

ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ЖУК Дмитро Дмитрович

УДК 616-08:616.311.2-002:612.017.1

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО
ГІНГІВІТУ В ОСІБ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ
НЕСПЕЦИФІЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ**

14.01.22-стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Одеса - 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Інституті стоматології Академії медичних наук України.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, старший науковий співробітник
Деньга Оксана Василівна, Інститут стоматології АМН України,
завідувач відділенням стоматології дитячого віку та ортодонції

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор Куцевляк Валентина Федорівна,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
завідувач кафедрою терапевтичної та дитячої стоматології;
- доктор медичних наук, професор Борисенко Анатолій Васильович,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України,
завідувач кафедрою терапевтичної стоматології

Провідна установа:

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології

Захист відбудеться "16" травня 2005 року о 15.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.563.01 в Інституті стоматології АМН України за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Інституту стоматології АМН України (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11).

Автореферат розісланий "13" квітня 2005 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

Чумакова Ю.Г.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Патологія пародонту продовжує залишатися однією з найбільш складних проблем стоматології. Збільшується захворюваність пародонту у дітей, як і раніше залишається високою захворюваність у дорослих (за даними ВООЗ – до 90 % населення земної кулі) (Косенко К.Н., 1994; Канканян А.П., Леонтьев В.К., 1998; Деньга О.В., Иванов В.С., Гороховский В.Н. и др., 2003; Ainamo J., 1988).

Ймовірно, що погіршення екології та негативний вплив її на генетичні механізми, що забезпечують пародонтрезистентність, приводить до росту захворюваності і потребує зміни підходів до лікування (Логінова Н.К., Воложин А.И., 1993; Логінова Н.К., 1993; Мащенко И.С., 1996; Вишняк Г.Н., 1999; Борисенко А.В., 2000; Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А., 2004; Zhachek D., 1986; Linhe J., Nyman S., 1994; Buchmann R., 2002).

Аналіз клінічних і експериментальних даних свідчить про те, що найбільш частим захворюванням пародонту, особливо у дітей, є гінгівіт з перевагою хронічного катарального гінгівіту (80-85 % серед усіх захворювань пародонту) (Синицын Р.Г., 1961; Хоменко Л.А., 1998; Деньга О.В., 2001). Ряд авторів розглядає гінгівіт як предпародонтитний стан, тому що він може протікати як самостійно, так і як симптом пародонтиту (Колесова Н.А., 1985; Федоров Ю.А. с соавт., 1992; Белоклицкая Г.Ф., Пахомова В.А., 1994; Улащик В.С., Лукомский И.В., 1997; Иванов В.С., 1998; Беляев Е.М. и др., 2003; Michel H., 2002). Тому важливим завданням є своєчасне виявлення гінгівіту, особливо хронічних форм, що протікають, як правило, без симптомів, а також вибір правильного, патогенетично обґрунтованого лікування. У зв'язку з цим, обґрунтованим є пошук нових методів і засобів, застосування яких буде сприяти ефективній ліквідації запалення, нормалізації тканинного дихання, відновленню мікроциркуляції і підвищенню резистентності тканин пародонту, а також позитивному впливу на реактивність організму в цілому і, особливо, дитячого, сприяти стійким адаптаційним реакціям та стабільним результатам.

Зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану 3 науково-дослідних робіт Інституту стоматології АМН України:

– "Адаптаційно-трофічні системи організму в патогенезі і терапії основних стоматологічних захворювань" (№ ДР 0196U001807);

– "Вивчення епідеміології основних стоматологічних захворювань у дітей України у взаємозв'язку з біогеохімічними факторами оточуючого середовища" (№ ДР 0101U001324);

– "Удосконалити лікування та профілактику рецидивів захворювань тканин пародонту та карієсу зубів у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю" (№ ДР 0104U000866).

Здобувач був співвиконавцем окремих фрагментів вищезазначених тем.

Мета і завдання дослідження. Основна *мета* дослідження – підвищення ефективності лікування і зниження частоти рецидивів хронічного катарального гінгівіту в осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані наступні *завдання* дослідження:

1. Вивчити поширеність і структуру захворювань пародонту і стан гігієни порожнини рота у дітей 15 років різних регіонів України (епідеміологічне дослідження).

2. Визначити найбільш ефективні фізичні фактори впливу при лікуванні хронічного катарального гінгівіту у осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю.

3. Розробити комплекси заходів (засобів, фізичних факторів впливу) для лікування хронічного катарального гінгівіту у осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю.

4. Розробити науково-обґрунтовані рекомендації щодо лікування хронічного катарального гінгівіту у осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю.

Об'єкт дослідження – хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) у осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю.

Предмет дослідження – вплив сполученого застосування адаптогенних препаратів рослинного походження і фізичних факторів впливу (ультразвукова терапія, НВЧ-терапія) на стан тканин пародонту, функціональні реакції в порожнині рота, біохімічні, біофізичні та імунологічні параметри організму та порожнини рота у дорослих і дітей із ХКГ на тлі зниженої неспецифічної резистентності.

Методи дослідження: клінічні – для оцінки стану тканин пародонту; імунологічні – для оцінки неспецифічної та специфічної (імунної) резистентності організму в цілому і зокрема в порожнині рота; біохімічні – для оцінки запалення, рівня вільнорадикального окислення (ВРО), стану антиоксидантної системи (АОС) в порожнині рота; біофізичні – для оцінки зарядового стану клітин букального епітелію (КБЕ), неспецифічної резистентності, функціональних реакцій у порожнині рота; спектроколориметричні – для оцінки проникненості та наявності запалення у тканинах пародонту, стану мікрокапілярного русла, його функціональних можливостей; статистичні – для оцінки достовірності отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше проведена у хворих на ХКГ на тлі зниженої неспецифічної резистентності порівняльна оцінка клінічної ефективності дії різних фізичних факторів впливу на імунний статус і функціональні реакції у порожнині рота.

Вперше *in vivo* методом спектроколориметрії показано, що ультразвукова терапія на певний період збільшує проникність слизової оболонки ясен для барвників розчину Шилера-Писарева (Ш-П) і, отже, для препаратів, що використовуються у лікуванні.

Вперше методом кореляційного аналізу встановлена залежність між поширеністю захворювань пародонту і концентрацією ряду елементів питної води.

Вперше проведено порівняльну оцінку і показано адекватність результатів, отриманих за допомогою експрес-методів (спектроколориметрична оцінка функціонального стану мікрокапілярного русла, зарядового стану клітин букального епітелію, стійкості капілярів за Кулаженком) і клінічних імунологічних досліджень крові та ротової рідини. На підставі цього запропоновано використовувати їх для скрінінгових досліджень.

Запропоновані лікувально-профілактичні комплекси для хворих на ХКГ чинять імунореабілітаційний вплив, підвищуючи функціональну активність Т- і В-систем імунітету, місцеві та системні фактори неспецифічної резистентності.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблено методику комплексної терапії ХКГ у дорослих пацієнтів і дітей зі зниженою неспецифічною резистентністю із застосуванням сполученого впливу на тканини пародонту адаптогенних препаратів рослинного походження і фізичних факторів. Запропоновані комплекси сполученої терапії дозволяють істотно поліпшити результати лікування і збільшити строки ремісії.

Запропонована методика лікування ХКГ впроваджена в практику Одеського обласного центру стоматології дитячого віку та ортодонтії, відділення стоматології дитячого віку та ортодонтії Інституту стоматології АМН України, у навчальний процес кафедри стоматології дитячого віку Одеського державного медичного університету МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Автором разом з науковим керівником розроблено план дослідження, визначені мета і завдання дослідження. Автором самостійно проаналізована наукова література по даній проблемі, підібрані методики дослідження, проведено аналіз отриманих результатів та їх статистичну обробку, написана дисертаційна робота.

Епідеміологічні, клінічні, біофізичні, біохімічні, імунологічні і спектроколориметричні дослідження виконані разом із співробітниками відділення стоматології дитячого віку та ортодонтії, лабораторії біохімії відділу біотехнології

Інституту стоматології АМН України*, лабораторії імунології Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України**.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації представлені й обговорені на Міжнародній ювілейній науково-практичній конференції, присвяченій 40-річчю санаторію "Молдова" (Кишинів-Одеса, 1997); Міжнародній науково-практичній конференції "Епідеміологія основних стоматологічних захворювань" (Івано-Франківськ, 15-18 квітня 2004 р.); V з'їзді стоматологів Білорусі "Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии" (м. Брест, Білорусь, 7-8 жовтня 2004 р.); на Міжнародній науково-практичній конференції "Біофізичні стандарти та інформаційні технології у медицині" (Одеса, 2004 р.).

Публікації. Матеріали дисертації опубліковані в 12 наукових працях, з яких 6 статей (5 - в наукових спеціалізованих журналах, рекомендованих ВАК України), 4 роботи у вигляді тез доповідей наукових конференцій і 2 патенти України.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота складається із вступу, 5 розділів (огляд літератури, 3 розділи власних досліджень, аналіз й узагальнення результатів роботи), висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел і викладена на 228 сторінках (з них 78 цілком зайняті таблицями, малюнками, бібліографією), містить 23 таблиці, 24 малюнка, 377 використаних літературних джерел, серед яких 85 іноземних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Аналітичний огляд літератури свідчить про те, що найважливішими патогенетичними ознаками захворювань пародонту є порушення мікроциркуляції крові, тканинного обміну, окислювально-відновлювальних процесів, які приводять до порушень процесів регенерації, розвитку запально-дистрофічних і деструктивних процесів. У цьому зв'язку, основними напрямками в комплексній терапії захворювань пародонту для корекції патогенетичних відхилень можуть бути вибрані лікарські препарати і фізичні фактори, лікувальна дія яких пов'язана із протизапальними, вазотропними, знеболюючими, стимулюючими, імунокоригуючими ефектами. Обґрунтуванням до застосування є відповідність їх механізму дії патогенезу запальних захворювань пародонту.

Базовими передумовами для обґрунтування мети роботи були наявність високої поширеності захворювань пародонту, їх часте рецидивування після лі-

* Науковий керівник відділу біотехнології – д.б.н., проф. Левицький А.П., зав. лаб. біохімії – к.б.н., с.н.с. Макаренко О.А.

** Науковий керівник лабораторії імунології – д.м.н., проф. Дегтяренко Т.В.

кування. Це свідчить про недостатню ефективність традиційних методів терапії та необхідність пошуку більш загальних й універсальних методів впливу.

Як основна ідея роботи нами була запропонована диференційна і спрямована корекція зниженої неспецифічної резистентності на тлі традиційної терапії, у результаті чого підвищується резистентність тканин пародонту.

Матеріали та методи дослідження. В роботі використані епідеміологічні, клінічні і клініко-лабораторні (біохімічні, біофізичні, спектроколориметричні та імунологічні) методи досліджень.

В *епідеміологічних дослідженнях* брала участь 501 дитина 15-літнього віку 12 населених пунктів України, з яких 124 дитини м. Одеси.

У *клінічних і клініко-лабораторних дослідженнях* брали участь 280 осіб із хронічним катаральним гінгівітом на тлі зниженої неспецифічної резистентності. Із загального числа хворих було 130 дорослих пацієнтів віком 20-30 років і 150 дітей 15 років. Діагноз ХКГ ставили на підставі скарг, візуального та інструментального обстеження тканин пародонту, показників пародонтальних проб й індексів, на підставі клініко-лабораторних методів дослідження.

На першому етапі із загального числа дорослих пацієнтів було сформовано 4 групи (по 20 осіб у кожній), з яких перша є загальною контрольною для двох етапів роботи. Метою першого етапу було дослідження дії на тканини пародонту трьох різних фізичних факторів: УЗВ-терапії, СМХ-терапії, ФС відповідно та вибір найбільш ефективного з них.

Пацієнтам всіх груп дослідження проводився базовий курс лікування, що складався із зняття зубних відкладень, зрошення ясен 0,02 % розчином фурациліну, 0,05 % розчином хлоргексидину. У першій (контрольній) групі проводили тільки базову терапію протягом 10 днів. У дослідних групах після базової терапії проводили сеанси фізіотерапевтичних процедур.

Ультразвукова терапія (УЗВ-терапія) проводилася за допомогою ультразвукового стоматологічного апарату "УЗТ-102.С". Інтенсивність ультразвуку становила 0,6-0,8 Вт/см², режим постійний, методика лабільна, експозиція 10-15 хвилин, на курс 10-12 процедур через день. Випромінювач ультразвуку площею 1 см² накладали на слизову оболонку альвеолярного відростка, на яку попередньо наносили гліцерин.

Сантиметровохвильову терапію (СМХ-терапія) проводили за допомогою апарату "Луч-2", використовуючи наступні параметри: циліндричний випромінювач із керамічним заповненням діаметром 20 мм розташовували контактено на шкірі в проекції альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелепи, слаботеплова доза – 2-3 Вт, час проведення процедури – 20 хвилин, на курс – 10 процедур через день.

Вплив флюктууючого струму (ФС) проводили за допомогою апарату АСБ-2, використовуючи струм № 1 (двополюсний симетричний) інтенсивністю до 2 мА/см^2 , експозицію 10 хвилин, курс лікування - 10 процедур через день.

На другому етапі роботи з числа дорослих пацієнтів було сформовано 3 групи дослідження (по 20 осіб в 1-й і 2-й групах, 30 осіб – в 3-й групі). Перша група – контрольна, де проводилася тільки базова терапія. У другій групі після базової терапії застосовували аплікації катомасу на слизову оболонку ясен по 10-15 хвилин протягом 12-15 днів щодня. У третій групі після базової терапії проводили курс ультрафонофорезу (УФФ) катомасу за допомогою апарату "УЗТ-102.С" і еластичної насадки до випромінювача, розробленої нами та запропонованої для проведення УФФ. Катомас для УФФ використовували у вигляді 10 % мазі на вазеліні.

З числа досліджених дітей 15 років було сформовано 5 груп (по 30 дітей у кожній). Усім дітям проводилася базова терапія, після чого в другій групі застосовували курс УФФ біотриту (розчин в ампулах), у третій групі – УФФ бальзаму "Вікторія", у четвертій – аплікації розчину біотриту на слизову оболонку ясен з наступним сеансом НВЧ-терапії, а в п'ятій – аплікації бальзаму "Вікторія" на слизову оболонку ясен, після чого проводились 10-хвилинні сеанси електромагнітних хвиль надвисокої частоти (НВЧ-терапія), потужністю $0,5 \text{ мВт/см}^2$ протягом 10 днів за допомогою апарату "Эмиттер-ОНС". В усіх групах діти протягом 1 місяця приймали "Біотрит-С" по 1 табл. 3 рази на день і проводили полоскання розчином зубного еліксиру "Біодент-2" 2 рази на день з розрахунку 1 чайна ложка на $\frac{1}{4}$ скл. води.

Крім того, у четвертій і п'ятій групах діти приймали соєвий білково-жировий збагачувач (СБЖЗ) з розрахунку 50 г на добу протягом місяця, двічі на рік – навесні та восени.

Клінічні дослідження проводили в стандартних умовах стоматологічного кабінету. Стан гігієни порожнини рота оцінювався за допомогою індексу Федорова-Володкіної у дорослих пацієнтів і за допомогою індексу Гріна-Вермільона (Г-В) у дітей. Стан тканин пародонту оцінювався за допомогою індексів СРІТН, РМА (%), кровоточивості, проби Ш-П. Крім того, у дорослих пацієнтів проводилася вакуумна проба за Кулаженком за допомогою апарату "АЛП-02".

На підставі даних клінічного обстеження діагноз ставили відповідно до класифікації захворювань пародонту Данілевського М.Ф. (1994).

Біохімічними методами дослідження в рідкій частині ротової рідини визначали вміст білка за методом Лоурі (1951), активність еластази (Visser L., Vlouf E.R., 1972), активність кислій фосфатази (Bessey у модифікації Левицького А.П.), вміст малонового діальдегіду (МДА) (Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977), активність каталази (Королюк М.А. с соавт., 1988), супероксиддисмутази (СОД) (Чевари С. с соавт., 1985).

Біофізичним методом (Деньга О.В. с соавт., 2003) оцінювався рівень адаптаційних реакцій у порожнині рота дітей за зарядовим станом клітин букального епітелію.

Спектроколориметричними методами (Деньга О.В. с соавт., 2001) *in vivo* оцінювалась за гіперемією слизової оболонки ясен на регламентоване жувальне навантаження зміна функціонального стану мікрокапілярного русла під дією застосовуваної комплексної терапії, а також ступеня запальних процесів у слизовій оболонці порожнини рота.

Імунологічні методи включали оцінку вмісту сироваткових імуноглобулінів (А, М і G класів) і секреторного імуноглобуліну А в ротовій рідині (Mancini G. et al., 1965), вмісту лізоциму в ротовій рідині (Дорофейчук В.Г., 1968), оцінку рівня циркулюючих імунних комплексів (М-ЦИК) (Гашкова В. та ін., 1973) і вмісту комплементу в сироватці крові (Караулов А.В., 1999).

Статистичними методами оброблені всі результати для оцінки похибок результатів і достовірності їхніх відмінностей.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені дослідження показали високий рівень поширеності запальних захворювань пародонту у підлітків 15 років різних регіонів України (55,04 %), що, на наш погляд, пов'язано з віковими особливостями дитячого організму та незадовільним рівнем гігієни порожнини рота. Тому дані патологічні зміни можуть розглядатися як самостійні захворювання пародонту й, у більшості випадків, як локалізований або генералізований хронічний катаральний гінгівіт різного ступеня тяжкості, що вимагає широкого застосування в комплексній терапії лікувальних заходів, що сприяють поліпшенню імунодинаміки, підвищенню обміну речовин, реактивності тканин пародонту і організму в цілому.

При порівнянні даних про поширеність захворювань пародонту у дітей 15 років у Одеській області у 1958 році, наданих Лехмантом А.М., та наших даних за 2003 рік слід відмітити значне зростання показника - від 31,7% до 65,8%. Така ж тенденція визначається і в м. Одеса - від 35,1% (Сініцин Р.Г., 1961) до 68,2% за нашими даними у 2003 року.

У 15-річних дітей м. Київ у 1958 році, за даними Вишняк Г.М., поширеність запальних захворювань пародонту становила 20,6 %, а в 2003 р. тільки у 26,7% обстежених дітей цього віку відмічали наявність інтактного пародонту. Тобто в цілому розповсюдженість захворювань пародонту становила 73,3%, що в 3 рази перевищує даний показник за 1958 рік (рис. 1).

На підставі проведеного кореляційного аналізу показників, що характеризують стан тканин пародонта у дітей 15 років м. Одеси та області, з показниками мінерального складу питних вод та індексу сумарного ризику для здоров'я, які були представлені кафедрою комунальної гігієни Одеського державного медичного університету, встановлена кореляційна залежність захворюваності тка-

нин пародонту від загального рівня мінералізації води, концентрації Cl, SO₄, Cu, Mn, Co та індексу сумарного ризику для здоров'я.

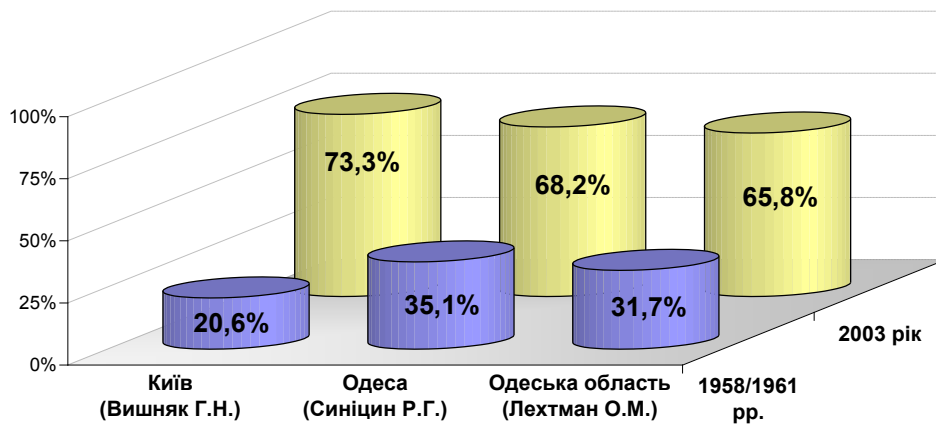


Рис. 1. Поширеність запальних захворювань пародонту у дітей 15 років мм. Київ, Одеса та Одеської області.

Дослідження впливу на тканини пародонту УЗВ-, СМХ-терапії та ФС показали, що найбільш виражений протизапальний ефект відзначався в другій групі, де застосовували УЗВ-терапію. На 65,7 % знизилися показники індексу РМА, на 66,2 % – проби Ш-П в порівнянні з вихідними даними. У третій групі, де застосовували СМХ-терапію, зниження показника РМА склало 59,1 %, а проби Ш-П – 51,2 %. У четвертій групі, де застосовували ФС, показник індексу РМА знизився на 58,1 %, проби Ш-П – на 30,8 %. У групі контролю ці показники знизилися відповідно на 49,6 % і 22,2 %. Зміна показника кровоточивості більшою мірою відзначається також у другій групі. Так, в порівнянні з вихідними даними зниження показника індексу кровоточивості склало 66,8 %. У третій групі цей показник знизився на 50,8 %, у четвертій – на 57,1 % і в групі контролю – на 33,7 %. Після проведеного курсу лікування наявність зубного каменю не відзначалась.

Покращення показників стійкості капілярів за Кулаженком після проведеного курсу лікування відзначали в усіх групах дослідження у дорослих пацієнтів 20-30 років, однак більш виражений вазотропний ефект зареєстровано у другій групі дослідження - на 81,6 % покращилися показники проби Кулаженко. У третій групі ці показники покращилися на 62,7 %, у четвертій – на 78,3 % і на 50,9 % – у групі контролю. У другій основній групі зазначені вище показники виявилися кращими і через 3 місяці.

Більш ефективним виявилось сполучене застосування УЗВ-терапії та катомасу у вигляді УФФ. Так, індекс РМА після курсу УФФ катомасу знизився на 69,2 %, проби Ш-П – на 37,6 %, індекси кровоточивості – на 70 %. Час утворення гематом за Кулаженком становив 73,3 с. Згодом, у цьому випадку показ-

ники практично не погіршувалися. Лише через 2 роки погіршення показників гігієни склало 16 %, РМА – на 24 %, а проби Ш-П – на 5,5 %.

Результати вивчення динаміки показників пародонтального статусу дорослих пацієнтів свідчать про виражений протизапальний і вазотропний ефекти, досягнення стійкої ремісії при включенні в комплексну терапію УФФ катомасу у хворих з ХКГ на тлі зниженої неспецифічної резистентності.

Проведення УФФ біотриту та бальзаму "Вікторія" у дітей 15 років показали, що індекс Г-В у другій, третій, четвертій та п'ятій групах після курсу терапії зменшився в 7,9 рази, в 9,2 рази, в 3,9 рази й в 4,2 рази відповідно (у контролі – в 2,8 рази). Зниження індексу РМА відповідно склало – 3,5 рази, 3,7 рази, 3,5 рази й 3,6 рази (у контролі – в 2 рази), а показники проби Ш-П – на 28 %, на 31 %, на 29 % і на 30 % відповідно (у контролі – на 21 %).

Через 1 рік після проведеного курсу лікування відзначали істотне погіршення показників пародонтального статусу в контрольній групі й незначне в другій і третій групах, де використовували УФФ біотриту та УФФ бальзаму "Вікторія". На 10 % погіршилися показники індексу РМА й на 8,3 % – показники проби Ш-П у другій групі. У третій групі ці показники погіршилися, відповідно, на 10,6 % і на 5,5 %. Показники індексів пародонтального статусу через 1 рік залишалися в четвертій групі на рівні даних, отриманих через 6 місяців. У п'ятій групі відзначалася позитивна динаміка цих показників.

Через 2 роки в п'ятій групі, де застосовували сполучену терапію, що включає аплікації бальзаму "Вікторія" і НВЧ-терапію, всі показники зберігалися на рівні даних, отриманих через 1 рік.

Таким чином, можна стверджувати, що більш виразний безпосередній протизапальний ефект спостерігався при сполученому використанні ультразвуку з біотритом і бальзамом "Вікторія" у вигляді УФФ їх. Однак, у групах, де застосовувалася сполучена НВЧ-терапія з бальзамом "Вікторія" і біотритом, СБЖЗ, у дітей практично були відсутні рецидиви захворювання.

Висока ефективність запропонованої у дітей комплексної терапії ХКГ, що включає сполучену УЗВ-терапію та НВЧ-терапію з адаптогенними препаратами, заснована на одночасному впливі на клітинний метаболізм як з боку активізації генетичного захисту (посилення виходу молекул РНК і ДНК із ядра в цитоплазму клітин), так і за рахунок зменшення рівня вільнорадикального окислення та ліквідації органічних поразок клітинних мембран. При цьому адапційні реакції в організмі швидко й стійко переходять на фізіологічний рівень, забезпечуючи високу неспецифічну резистентність, у тому числі в порожнині рота.

Проведені спектроколориметричні дослідження слизової оболонки ясен дітей свідчать про те, що в результаті проведеної терапії "негативна" гіперемія мікрокапілярів, що спостерігалася під дією ЖН у вихідному стані перейшла в

"позитивну", скоротився час нормалізації кровообігу після зняття ЖН. Це свідчить про нормалізацію, у першу чергу, функціональних реакцій у тканинах пародонту на ЖН. При цьому зросла концентрація оксигемоглобіну в артеріальній частині капілярного русла й практично зник метгемоглобін. При цьому застосування УФФ бальзаму "Вікторія" призводить до збільшення проникності та пофарбування слизової оболонки ясен, що зникає після закінчення курсу терапії. У цей час, у контрольній групі аналогічних змін не відбувалось.

Результати дослідження зарядового стану клітин букального епітелію (КБЕ) у дітей в процесі комплексної терапії показали, що під дією УФФ бальзаму "Вікторія" відбувається найбільш істотне збільшення заряду і ядер, і плазмолем КБЕ. Однак надалі спостерігається відносно збільшення амплітуди зміщення в електричному полі плазмолем $A_{пл}$ і, отже, їхнього заряду, що призводить до оптимізації співвідношення амплітуд зміщення плазмолем і ядер ($A_{пл}/A_{я}=1,59$ – в 15-річному віці), характерному для нормального фізіологічного стану адаптаційних реакцій, починаючи з клітинного рівня. Рецидиви порушення оптимального співвідношення $A_{пл}$ і $A_{я}$ практично зникають після двох курсів комплексної терапії.

Таким чином, ми вважаємо, що нам вдалося вирішити поставлені завдання й досягти мети, підтвердивши можливість істотного збільшення в загальному комплексі заходів ролі індивідуальної профілактики за рахунок застосування УФФ бальзаму "Вікторія", коригуючого мембранний потенціал клітин, збільшуючого дифузію в тканини пародонту бальзаму "Вікторія" і істотно пролонгуючого позитивні результати лікування гінгівіту.

Біохімічними дослідженнями була показана позитивна роль УЗВ-, СМХ-терапії та ФС у зниженні вмісту білка в ротовій рідині (в 4,0, 2,5 і 3,0 рази відповідно), активності еластази (в 3,0, 2,5 і 2,0 рази відповідно) і кислій фосфатази (в 2,7, 2,4 і 2,0 рази відповідно). Вміст МДА у ротовій рідині під дією зазначеної терапії зменшився відповідно в 5,6, 2,2 і 1,9 рази. У групі контролю після базової терапії ці показники знижувалися в 1,1-1,7 рази. Після проведеного курсу терапії спостерігалось підвищення активності СОД і каталази, причому це підвищення було найбільш стабільним і виразним для УЗВ-терапії.

При застосуванні УФФ катомасу концентрація білка в ротовій рідині зменшилася в 7 разів, залишаючись на низькому рівні протягом 2 років. Аналогічно змінювалася і активність еластази. Активність деструктивної протеази зменшилась в 2,8 рази, рівень МДА зменшився в 4,1 рази, активність СОД збільшилася з $0,18 \pm 0,06$ од. акт/л до $0,60 \pm 0,07$ од. акт/л, активність каталази збільшилася в 2,8 рази. Зазначені параметри через 2 роки практично не погіршились.

У дітей 15 років під дією УФФ біотриту, УФФ бальзаму "Вікторія", сполученого застосування НВЧ-терапії з біотритом, НВЧ-терапії з бальзамом "Вікторія", концентрація білка в ротовій рідині зменшилась, відповідно, в 4,0, 4,3,

2,4 і 2,9 рази, а в контролі – в 1,5 рази. Аналогічно змінювалась активність еластази, лізосомального ферменту кислій фосфатази. При цьому рівень МДА знизився, відповідно, в 2,3, в 4,0, в 2,8 і в 2,7 рази. Активність каталази і СОД збільшилася найбільш істотно під дією УФФ бальзаму "Вікторія" (в 3,4 і в 3,2 рази).

Проведені біохімічні дослідження свідчать не тільки про високу, але й про пролонговану протизапальну, мембраностабілізуючу та антиоксидантну дію у дітей з ХКГ запропонованої сполученої терапії із застосуванням фізичних факторів впливу. Найбільш ефективно зниження маркерів запалення в ротовій рідині спостерігалось після застосування УФФ бальзаму „Вікторія” та УФФ біотриту. Однак період ремісії виявляється найбільшим при застосуванні НВЧ-терапії з бальзамом "Вікторія" і НВЧ-терапії з біотритом.

Проведені імунологічні дослідження показали, що УФФ катомаса активізує початково знижений функціональний стан Т- і В-систем імунітету у хворих на ХКГ. При цьому абсолютний вміст лімфоїдних клітин підвищувався з $1,05 \pm 0,08 \times 10^9$ до $1,72 \pm 0,07 \times 10^9$, вміст Т-лімфоцитів – з $0,72 \pm 0,06 \times 10^9$ до $1,16 \pm 0,05 \times 10^9$ і В-лімфоцитів – з $0,20 \pm 0,03 \times 10^9$ до $0,29 \pm 0,02 \times 10^9$, вміст Т-хелперів і Т-супресорів при цьому збільшився майже в 2 рази. Показник імунорегуляторного індексу після застосування УФФ катомасу підвищився з $1,48 \pm 0,11$ до $1,93 \pm 0,10$, що відповідає нормативному значенню даного показника. При цьому спостерігалось підвищення функціональної активності фагоцитуючих клітин і збільшення абсолютного та відносного їхнього вмісту майже на 50 %.

Під дією використаної терапії значно активізувалися й гуморальні фактори неспецифічного імунологічного захисту. Так, вміст лізоциму в ротовій рідині підвищився з $14,1 \pm 1,3$ од. до $19,8 \pm 1,2$ од. Значно знизився вміст патогенних малих циркулюючих імунних комплексів (М-ЦІК). У ротовій рідині вміст М-ЦІК знизився з $14,3 \pm 0,76$ од. до $8,1 \pm 0,71$ од., а в крові – з $119,0 \pm 3,7$ од. до $85,7 \pm 3,2$ од. Вміст SIgA в ротовій рідині, Ig A-, G-, M-класів у крові в результаті комплексної терапії підвищився, що свідчить про підвищення ефективності гуморального імунологічного захисту.

Застосування у 15-річних дітей із ХКГ сполученої НВЧ-терапії з бальзамом "Вікторія" призводить до істотного поліпшення всіх показників Т- і В-систем імунітету та гуморального неспецифічного імунітету, знижених у вихідному стані. При цьому кількість лімфоцитів, Т-лімфоцитів, Т-хелперів, Т-супресорів, В-лімфоцитів, абсолютний вміст фагоцитів, відносний вміст фагоцитарних клітин і фагоцитарне число збільшились приблизно у 1,5 рази. Показники гуморального імунітету також поліпшились у 1,5-2,0 рази. Так, вміст лізоциму в ротовій рідині збільшився з $10,8 \pm 1,4$ од. до $17,9 \pm 1,10$ од., М-ЦІК у ротовій рідині зменшився з $15,3 \pm 0,94$ од. до $7,8 \pm 0,82$ од., а в крові – з

124,9 ± 3,5 од. до 80,1 ± 2,9 од. Вміст SIgA у ротовій рідині збільшився з 0,74 ± 0,07 г/л до 1,19 ± 0,05 г/л. Аналогічно збільшився вміст у сироватці крові IgA, IgM, IgG і вміст комплементу.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що УФФ катомасу та сполучена НВЧ-терапія з бальзамом "Вікторія" створюють у дітей з ХКГ адекватний позитивний вплив на адаптаційні механізми імунного гомеостазу, що проявляється в корекції порушень імунологічної реактивності.

Отримані результати стали підставою для можливості рекомендувати для використання в стоматології розроблені лікувальні комплекси, що включають сполучене застосування адаптогенів і фізичних факторів і дозволяють підвищити ефективність лікування ХКГ, скоротити строки лікування й збільшити період ремісії.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретично обґрунтоване нове рішення актуального наукового завдання – підвищення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю за допомогою розробленого комплексу, що включає сполучене застосування адаптогенних препаратів рослинного походження та фізичних факторів впливу.

1. За результатами проведених епідеміологічних досліджень встановлена висока поширеність запальних захворювань пародонта у дітей 15 років (66,8 %) і тенденція до її росту (з 20,6 % в 1958 році до 73,3 % в 2003 р. у м. Києві, з 35,1 % в 1961 році до 68,2 % в 2003 р. у м. Одесі). Переважною патологією є хронічний катаральний гінгівіт легкого і середнього ступеня тяжкості. Встановлена кореляційна залежність захворюваності тканин пародонту від загальної мінералізації води, вмісту Cl, SO₄, Cu, Mn, Co, індексу сумарного ризику для здоров'я.

2. Розроблені патогенетично обґрунтовані та захищені патентом методи комплексного лікування ХКГ у пацієнтів із зниженою неспецифічною резистентністю, що дозволяють досягти стійкої ремісії:

– для дорослих застосування ультрафонофорезу адаптогену катомас (пародонтопротекторний ефект за індексом кровоточивості склав 70 %);

– для дітей – УФФ бальзаму "Вікторія" і сполучене застосування бальзаму "Вікторія" з НВЧ-терапією (пародонтопротекторний ефект склав 68,5 %).

3. Клініко-лабораторні дослідження дозволили встановити найбільш ефективні фізичні фактори впливу для лікування ХКГ у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю (УЗВ для дорослих і дітей, ЕМВ НВЧ для дітей).

4. Вперше проведена порівняльна оцінка та показана адекватність результатів, отриманих за допомогою експрес-методів (спектроколориметрична оцінка функціонального стану мікрокапілярного русла, зарядового стану клітин букального епітелію та стійкості капілярів за Кулаженком) і клінічних імунологічних досліджень крові й ротової рідини. На підставі цього запропоновано використовувати їх для скринінгових досліджень.

5. Запропоновані лікувально-профілактичні комплекси для пацієнтів із ХКГ чинять імунореабілітаційну дію, підвищуючи функціональну активність Т- і В-систем імунітету, місцеві й системні фактори неспецифічного імунологічного захисту.

6. Сполучена терапія ХКГ у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю дозволила нормалізувати біохімічні показники ротової рідини, про що свідчать зниження рівня процесів ПОЛ і підвищення антиоксидантного захисту (рівень МДА у дорослих у середньому знизився в 4 рази та в 3,5 рази у 15-літніх, активність каталази підвищилася в 2,8 рази і в 2,8 рази відповідно, активність СОД підвищилася в 3,3 рази і в 2,6 рази відповідно), зниження ступеня запалення (вміст білка зменшився у 7 разів у дорослих і у 3,7 рази у 15-літніх підлітків, активність еластази знизилась у 2,8 рази та у 1,9 рази відповідно, активність кислотої фосфатази – в 3,6 рази та в 2,9 рази, відповідно) і виражена мембраностабілізуюча дія.

7. Про нормалізацію функціональних реакцій у порожнині рота в результаті застосування запропонованих терапевтичних комплексів свідчить перехід "негативної" гіперемії мікрокапілярного русла під дією жувального навантаження в "позитивну", що зафіксовано спектроколориметричним методом, і нормалізація зарядового стану КБЕ.

8. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблені лікувальні комплекси для використання в терапевтичній стоматології.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рекомендовано використовувати для лікування хронічного катарального гінгівіту у дорослих і 15-літніх дітей на тлі зниженої неспецифічної резистентності в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів сполучене застосування адаптогенних препаратів рослинного походження з фізичними факторами впливу. При цьому для лікування ХКГ у дорослих рекомендовано комплекс, що включає УФФ адаптогенних препаратів, а у 15-літніх дітей – сполучене застосування адаптогенних препаратів із НВЧ-терапією або УФФ їх.

2. Запропоновано оптимальні параметри проведення фізіотерапевтичних процедур, розроблена спеціальна еластична насадка до випромінювача ультразвуку.

вуку, що містить ємність для лікарського препарату. Застосування такої насадки дозволяє цілеспрямовано впливати на тканини парадонту, при цьому забезпечується максимальна акустична однорідність середовища (випромінювач – лікарська форма – рельєфна слизова оболонка ясен) і вільне переміщення випромінювача з еластичною насадкою по слизовій оболонці ясен.

3. Для оцінки необхідності застосування комплексного лікування захворювань пародонта, крім клінічних обстежень, рекомендовано використання діагностичних експрес-тестів для оцінки ступеня резистентності й функціональних реакцій у порожнині рота (реакція капілярів на жувальне навантаження, спектроколориметрична оцінка проникності слизової оболонки ясен, оцінка зарядового стану КБЕ).

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Деньга О.В., Жук Д.Д. Эффективность различных методов лечения хронического катарального гингивита // Вісник стоматології. – 2004. – № 2. – С. 68-73. *Участь здобувача в проведенні порівняльних досліджень, статистичній обробці даних, аналізі результатів, написанні статті.*

2. Деньга О.В., Жук Д.Д., Макаренко О.А. Клинико-лабораторная оценка эффективности комплекса адаптогенов и физических факторов на биохимические параметры ротовой жидкости у больных хроническим катаральным гингивитом // Вісник стоматології. – 2004. – № 4. – С. 62-67. *Особистий внесок здобувача полягає в проведенні клініко-лабораторних досліджень, статистичній обробці та аналізі результатів, підготовці статті до друку.*

3. Деньга О.В., Жук Д.Д. Эффективность сочетанного применения КВЧ-терапии и адаптогенных препаратов растительного происхождения при лечении хронического катарального гингивита у детей // Вісник стоматології. – 2003. – № 4. – С. 76-78. *Особистий внесок здобувача полягає в проведенні клініко-лабораторних досліджень, статистичній обробці та аналізі результатів, підготовці статті до друку.*

4. Деньга О.В., Жук Д.Д. Применение ультрафонофореза препарата "Биотрит" и бальзама "Виктория" в комплексном лечении хронического катарального гингивита у детей // Вісник стоматології. – 2004. – № 1. – С. 77-80. *Участь здобувача в проведенні клініко-лабораторних обстежень, лікуванні дітей, аналізі результатів, їх статистичній обробці, написанні статті.*

5. Деньга О.В., Спичка И.А., Иванов В.С., Анисимова Л.В., Гороховский В.Н., Жук Д.Д., Николаева А.В. Заболеваемость тканей пародонта и состояние гигиены полости рта у детей Одесской области // Український стоматологічний альманах. – 2004. – № 1-2. – С. 52-60. *Здобувач брав особисту участь в прове-*

денні епідеміологічних обстежень дітей, аналізі результатів, підготовці статті до друку.

6. Деклараційний патент на корисну модель № 3510, Україна, МПК 7 А61К6/00, А61N7/00, А61N5/00. Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту / О.В. Деньга, Д.Д. Жук – заявка № 20040402960; Заявл. 21.04.04; Опубл. 15.11.04 р. – Бюл. № 11. *Здобувач брав участь в проведенні клініко-лабораторних досліджень, написанні заявки та формули патенту.*

7. Патент на винахід № 23565А, Україна, МПК 6 А61К6/00, А61М37/00. Спосіб лікування запальних захворювань тканин пародонту і насадок для його реалізації / Д.Д. Жук – заявка № 97030947; Заявл. 04.03.97; Опубл. 02.06.98 р. *Автору належить проведення клініко-лабораторних досліджень, написання заявки та формули патенту.*

8. Деньга О.В., Иванов В.С., Гороховский В.Н., Анисимова Л.В., Спичка И.А., Жук Д.Д., Кононенко А.Е., Николаева А.В. Мониторинг стоматологической заболеваемости у детей Украины (сообщение первое) // Дентальные технологии. – 2003. – № 6 (14). – С. 2-6. *Здобувач брав участь в проведенні епідеміологічних досліджень, статистичній обробці даних, аналізі результатів, написанні статті.*

9. Деньга О.В., Жук Д.Д. Сочетанная терапия хронического катарального гингивита у детей // «Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии»: Матер. V съезда стоматологов Беларуси. – Брест, 2004. – С. 208-209. *Автор брав участь у наборі матеріалу та його обробці, написанні тез.*

10. Деньга О.В., Анисимова Л.В., Спичка И.А., Иванов В.С., Жук Д.Д. Заболевания тканей пародонту у дитячого населення України // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. "Епідеміологія основних стоматологічних захворювань". – Івано-Франківськ, 2004. – С. 29-31. *Здобувач брав участь в проведенні епідеміологічних досліджень, статистичній обробці даних, аналізі результатів, написанні статті.*

11. Деньга О.В., Жук Д.Д. Методика лечения хронического катарального гингивита у лиц со сниженной неспецифической резистентностью // Матеріали конф. "Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині". – Одеса: „Астропринт”, 2004. – С. 18-19. *Здобувач приймав участь в розробці методики лікування і написанні тез.*

12. Жук Д.Д., Тищенко Т.Л. Методика применения катомаса в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с заболеваниями пародонта // "Актуальные проблемы курортологии и медицинской реабилитации": Матер. междунар. юбил. науч.-практ. конф., посв. 40-летию санатория "Молдова". – Кишинев-Одесса, 1997. – С. 51-52. *Здобувач провів лікування хворих та обробку отриманих результатів.*

АНОТАЦІЯ

Жук Д.Д. Клініко-лабораторне обґрунтування лікування хронічного катарального гінгівіту в осіб зі зниженою неспецифічною резистентністю. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22-стоматологія. – Інститут стоматології АМН України, Одеса, 2005.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю за допомогою розробленого комплексу, що включає сполучене застосування адаптогенних препаратів рослинного походження та фізичних факторів впливу.

За результатами проведених епідеміологічних досліджень встановлена висока поширеність запальних захворювань пародонта у дітей 15 років і тенденція до її подальшого росту.

Розроблені патогенетично обґрунтовані й захищені патентом методи комплексного лікування ХКГ у пацієнтів із зниженою неспецифічною резистентністю, що дозволяють досягти стійкої ремісії. Клініко-лабораторні дослідження дозволили встановити найбільш ефективні фізичні фактори впливу сполучені з адаптогенами для лікування ХКГ у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю (УЗВ для дорослих і дітей, ЕМВ НВЧ для дітей). Вперше проведена порівняльна оцінка й показана адекватність результатів, отриманих за допомогою експрес-методів і клінічних імунологічних досліджень крові й ротової рідини. На підставі цього запропоновано використовувати їх для скринінгових досліджень. Запропоновані лікувально-профілактичні комплекси для пацієнтів із ХКГ справляють імунореабілітаційну дію, підвищуючи функціональну активність Т- і В-систем імунітету, місцеві й системні фактори неспецифічного захисту, нормалізують біохімічні показники ротової рідини і функціональні реакції у порожнині рота.

Ключові слова: хронічний катаральний гінгівіт, знижена неспецифічна резистентність, адаптогенні препарати, фізичні фактори впливу.

АННОТАЦИЯ

Жук Д.Д. Клинико-лабораторное обоснование лечения хронического катарального гингивита у лиц со сниженной неспецифической резистентностью. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22-стоматология. – Институт стоматологии АМН Украины, Одесса, 2005.

Диссертация посвящена повышению эффективности лечения хронического катарального гингивита (ХКГ) у лиц со сниженной неспецифической резистентностью с помощью разработанного комплекса, включающего сочетанное применение адаптогенных препаратов растительного происхождения и физических факторов воздействия.

Проведенные эпидемиологические исследования позволили установить высокую поражаемость тканей пародонта у детей 15 лет, составившую 66,8 % и тенденцию к ее росту (с 20,6 % в 1958 году до 73,3 % в 2003 г. в г. Киеве, с 35,1 % в 1961 году до 68,2 % в 2003 г. в г. Одессе). Преобладающей патологией является хронический катаральный гингивит легкой и средней тяжести. Установлена корреляционная зависимость заболеваемости тканей пародонта от общей минерализации воды, содержания Cl, SO₄, Cu, Mn, Co, индекса суммарного риска для здоровья.

Разработаны и патогенетически обоснованы и защищены патентом методы комплексного лечения ХКГ у пациентов со сниженной неспецифической резистентностью, позволяющие достичь стойкой ремиссии: для взрослых применение ультрафонофореза адаптогена катомас (пародонтопротекторный эффект по индексу кровоточивости составил 70 %); для детей УФФ бальзама "Виктория" и сочетанное применение бальзама "Виктория" с КВЧ-терапией (пародонтопротекторный эффект составил 68,5 %). Клинико-лабораторные исследования позволили установить наиболее эффективные физические факторы воздействия для лечения ХКГ у лиц со сниженной неспецифической резистентностью – УЗВ для взрослых и детей, ЭМИ КВЧ для детей.

Проведена сравнительная оценка и показана адекватность результатов, полученных с помощью экспресс-методов (спектроколориметрическая оценка функционального состояния микрокапиллярного русла, зарядового состояния клеток буккального эпителия и стойкости капилляров по Кулаженко) и клинических иммунологических исследований крови и ротовой жидкости. На основании этого предложено использовать их для скрининговых исследований.

Предложенные лечебно-профилактические комплексы для больных ХКГ оказывают иммунореабилитационное воздействие, повышая функциональную

активность Т- и В-систем иммунитета, местные и системные факторы неспецифической защиты. Сочетанная терапия ЖКГ у лиц со сниженной неспецифической резистентностью позволила нормализовать биохимические показатели ротовой жидкости, снизив уровень процессов ПОЛ, повысив антиоксидантную защиту (уровень МДА у взрослых в среднем снизился в 4 раза и в 3,5 раза у 15-летних, активность каталазы повысилась в 2,8 раза и в 2,8 раза соответственно, активность СОД повысилась в 3,3 раза и в 2,6 раза соответственно), снизить степень воспаления (содержание белка уменьшилось в 7 раз у взрослых и в 3,7 раза у 15-летних подростков, активность эластазы снизилась в 2,8 раза и в 1,9 раза соответственно, активность КФ – в 3,6 раза и в 2,9 раза соответственно) и оказать мембраностабилизирующее действие. О нормализации функциональных реакций в полости рта в результате применения предложенных терапевтических комплексов свидетельствует переход "отрицательной" гиперемии микрокапиллярного русла под действием жевательной нагрузки в "положительную", фиксируемый спектроколориметрическим методом, и нормализация зарядового состояния КБЭ.

Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанные лечебные комплексы для использования в терапевтической стоматологии.

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, сниженная неспецифическая резистентность, адаптогенные препараты, физические факторы воздействия.

ANNOTATION

Zhuk D.D. Clinical and laboratory substantiation on how to treat chronic catarrhal gingivitis in people who have a low non-specific resistivity. – Manuscript.

Thesis for a scientific degree of the Candidate of Medical Sciences in the field of stomatology, speciality – 14.01.22. – Institute of Stomatology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine, Odessa, 2005.

This thesis is dedicated to high effectiveness and extension of remission time in people who have LNSRP. This effectiveness gets reached by means of a complex which consists in combining vegetable adaptogenic remedies and physical factors impact. Epidemiological researches let determine a high range of affected periodontal tissues in 15 years children that comes out at 66.8%. This sickness tendency keeps growing. There is a proved correlation responsibility between affected periodontal tissues and general mineralization of water containing CL, SO₄, Cu, Mn and Co. there are developed, patogenetically substantiated and patented of complex treating chronic catarrhal gingivitis in patients who have low non specific resistivity. These methods allow getting a staunch remission. Clinical and laboratory researches al-

lowed determining the most effective methods of curing LNSPR (ultra sound therapy for adults and children, electromagnetic emission of extremely high frequency for children). Comparative results received with the help of express methods and clinical immunological researches of the blood and saliva was conducted and proved here for the first time. These results are proposed for screening researches. Proposed medical and preventive methods for LNSRP rehabilitate immunity, increase functional activity of T- and B-systems, local and system factors of non-specific immunologic resistivity. The same methods normalize biochemical indices of oral liquid and functional reactions in the mouth.

Key words: chronic catarrhal gingivitis, low non-specific resistivity, adaptogenic remedies, physiological factors' impact.