/20. Спосіб консервативного лікування генералізованого пародонтиту. Заявк. 30.04.96; Опубл., 30.06.97; Бюл. № 3.
4. Богомаз В.І., Дзедман М.І., Свінцицький А.С., А.В., Дзедман Н.А., Миронюк І.Ф., Свєста Н.П. Патент 15177 Україна, МКІ А61 К 35/12, А61 К35/48. Засіб для лікування слизової травного тракту. Заявк. 14.06.95; Опубл., 30.08.99; Бюл. № 5.
5. Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: Практичне керівництво/ Під ред. В.М.Чернобрового. - Вінниця: “Логос”, -1999, - 80 с.
6. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. – М.: Имедис, 1998. – 656 с.

7. Данилевский Н.Ф. Задачи Ассоциации стоматологов Украины // Вісник стоматології. – 1997. – №1. – С. 5–7.
8. Терапевтична стоматологія: Том 3:Захворювання пародонта/За ред. проф. А.В.Борисенка – К.: «Медицина» 2008. – 575 с.
9. Дземан Н.А. Корекція порушень загальноадаптивних реакцій організму у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту // Дис. ... кан. мед. наук: 14.01.22. – Київ, 2005. – 129 с.
10. Дунязіна Т.М. Клініко-патогенетичне обґрунтування лікування хворих різних вікових груп з дистрофічно-запальними процесами у пародонті: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.22 / Укр.держ.мед.ун-т. – К., 1994. – 43 с.
11. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Медицинское информационное агенство, 1998. – 296 с.
12. Кон'юнктурний огляд стану стоматологічної допомоги в Україні в 1995–1996 роках / Р.Г. Синицін, Ю.М. Бахуринський, Л.А. Пашківська, Т.З. Карячка // Вісник стоматології. – 1997. – № 4 – С. 664–665.
13. Клешня Б.Б. Епідеміологічна оцінка запальних захворювань пародонту у населення, що проживає у великому місті з несприятливою екологічною ситуацією // Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції лікарів-стоматологів "Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування" (26–27 вересня 1996 року, Полтава). – Полтава, 1996. – С. 119.
14. Косенко В.М. Результати епідеміологічного обстеження мешканців Житомирської області. – Вісник стоматології. – 1997. – №3. – С. 470–471.
15. Косенко К.М., Бахуринський Ю.М., Пашківська Л.А. Всеукраїнська науково-практична конференція "Актуальні питання стоматології" // Вісник стоматології. – 1998. – №1. – С. 3–9.

16. Куцевляк В.Ф. Современные представления об этиологии и патогенезе болезней пародонта // Харьковский медицинский журнал. – 1995. – №3–4. – С. 49–52.
17. Лемецкая Т.И. Влияние сопутствующей соматической патологии на тяжесть деструктивных изменений в пародонте // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1997. – №2. – С. 26-28.
18. Москаленко В.Ф., Антоненко М.Ю. Основи моделювання системи диспансеризації хворих із генералізованим пародонтитом // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. – 2007. – №4. – С. 97-105.
19. Николаенко А.Н. Концептуальные подходы в разработке высокоэффективных лекарственных препаратов нового поколения класса “Эрбисол” // Фармакологічний вісник. – 1998. – №6. – С. 69–74.
20. Радченко О.М. Використання адаптаційних реакцій для визначення перебігу хронічної патології // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т. 1, № 1. – С. 211.
21. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Пародонтология. – 2003. – № 2 (27). – С. 19–24.