

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**



ПАВЛЕНКО ЕЛЛА МИХАЙЛІВНА

УДК: 616.31-053.9-071.1-084

**ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ЛЮДЕЙ
ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі терапевтичної стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (ректор – Заслужений діяч науки і техніки України, академік НАМНУ, доктор медичних наук, професор Вороненко Ю. В.)

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України

БЛОКЛИЦЬКА Галина Федорівна,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра терапевтичної стоматології, завідувач

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

УДОД Олександр Анатолійович,

Донецький національний медичний університет МОЗ України, м. Лиман, проректор з науково-педагогічної роботи та міжнародних зв'язків

доктор медичних наук, професор

ПЕТРУШАНКО Тетяна Олексіївна,

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України,

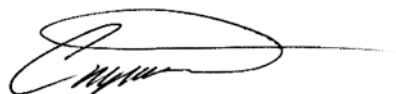
кафедра терапевтичної стоматології, завідувач

Захист відбудеться «6» грудня 2018 р. об 11⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.09 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 10-А.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий «5» листопада 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. М. Ступницька

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Важливою глобальною проблемою сучасності є старіння населення (И. Р. Курило, 2015; J. Vuavo, 2015; Y. Kamiya, 2017). Така проблема існує і в Україні, де доля осіб похилого та старечого віку складає від 25 % до 28 % (В. В. Чайковська, 2006; О. Г. Ісупова, 2010). Відповідно, збільшується кількість пацієнтів похилого та старечого віку, які звертаються за стоматологічною допомогою. Навіть у країнах з високим рівнем соціальної захищеності в осіб даної вікової категорії виявлена значна поширеність та інтенсивність основних стоматологічних захворювань, що призводить до втрати зубів (S. S. Metcalf, 2011; D. P. Landes, 2012; C. C. Guarnizo-Herreno, 2013). У США, наприклад, поширеність карієсу зубів у пацієнтів старше 60 років сягає 97 %, захворювань пародонта – 70 %, вторинної адентії – 64 % (S. O. Griffin, 2012; U. Praes, 2012; C. Bertoldi, 2013).

Демографічна ситуація, таким чином, визначає пріоритетним розвиток саме геронтостоматологічного напрямку, але слід визнати існуючу низку проблем і обмежень, які ускладнюють формування цілісного уявлення про стан стоматологічного здоров'я літніх людей в Україні (В. А. Лабунець, М. П. Фоменко, Т. В. Дієва, 2010; Г. Ф. Білоклицька, 2017). Стоматологічна допомога має бути зорієнтованою на потреби осіб похилого та старечого віку, враховувати різноманіття їх соціальних, вікових, соматичних та стоматологічних проблем, тим більш, що через високу вартість якісні стоматологічні послуги не мають можливості отримати майже 80 % пацієнтів цієї вікової категорії (В. К. Леонтьев, 2011). У зв'язку з цим, удосконалення організації комплексу лікувально-профілактичних заходів з урахуванням зазначених особливостей є невідкладним завданням (В. І. Біда, 2013; О. В. Павленко, 2013).

Відомо, що розповсюдженість карієсу зубів в осіб похилого та старечого віку в нашій країні коливається від 87 % до 100 %, це захворювання без своєчасного лікування призводить до вторинної адентії (Л. Ф. Сидельнікова, Ф. Г. Ткаченко, 2009; Т. П. Кананович, 2013). За даними літератури, більше половини з числа осіб старше 80 років, а саме, 65,4 %, не мають жодного власного зуба (М. І. Садиков, 2002). Одним з об'єктивних стоматологічних показників старіння населення прийнято вважати карієс кореня зубів, але відносно нього інформація в Україні майже відсутня (Е. М. Кузьміна, 2008; О. А. Удод, Г. Г. Павлова, 2012).

Впевнену тенденцію до постійного зростання має і розповсюдженість захворювань пародонта в Україні, зокрема, генералізований пародонтит у осіб похилого та старечого віку зустрічається у 92-98 % (Т. Н. Кананович, 2009; М. Ю. Антоненко, 2012; Г. Ф. Білоклицька, 2013; А. В. Борисенко, 2014). Важливу роль в розвитку цього захворювання відіграють особливості гомеостазу та мікробіоценозу порожнини рота, біохімічні властивості ротової рідини, структурно-функціональний стан пародонта в залежності від віку та наявності соматичної патології (Г. Ф. Білоклицька, 2015; Т. О. Петрушанко, 2016; І. П. Мазур, 2016; О. А. Удод, А. С. Куліш, 2017). Комплексний вплив різних етіопатогенетичних чинників та наявність соматичних захворювань обумовлюють особливості клінічних проявів та ступінь важкості генералізованого пародонтиту в осіб похилого та

старечого віку, що потребує диференційованого підходу до вибору засобів та методів його лікування (Ю. Г. Чумакова, 2007; V. Duke, 2005).

Головне місце в лікуванні генералізованого пародонтиту відводять антимікробній та протизапальній терапії (Ю. Г. Чумакова, 2013; Копчак О. В., 2018; J. Slots, 2002; A. D. Haffajee, 2003). Але за наявності соматичних захворювань у хворих похилого та старечого віку застосування медикаментозних засобів може призвести до побічних ефектів та алергічних реакцій, внаслідок чого необхідним є пошук ефективних альтернативних лікувально-профілактичних підходів.

У зв'язку з тим, що явище гіпоксії в тканинах пародонта при дистрофічно-запальному процесі є доведеним, для його корекції широко використовують вітаміни та антиоксидантні комплекси й засоби, які містять метали, зокрема, срібло, у наноформі (Ю. В. Єпіфанова, 2006; Л. В. Гончарук, 2009; О. М. Ільницька, 2011; Н. Park, 2011; M. Takedachi, 2017). Однак застосування зазначених засобів у лікуванні осіб похилого та старечого віку потребує більш поглибленого вивчення.

Таким чином, пошук шляхів вдосконалення організації лікувально-профілактичних заходів щодо генералізованого пародонтиту в осіб похилого та старечого віку та підвищення їх ефективності обумовлює актуальність дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідної роботи і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика «Патогенетичне обґрунтування нових підходів профілактики та лікування генералізованих захворювань тканин пародонта та супутньої їм патології твердих тканин зубів» (номер державної реєстрації 0111U002802). Здобувач є безпосередньо виконавцем окремого фрагменту зазначеної теми.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту I-II ступеня в осіб похилого та старечого віку шляхом визначення особливостей їх стоматологічного статусу, оптимізації лікування цього захворювання за рахунок застосування комплексу вітамінів з антиоксидантами і препарату з наносріблом та вдосконалення організації лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів даної вікової категорії.

Завдання дослідження:

1. Визначити розповсюдженість стоматологічних і соматичних захворювань серед осіб похилого та старечого віку.

2. Вивчити особливості клінічного перебігу захворювань тканин пародонта в осіб похилого та старечого віку з комплексною оцінкою гігієнічного стану порожнини рота.

3. Дослідити рівень антиоксидантного захисту та активність деструктивних процесів у тканинах пародонта в осіб похилого та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит.

4. Вивчити кількісний та якісний склад мікроорганізмів біотопу пародонтальних кишень хворих на генералізований пародонтит похилого та старечого віку з визначенням чутливості до препаратів срібла.

5. Розробити нові патогенетично спрямовані підходи до стоматологічної санації осіб похилого та старечого віку з використанням засобів загальної та місцевої дії, на підставі яких запропонувати шляхи вдосконалення організації стоматологічних лікувально-профілактичних заходів для людей цієї вікової категорії.

6. Визначити клінічну ефективність запропонованих схем лікування генералізованого пародонтиту в осіб похилого та старечого віку.

Об'єкт дослідження – стоматологічний статус осіб похилого та старечого віку.

Предмет дослідження – захворювання зубів та тканин пародонта, стан гігієни порожнини рота осіб похилого та старечого віку; біохімічні показники їх ротової рідини та біотопу пародонтальних кишень при генералізованому пародонтиті I-II ступеня; ефективність лікування осіб похилого та старечого віку з генералізованим пародонтитом I-II ступеня.

Методи дослідження. *Клінічні* – збір медичного і стоматологічного анамнезу; визначення поширеності та інтенсивності каріозного ураження зубів, карієсу кореня та некаріозних уражень зубів; оцінка стану гігієни порожнини рота за індексами Грін-Вермільона, Турескі та О'Лірі, стану пародонта за пробою Шиллера-Писарева, індексами РМА, кровоточивості та ексудації; вимірювання глибини ПК, рецесії та визначення ВЕП; *рентгенологічний* – ортопантомограма для підтвердження діагнозу ГП; *ретроспективний* – аналіз первинної медичної документації осіб похилого та старечого віку; *лабораторні* – біохімічні для оцінки показників окислювально-відновлювальних процесів у ротовій рідині; мікробіологічні для проведення мікроскопічного та бактеріологічного дослідження біотопу пародонтальних кишень; *статистичні* – методи варіаційної статистики.

Наукова новизна отриманих результатів. Доповнені наукові дані щодо особливостей стоматологічного статусу осіб похилого та старечого віку, в яких розповсюдженість карієсу зубів сягала 95,1 %, генералізованого пародонтиту – 95,7 %. Визначена поширеність карієсу кореня зубів, яка дорівнювала 32 %, що є об'єктивним стоматологічним показником старіння населення України. Розширена наукова інформація щодо поширеності втрати зубів в осіб похилого та старечого віку, яка становила 40,3 %, що свідчить про високу потребу у наданні спеціалізованої стоматологічної допомоги хворим даних вікових груп.

Вперше у ротовій рідині хворих похилого та старечого віку з генералізованим пародонтитом виявлено значне підвищення відновлювальних та зниження окислювальних властивостей з формуванням явищ метаболічного ацидозу, що підтверджено достовірним ($p < 0,05$) зростанням співвідношення SH/SS-груп, а також достовірним ($p < 0,05$) зниженням співвідношення НАД/НАД•Н у хворих усіх вікових груп. У ротовій рідині хворих визначено достовірне ($p < 0,05$) зниження активності піруваткінази при поступовому достовірному ($p < 0,05$) підвищенні активності фруктозодіфосфатази з різким зниженням окислювальних властивостей у ротовій рідині хворих 80-89 років на фоні виразного функціонування гліколізу.

Доповнені наукові дані про роль прогресуючого збільшення з віком у ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит активності однієї з протеаз – еластази, що вказує не тільки на деструктивні процеси у пародонті, але й відображає розвиток компенсаторних механізмів при явищах метаболічного ацидозу.

Доведено, що у хворих на генералізований пародонтит похилого та старечого віку спостерігається збільшення вмісту нітритів і нітратів у ротовій рідині, що свідчить про розвиток виражених явищ метаболічного ацидозу та гіпоксії. У хворих віком 80-89 років встановлено зниження у ротовій рідині рівня перекисного окислення ненасичених жирних кислот, а також прогресивне збільшення з віком активності глутатіонредуктази.

Вперше встановлена можливість усунення біохімічних ознак метаболічного ацидозу в ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит похилого та старечого віку шляхом включення до схеми стоматологічних лікувально-профілактичних заходів комплексу вітамінів з антиоксидантами. Використання даних лікарських засобів продемонструвало високу клінічну ефективність, особливо у хворих віком 60-69 і 70-79 років, про що свідчили суттєві ($p < 0,05$) зміни об'єктивних пародонтальних і гігієнічних індексів та відповідні зміни біохімічних показників, які відображають метаболічний гомеостаз ротової рідини.

За результатами мікробіологічного дослідження біотопу пародонтальних кишень осіб похилого та старечого віку з генералізованим пародонтитом I-II ступеня, загострений перебіг, вперше встановлена висока чутливість до препарату з наносріблом 11 видів мікроорганізмів з 16 визначених.

Вперше проведено місцеве застосування препарату з наносріблом у лікуванні генералізованого пародонтиту I-II ступеня, загостреного перебігу, у хворих похилого та старечого віку, яке забезпечило високу ефективність лікування через 3 місяці у 83,9 % хворих, через 6 місяців – у 58,1 % хворих, що було підтверджено достовірним ($p < 0,05$) покращенням об'єктивних пародонтальних показників і результатами мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження щодо стоматологічних захворювань осіб похилого та старечого віку необхідно враховувати з метою вдосконалення організації, планування та надання стоматологічної допомоги. Наявність соматичної патології в осіб похилого та старечого віку визначає необхідність міждисциплінарного підходу та доцільність участі у стоматологічному лікуванні лікарів-інтерністів. Розроблено та запропоновано до впровадження схеми лікування осіб похилого та старечого віку з генералізованим пародонтитом I-II ступеня, хронічного перебігу, з комплексом вітамінів з антиоксидантами, для осіб того ж віку з генералізованим пародонтитом I-II ступеня, загостреного перебігу, – з місцевим застосуванням препарату з наносріблом (патент України на корисну модель № 88932 від 10.04.2014 та деклараційний патент України на винахід №108293 від 10.02.15).

Результати дисертаційного дослідження впроваджені в навчальний процес кафедри терапевтичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедри терапевтичної стоматології НМУ імені О. О. Богомольця, а також у клінічну роботу СПНМЦ НМАПО імені П. Л. Шупика, Київської міської студентської поліклініки, ТМО «Київська стоматологія» та ТОВ «ГОЛАН».

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є завершеним науковим дослідженням, виконаним під керівництвом доктора медичних наук, професора,

Заслуженого діяча наук і техніки України Г. Ф. Білоклицької. Автором спільно з науковим керівником обрано і обґрунтовано напрям наукового дослідження, визначено мету і завдання дослідження, наукову новизну, практичне значення отриманих результатів, сформульовані висновки і практичні рекомендації. Автором проаналізовано спеціальну літературу, проведено патентно-інформаційний пошук, в повному обсязі самостійно здійснені клінічне обстеження та лікування пацієнтів. Автором особисто написані усі розділи дисертації, наукові доповіді та публікації. Спільно з науковим керівником забезпечено впровадження результатів дисертаційної роботи у клінічну практику та навчальний процес.

Фрагменти клінічної роботи виконано на кафедрі терапевтичної стоматології (завідувач кафедри – д. мед. н., професор Г. Ф. Білоклицька) ІС НМАПО імені П. Л. Шупика (ректор – академік НАМН України, професор Ю. В. Вороненко), «Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни», м. Переяслав-Хмельницький (директор – к. мед. н. Ю. А. Гриненко). Дослідження були проведені на лабораторному матеріалі, отриманому від пацієнтів, на підставі угоди між кафедрою терапевтичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупика та лабораторією мікробіології, вірусології та мікології ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ (зав. лабораторії – д. мед. н., проф. О. В. Руденко), лабораторією ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії» НАМН України, м. Одеса (директор – д. мед. н., чл.-кор. НАМН України, проф. К. М. Косенко).

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження були представлені на науково-практичній конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика «Здобутки молодих вчених в науковій та практичній діяльності», присвяченій Дню знань (Київ, 2011); міжнародній науково-практичній конференції «Иновационные технологии в пародонтологии» (Одеса, 2012); міжнародній науково-практичній конференції «Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві» (Одеса, 2013); міжнародній науково-практичній конференції «Міждисциплінарний підхід до лікування захворювань тканин пародонта. Міф або реальність?» (Київ, 2014); науково-практичній конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика «Сьогодення і майбутнє науки в практичній медицині», присвяченій Дню знань (Київ, 2014); міжнародному лекторії навчального центру АСУ імені професора М. Ф. Данилевського «Сучасні технології лікування і профілактики в практичній стоматології» (Київ, 2014); XV конгресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (Чернівці, 2014).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 23 наукові праці: 9 статей (у тому числі 8 одноосібних), з них 8 у рекомендованих фахових виданнях України, 1 – у закордонному виданні, та 11 тез у збірниках матеріалів конгресів і науково-практичних конференцій. Наукові результати дисертації підтверджено 1 деклараційним патентом України на винахід, 1 патентом України на корисну модель та 1 інформаційним листом.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена державною мовою на 199 сторінках друкованого тексту (основний зміст – 152 сторінки), складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів,

висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури. Список літератури містить 264 літературних джерел, з яких 151 написаних кирилицею, 113 – латиною. Робота ілюстрована 18 рисунками та містить 37 таблиць.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Реалізація завдань, передбачених метою роботи, вимагала виконання відповідної програми дослідження, що складалася з двох етапів, спрямованих на розробку, патогенетичне обґрунтування та вивчення ефективності запропонованих підходів до лікування генералізованого пародонтиту (ГП) в людей похилого та старечого віку.

В ході дослідження було обстежено 578 пацієнтів віком від 60 до 89 років у відповідності до основних положень GCP (1996 р.) Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2013 рр.), наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р. та № 616 від 03.08.2012 р.

На **I етапі** роботи було вивчено розповсюдженість стоматологічних та соматичних захворювань в осіб похилого та старечого віку.

На **II етапі** дослідження на кафедрі терапевтичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупика було обстежено 172 хворих, з яких у 145 діагностовано ГП I-II ступеня (хронічний перебіг – 85 хворих, загострений – 60 хворих). Хворі з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, були розподілені на групи: I група – 31 особа віком 60-69 років, II група – 29 осіб віком 70-79 років, III група – 25 осіб віком 80-89 років. Групу порівняння склали 27 осіб (середній вік – $72,2 \pm 7,3$ року) з санованою порожниною рота (ПР). Хворі з ГП I-II ступеня, загостреного перебігу, віком 60-89 років склали дві групи: I (основну) – 32 особи і II (порівняння) – 28 осіб.

Інтенсивність дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта усіх обстежених хворих похилого та старечого віку оцінювали за індексом РМА та пробою Шиллера-Писарева (М. Ф. Данилевський із співавт., 2003), індексами кровоточивості (ІК) та ексудації з пародонтальних кишень (ПК), визначали глибину ПК, рецесію ясен та втрату епітеліального прикріплення (ВЕР). Гігієнічний стан порожнини рота (ПР) оцінювали за індексами Грін-Вермільона, Турескі та О'Лірі у модифікації Г. Ф. Білоклицької (1996). Отримані результати заносили до медичної карти стоматологічного хворого (форма № 043/о) та розробленої «Карти пародонтологічного обстеження» (Г. Ф. Білоклицька, 2011). Рентгенологічне дослідження проводили методом панорамної рентгенографії (Н. А. Рабухіна, А. П. Аржанцев, 2002). Діагноз встановлювали за класифікацією захворювань тканин пародонта М. Ф. Данилевського (1994).

В осіб похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, а також в осіб групи порівняння проводили біохімічні дослідження ротової рідини (ПР) з визначенням показників, що характеризують активність нікотинамідних коферментів НАД і НАД•Н, які приймають участь в окислювально-відновлювальних процесах, та їх співвідношення НАД/НАД•Н (Прохоров М. І., 1982), тіолів

(SH-груп), дисульфідів (SS-зв'язків) та їх співвідношення (SH/SS) (Верьовкіна І. В., 1977), малонового діальдегіду (МДА) (Т. Г. Гарішвілі, 1977), ферменту еластази (L. Visser, 1972), вмісту глутатіонредуктази (ГлРед), фруктозодіфосфатази (ФдФаза) (Н. П. Мешкова, 1979), нітритів (NO_2) і нітратів (NO_3), за якими визначають рівень антиоксидантного захисту (В. В. Меньшиков, 2001). Забір РР проводили вранці, натщесерце, у фіксований час, без стимуляції слиновиділення.

В осіб похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, загостреного перебігу, було проведено мікробіологічне дослідження якісного та кількісного складу біотопу ПК з визначенням чутливості виявлених мікроорганізмів до препаратів колоїдного срібла (1 % розчин Протарголу, 1 % розчин Коларголу) та препарату з наносріблом. Забір вмісту ПК у хворих виконували вранці, натщесерце, за відсутності гігієни ПР. Для виділення збудників, встановлення мікробного числа, видової ідентифікації мікроорганізмів проводили посів за Родоманом (1996). Наявність *Trichomonas tenax*, *Fusobacteria* та *Spirochaeta* визначали за цитологічним аналізом вмісту ПК (Берджі, 1994). Ефективність антимікробної і антимікотичної дії препаратів колоїдного срібла та наносрібла оцінювали за наявністю або відсутністю росту колоній мікроорганізмів на поживних середовищах.

Обстеженим хворим з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, та хворим з ГП I-II ступеня, загостреного перебігу, було проведено первинне пародонтологічне лікування (фаза I), відповідно до затверджених МОЗ України протоколів амбулаторно-поліклінічної стоматологічної допомоги при захворюваннях пародонта. Усі хворі були навчені правилам індивідуальної гігієни ПР.

Додатково хворим з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, усіх трьох вікових груп був призначений комплекс вітамінів з антиоксидантами: Ундевіт – 2-3 драже/добу, курс 1 місяць; Аскорутин – по 1 табл. 2-3 рази/добу, курс 1 місяць; Омега-3 – 1 капс./добу, курс 3 місяці. Усі хворі були взяті на диспансерний облік. Контрольні обстеження проводили після лікування та через 6 місяців.

Хворим похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, загостреного перебігу, які входили до I групи (основної), лікування було доповнено інстиляціями в ПК препарату з наносріблом з експозицією 15 хвилин щодня або через день, курс 5 процедур. Контрольні обстеження проводили після лікування, через 3 та 6 місяців.

У ході дослідження був запропонований міждисциплінарний індивідуальний підхід до обстеження кожного хворого. Для отримання високого клінічного ефекту під час діагностики і в подальшому при проведенні лікувально-профілактичних заходів в осіб похилого та старечого віку, хворих на ГП різного перебігу, необхідно залучати бригаду лікарів-стоматологів, до якої мають входити лікар-стоматолог-терапевт, лікар-стоматолог-хірург, лікар-стоматолог-ортопед, а також лікарі-інтерністи. З цією метою була розроблена «Дорожня карта стоматологічного хворого похилого та старечого віку» (рис. 1).

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з застосуванням варіаційних методів з визначенням середніх величин й оцінкою їх вірогідності для цього використовували пакет прикладних програм STATISTICA 6.0 та MS Excel XP.

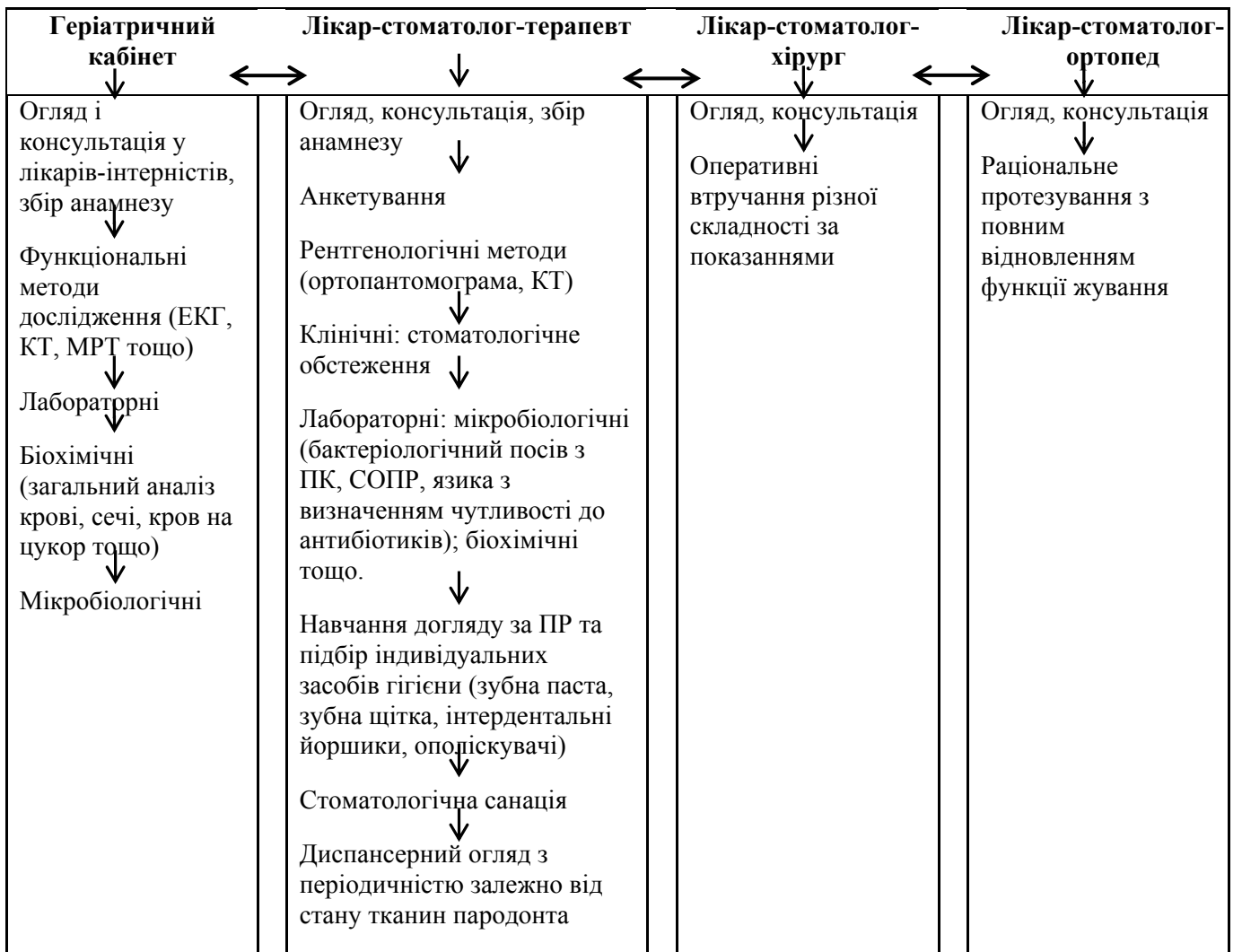


Рис. 1 Дорожня карта стоматологічного хворого похилого та старечого віку

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами обстеження осіб похилого та старечого віку встановлено високу розповсюдженість основних стоматологічних захворювань, зокрема, поширеність генералізованого пародонтиту складала 95,7 %. В обстежених осіб похилого та старечого віку з ГП показники, які характеризують ступінь запально-дистрофічних процесів в пародонті, мали значення: проба Шиллера-Писарева – $2,08 \pm 0,21$ бала і $1,63 \pm 0,25$ бала, індекс РМА – $57,30 \pm 0,31$ % і $49,50 \pm 0,29$ %, ІК – $1,90 \pm 0,20$ бала і $1,65 \pm 0,14$ бала, індекс ексудації – $2,11 \pm 0,12$ бала і $1,80 \pm 0,13$ бала, ВЕП – $6,80 \pm 0,15$ мм і $7,61 \pm 0,18$ мм, відповідно до віку.

Гігієнічний стан ПР, визначений за індексом Грін-Вермільона, який дорівнював в осіб похилого віку $2,50 \pm 0,09$ бала, у хворих старечого віку – $2,78 \pm 0,07$ бала, за індексом Турескі – $3,41 \pm 0,02$ бала і $3,76 \pm 0,03$ бала, та за індексом О'Лірі – $4,20 \pm 0,05$ бала і $4,65 \pm 0,04$ бала, відповідно, характеризувався в осіб похилого віку, як незадовільний, в осіб старечого віку – як поганий.

Розповсюдженість карієсу зубів у обстежених складала 95,1 %, карієсу кореня зубів – 32,0 %. У 25,7 % хворих були визначені клиноподібні дефекти, у 39,4 % – патологічна стертість зубів. Повну втрату зубів окремо на верхній щелепі

реєстрували у 15,4 % обстежених, на нижній щелепі – у 26,9 %, на обох щелепах разом – у 40,3 % хворих. Рационального ортопедичного лікування, яке полягало у виконанні повних знімних протезів, потребували 66,7 % осіб похилого та старечого віку, в яких на час обстеження вони були відсутні.

Під час оцінки соматичного статусу людей похилого та старечого віку виявлено, що розповсюдженість захворювань серцево-судинної системи у них складала 62,6 %, сечо-статевої системи – 36,9 %, шлунково-кишкового тракту – 28,7 %, опорно-рухового апарату – 26,5 %, органів зору – 15,2 %.

Таким чином, висока розповсюдженість в осіб похилого та старечого віку стоматологічних захворювань, у тому числі захворювань пародонта, карієсу зубів тощо, пов'язана не тільки з низьким рівнем гігієни порожнини рота, але й з наявністю соматичної патології, а також відсутністю адекватного підходу до лікування, зокрема, генералізованого пародонтиту, що обумовлює необхідність вдосконалення організації лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на стабілізацію процесів у тканинах пародонта осіб цих вікових груп.

Результати проведеного лікування, згідно з запропонованою схемою, у хворих з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, показали високу клінічну ефективність у різні строки спостереження, що було підтверджено об'єктивними пародонтальними і гігієнічними індексами та результатами біохімічних досліджень.

Ступінь запального процесу в тканинах пародонта у хворих з ГП I-I ступеня, хронічного перебігу, був визначений за показниками індексу РМА, який в осіб I групи склав $37,50 \pm 0,19$ %, II групи – $39,32 \pm 0,14$ %, III групи – $35,20 \pm 0,18$ % ($p < 0,05$); проби Шиллера-Писарева, значення якої дорівнювали $1,78 \pm 0,06$ бала, $1,89 \pm 0,03$ бала та $1,95 \pm 0,02$ бала, відповідно. Отримані показники мали достовірну ($p < 0,05$) відмінність від відповідних значень осіб групи порівняння, в яких індекс РМА не показав наявності запалення, а значення проби Шиллера-Писарева дорівнювало $1,00 \pm 0,04$ бала. Глибина ПК у хворих I групи становила $4,61 \pm 0,04$ мм, II групи – $4,30 \pm 0,09$ мм, III групи – $3,85 \pm 0,07$ мм ($p < 0,05$). Рецесія ясен складала $1,39 \pm 0,07$ мм, $1,41 \pm 0,02$ мм та $3,10 \pm 0,05$ мм, відповідно, останній показник відрізнявся достовірно ($p < 0,05$). Показники ВЕП становили $5,93 \pm 0,06$ мм, $5,71 \pm 0,02$ мм та $6,00 \pm 0,05$ мм, відповідно. Отримані результати відрізнялися від показників осіб групи порівняння, в яких глибина ПК складала $2,08 \pm 0,03$ мм, а рецесія ясен та ВЕП були відсутні. За даними рентгенологічного дослідження, у хворих трьох вікових груп спостерігали порушення цілісності кортикальної пластинки з проявами остеопорозу, резорбцію кістки в межах від 1/3 до 1/2 довжини кореня зубів та розширення періодонтальної щілини вздовж усього кореня зубів.

Гігієнічний стан порожнини рота хворих до лікування характеризувався, як поганий. Індекс Грін-Вермільона у хворих I групи становив $2,53 \pm 0,02$ бала, у хворих II та III групи – $2,78 \pm 0,06$ бала і $2,97 \pm 0,05$ бала, відповідно; індекс Турескі – $2,37 \pm 0,09$ бала, $2,76 \pm 0,13$ бала і $3,18 \pm 0,07$ бала, відповідно; індекс О'Лірі дорівнював $3,63 \pm 0,05$ бала, $3,89 \pm 0,04$ бала і $4,28 \pm 0,11$ бала. Усі наведені показники цих індексів відрізнялися один від одного статистично значуще ($p < 0,05$). В осіб групи порівняння гігієнічні індекси, відповідно, складала $1,31 \pm 0,07$ бала, $0,90 \pm 0,03$ бала та $0,60 \pm 0,02$ бала, вони були у 2-7 разів нижчими, ніж індекси осіб усіх вікових груп.

Біохімічні дослідження показали, що вміст SH-груп у РР осіб, відповідно до нумерації груп, становив 676 ± 22 мкмоль/мл, 617 ± 10 мкмоль/мл та 446 ± 23 мкмоль/мл, а SS-зв'язків – 109 ± 4 мкмоль/мл, 222 ± 6 мкмоль/мл та 288 ± 9 мкмоль/мл, це вказує, що зі збільшенням віку хворих відбувалось одночасне зниження показників співвідношення SH/SS-груп – до $6,20 \pm 0,27$, $2,78 \pm 0,06$ та $1,58 \pm 0,05$, відповідно, проти даних осіб групи порівняння, в яких обидва показники дорівнювали 218 ± 7 мкмоль/мл і 301 ± 17 мкмоль/мл, а співвідношення становило $0,70 \pm 0,02$. Показники відрізнялися достовірно ($p < 0,05$).

В осіб трьох вікових груп також встановлено зниження з віком показників вмісту в РР одного з нікотинамідних коферментів, зокрема, НАД ($0,088 \pm 0,006$ мкмоль/мл, $0,050 \pm 0,005$ мкмоль/мл та $0,010 \pm 0,002$ мкмоль/мл, відповідно, проти показника осіб групи порівняння $0,261 \pm 0,004$ мкмоль/мл), і різноспрямоване змінення іншого, а саме, НАД•Н ($0,130 \pm 0,006$ мкмоль/мл, $0,143 \pm 0,002$ мкмоль/мл, $0,127 \pm 0,003$ мкмоль/мл проти $0,358 \pm 0,007$ мкмоль/мл, відповідно). Найбільш виразно вікові зміни проявилися у хворих 80-89 років, в яких вміст НАД•Н зменшувався в 3 рази відносно показника в осіб групи порівняння, а вміст НАД був нижчим у 26 разів. Співвідношення НАД/НАД•Н знижувалися до $0,62 \pm 0,01$, $0,35 \pm 0,02$ та $0,08 \pm 0,01$, відповідно до нумерації груп, проти $0,80 \pm 0,03$. Це вказує на підвищення відновлювальних та зниження окислювальних властивостей РР і розвиток явищ компенсованого метаболічного ацидозу (МА). Зниження окислювальних властивостей РР з віком підтверджували достовірні ($p < 0,05$) зменшення активності піруваткінази до $11,1 \pm 0,3$ нмоль/с/мл, $7,3 \pm 0,6$ нмоль/с/мл та $1,5 \pm 0,1$ нмоль/с/мл проти $14,9 \pm 0,7$ нмоль/с/мл, і збільшення активності ФдФази – до $1,39 \pm 0,02$ нмоль/с/мл, $1,82 \pm 0,04$ нмоль/с/мл та $2,35 \pm 0,03$ нмоль/с/мл проти показника осіб групи порівняння $1,09 \pm 0,05$ нмоль/с/мл.

У хворих на ГП було встановлено посилення проявів МА за рахунок збільшення ($p < 0,05$) відносно показників осіб групи порівняння вмісту NO_2 і NO_3 у РР: в осіб віком 60-69 років – до $0,41 \pm 0,01$ мкмоль/мл і $1,52 \pm 0,01$ мкмоль/мл (у 1,8-2,5 раза), віком 70-79 років – до $0,52 \pm 0,01$ мкмоль/мл і $1,79 \pm 0,01$ мкмоль/мл (у 2,3-2,9 раза), віком 80-89 років – до $0,80 \pm 0,03$ мкмоль/мл і $2,53 \pm 0,03$ мкмоль/мл (у 3,5-4,1 раза), відповідно, проти даних осіб групи порівняння, які складали $0,23 \pm 0,01$ мкмоль/мл і $0,61 \pm 0,01$ мкмоль/мл. Наявність МА в РР найбільше було виражено у хворих віком 80-89 років, що підтверджено збільшенням ($p < 0,05$) активності ГлРед до $86,8 \pm 2,0$ нмоль/с/мл (у 3,7 раза) проти такого показника осіб групи порівняння $23,2 \pm 1,6$ нмоль/с/мл, та зменшенням ($p < 0,05$) вмісту МДА до $16,0 \pm 1,1$ мкмоль/мл (у 1,6 раза) проти $24,8 \pm 1,1$ мкмоль/мл, відповідно.

У РР хворих з ГП усіх вікових груп встановлено також прогресуюче збільшення активності еластази до $0,55 \pm 0,02$ нмоль/мл, $0,75 \pm 0,01$ нмоль/мл та $0,87 \pm 0,01$ нмоль/мл, відповідно, відносно показника осіб групи порівняння, який складав $0,35 \pm 0,02$ нмоль/мл, що вказує не лише на виразність деструктивних процесів у пародонті, але й відображає ступінь розвитку компенсаторних механізмів при явищах МА і підвищенні відновлювальних властивостей РР.

Для корекції виявлених біохімічних порушень у РР осіб похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, місцеве базисне лікування доповнювали прийомом комплексу вітамінів з антиоксидантами.

Проведені біохімічні дослідження РР після завершення лікування показали, що використання комплексу вітамінів з антиоксидантами в поєднанні з базисним лікуванням призвело у хворих трьох вікових груп до достовірного ($p < 0,05$) зменшення співвідношення SH/SS-груп $0,88 \pm 0,03$, $1,01 \pm 0,01$ та $1,22 \pm 0,05$, відповідно, та збільшення співвідношення НАД/НАД•Н до $1,06 \pm 0,08$, $0,93 \pm 0,02$ та $0,76 \pm 0,03$, які внаслідок проведеного лікування наближалися до показників співвідношення щодо осіб групи порівняння. Ефективність лікування підтвердили також зміни активності ключових ферментів гліколізу, зокрема, підвищення активності піруваткінази у РР осіб усіх трьох вікових груп до $19,9 \pm 1,2$ нмоль/с/мл, $17,6 \pm 0,5$ нмоль/с/мл та $14,1 \pm 0,6$ нмоль/с/мл, зниження активності ФдФази до $0,82 \pm 0,05$ нмоль/с/мл, $0,89 \pm 0,03$ нмоль/с/мл та $1,16 \pm 0,05$ нмоль/с/мл, відповідно до вікових груп, та нормалізація активності еластази, показники якої змінилися, відповідно, до $0,34 \pm 0,03$ нмоль/с/мл, $0,41 \pm 0,01$ нмоль/с/мл та $0,44 \pm 0,01$ нмоль/с/мл. Зазначені показники прагнули до рівня показників осіб групи порівняння. Змінювались і показники вмісту МДА в РР до $23,8 \pm 1,8$ мкмоль/мл, $27,5 \pm 2,2$ мкмоль/мл та $28,3 \pm 2,1$ мкмоль/мл, відповідно, а також активності ГлРед – до $24,5 \pm 1,5$ нмоль/с/мл, $34,0 \pm 2,3$ нмоль/с/мл та $45,0 \pm 1,8$ нмоль/с/мл, відповідно до вікових груп. При цьому вони також наближалися до значень осіб групи порівняння.

Слід зазначити, що більш суттєві зміни усіх біохімічних показників були визначені в осіб віком 60-69 і 70-79 років, що свідчило про зниження в РР явищ МА та вказувало на наявність антиацидотичної дії застосованого комплексу вітамінів з антиоксидантами. Так, у хворих зазначених вікових груп на фоні зниження явищ МА визначена нормалізація активності вмісту у РР NO_2 ($0,24 \pm 0,02$ мкмоль/мл, $0,30 \pm 0,04$ мкмоль/мл та $0,33 \pm 0,04$ мкмоль/мл) і NO_3 ($0,62 \pm 0,02$ мкмоль/мл, $0,83 \pm 0,05$ мкмоль/мл та $0,91 \pm 0,03$ мкмоль/мл), які в хворих віком 60-69 років не відрізнялись від таких в осіб групи порівняння, а в осіб 70-79 та 80-89 років перевищили їх.

Внаслідок застосування запропонованої схеми лікувально-профілактичних заходів в осіб похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, хронічного перебігу, спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) покращення об'єктивних пародонтальних і гігієнічних індексів у різні терміни. Значення індексу РМА у хворих I групи після лікування дорівнювало $16,67 \pm 0,09$ %, II групи – $22,06 \pm 0,13$ %, III групи – $24,13 \pm 0,10$ %; проби Шиллера-Писарєва – $0,56 \pm 0,04$ бала, $1,06 \pm 0,06$ бала та $1,35 \pm 0,06$ бала, відповідно. Глибина ПК у хворих I групи становила $2,18 \pm 0,04$ мм, II групи – $2,46 \pm 0,05$ мм, III групи – $1,98 \pm 0,09$ мм ($p < 0,05$); рецесія ясен складала $3,65 \pm 0,08$ мм, $2,53 \pm 0,06$ мм та $3,75 \pm 0,03$ мм, відповідно ($p < 0,05$); показник ВЕП склав $5,83 \pm 0,03$ мм, $4,99 \pm 0,02$ мм та $4,73 \pm 0,08$ мм ($p < 0,05$).

Через 6 місяців показники усіх без винятку індексів та проби у хворих усіх досліджуваних груп повернулися до майже вихідного рівня або навіть погіршились. Зокрема, індекс РМА у хворих I групи дорівнював $34,69 \pm 0,05$ %, II групи – $35,74 \pm 0,09$ %, III групи – $52,13 \pm 0,07$ %, індекси мали достовірні ($p < 0,05$) відмінності від таких до лікування, показники проби Шиллера-Писарєва дорівнювали $1,57 \pm 0,07$ бала, $1,63 \pm 0,08$ бала та $2,31 \pm 0,09$ бала, відповідно, і статистично ($p > 0,05$)

вже не відрізнялися від таких до лікування. Глибина ПК у хворих I групи становила $2,41 \pm 0,11$ мм, II групи – $3,93 \pm 0,13$ мм, III групи – $2,05 \pm 0,12$ мм ($p < 0,05$); рецесія ясен складала $3,49 \pm 0,03$ мм, $2,72 \pm 0,04$ мм та $3,98 \pm 0,07$ мм, відповідно, останній показник відрізнявся достовірно ($p < 0,05$); значення ВЕП дорівнювали $5,90 \pm 0,07$ мм, $5,65 \pm 0,07$ мм і $6,03 \pm 0,06$ мм.

Після лікування індекс Грін-Вермільона у хворих I групи становив $0,46 \pm 0,08$ бала, у хворих II та III групи – $0,98 \pm 0,09$ бала і $0,97 \pm 0,05$ бала, відповідно; індекс Турескі – $0,77 \pm 0,09$ бала, $1,16 \pm 0,10$ бала та $1,10 \pm 0,04$ бала; індекс О'Лірі дорівнював $0,89 \pm 0,03$ бала, $1,13 \pm 0,09$ бала і $1,58 \pm 0,03$ бала, відповідно. Через 6 місяців індекс Грін-Вермільона становив $1,37 \pm 0,07$ бала, $1,91 \pm 0,03$ бала і $2,86 \pm 0,06$ бала; індекс Турескі – $2,10 \pm 0,02$ бала, $2,44 \pm 0,13$ бала і $2,87 \pm 0,07$ бала, відповідно; індекс О'Лірі – $1,96 \pm 0,14$ бала, $2,93 \pm 0,04$ бала і $3,68 \pm 0,01$ бала. Відповідні індекси відрізнялися достовірно ($p < 0,05$), тобто через півроку гігієнічний стан ПР у хворих погіршився.

Застосування схеми лікувально-профілактичних заходів в осіб похилого та старечого віку з хронічним перебігом ГП, що включає поєднання місцевого базисного лікування та перорального прийому комплексу вітамінів з антиоксидантами, слід визнати ефективним у 21 хворого (67 %) віком 60-69 років, у 13 хворих (53 %) віком 70-79 років та у 10 хворих (41 %) віком 80-89 років. Через 6 місяців клінічна ефективність лікування визначена у 11 (35,5 %) хворих I групи, у 6 (24,0 %) хворих II групи, в осіб III групи позитивних результатів не було.

В експериментальному дослідженні було проведено визначення кількісного та якісного складу біотопу ПК в осіб похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, загостреного перебігу, в ході якого було ідентифіковано 16 видів мікроорганізмів, при цьому переважали *Staphylococcus aureus* – $84,7 \pm 7,3$ %, *Staphylococcus pyogenes* – $87,0 \pm 7,9$ %, *Streptococcus viridans* – $86,0 \pm 8,3$ %, *Streptococcus mutans* – $79,0 \pm 5,3$ %, *Escherichia coli* – $56,7 \pm 4,8$ %, *Klebsiella pneumoniae* – $82,7 \pm 6,1$ %, а також гриби роду *Candida albicans* – $92,7 \pm 6,2$ %. Встановлена ефективна дія препаратів з колоїдним сріблом та з наносріблом стосовно усіх виділених з ПК мікроорганізмів, за винятком грибів роду *Candida albicans*, які були стійкими до препаратів з колоїдним сріблом.

Після первинного пародонтального лікування хворих похилого та старечого віку I групи (основної) спостерігали позитивну динаміку мікробіологічних показників. Після закінчення лікування та через 3 місяці ступінь мікробного обсіменіння вмісту ПК у хворих цієї групи щодо всіх мікроорганізмів була достовірно ($p < 0,05$) нижчою. Безпосередньо після лікування цей показник стосовно *Staphylococcus aureus* і *Candida albicans* знизився майже у 8 разів до $0,60 \pm 0,05$ КОУ/мл та $0,70 \pm 0,03$ КОУ/мл, відповідно, щодо *Streptococcus α-haemolyticus* – майже у 7 разів до $0,70 \pm 0,08$ КОУ/мл, *Corynebacterium xerosis* – у 6 разів до $0,30 \pm 0,05$ КОУ/мл, а *Escherichia coli* не ідентифікували зовсім.

У термін 3 місяці відбувалося поступове відновлення мікробного обсіменіння вмісту ПК хворих I групи, але, тим не менш, показник щодо *Escherichia coli*, складаючи $1,10 \pm 0,06$ КОУ/мл, був нижчим за показник до лікування у 4,5 раза, відносно *Staphylococcus aureus* і *Candida albicans* показники зросли до $1,90 \pm 0,08$ КОУ/мл і $1,40 \pm 0,06$ КОУ/мл, відповідно, але були у 2,5 і 4,2 раза нижче

вихідного рівня, *Streptococcus α-haemolyticus* склав $1,30 \pm 0,04$ КОУ/мл, що нижче у 3,7 раза значення до лікування. У той же час, показник *Corynebacterium xerosis* зріс порівняно з показником після лікування більш, ніж у 5 разів ($p < 0,05$), і дорівнював $1,60 \pm 0,02$ КОУ/мл, наближаючись до вихідного рівня. Це свідчить про поступове послаблення впливу препарату з наносріблом.

Через 6 місяців виразний вплив препарату з наносріблом визначали щодо *Candida albicans*, показник мікробного обсіменіння становив $2,70 \pm 0,04$ КОУ/мл, що більш, ніж у 2 рази нижче ($p < 0,05$) за початковий ($5,90 \pm 0,06$ КОУ/мл), зазначений показник відносно *Staphylococcus aureus* склав $3,90 \pm 0,04$ КОУ/мл, тобто зріс у 2 рази, щодо *Streptococcus α-haemolyticus* – $3,80 \pm 0,05$ КОУ/мл, тобто зріс у 3 рази, але ці показники були достовірно ($p < 0,05$) нижчими від відповідних до лікування – $4,83 \pm 0,06$ КОУ/мл і $4,80 \pm 0,06$ КОУ/мл. Показник мікробного обсіменіння щодо *Escherichia coli* склав $3,85 \pm 0,04$ КОУ/мл і наближався до вихідного рівня ($4,90 \pm 0,03$ КОУ/мл), але також був достовірно нижчим ($p < 0,05$), щодо *Corynebacterium xerosis* відповідні показники зрівнялися – $1,85 \pm 0,08$ КОУ/мл та $1,80 \pm 0,06$ КОУ/мл ($p > 0,05$).

Під час мікроскопічного дослідження вмісту біотопу ПК хворих I групи після лікування *Trichomonas tenax* виявлених не був, а інші показники ступеня мікробного обсіменіння відносно *Fusobacteria* ($0,8 \pm 0,4$ КОУ/мл) і *Spirochaeta* ($1,3 \pm 0,5$ КОУ/мл) достовірно ($p < 0,05$) знизилися щодо таких до лікування. У 3 місяці показник стосовно *Trichomonas tenax* ($1,5 \pm 0,9$ КОУ/мл) був нижчим за вихідний більш, ніж у 7,5 раза ($p < 0,05$), *Fusobacteria* ($10,3 \pm 3,6$ КОУ/мл) – у 3 рази ($p < 0,05$), *Spirochaeta* ($2,3 \pm 1,1$ КОУ/мл) – більш, ніж у 2 рази, однак різниця є недостовірною ($p > 0,05$). Через 6 місяців показники, дорівнюючи, відповідно, $8,9 \pm 2,5$ КОУ/мл, $25,1 \pm 2,7$ КОУ/мл та $6,4 \pm 2,1$ КОУ/мл, від вихідних вже не відрізнялись ($p > 0,05$).

У ході дослідження спостерігалася позитивна динаміка об'єктивних пародонтальних індексів. Після лікування в осіб I групи (основної) індекс РМА дорівнював $9,14 \pm 0,06$ %, через 3 місяці становив $18,73 \pm 0,04$ %, через 6 місяців – $49,12 \pm 0,02$ %, усі вони були достовірно ($p < 0,05$) нижчими показника до лікування – $68,07 \pm 0,09$ %; в осіб II групи (порівняння) відповідні показники склали $29,41 \pm 0,03$ %, $48,17 \pm 0,06$ % і $69,19 \pm 0,08$ %, останній, тобто через 6 місяців, відповідав ($p > 0,05$) вихідному рівню – $69,02 \pm 0,07$ %. Значення проби Шиллера-Пісарєва в осіб I групи дорівнювало $1,07 \pm 0,03$ бала, $1,36 \pm 0,05$ бала і $1,78 \pm 0,02$ бала, відповідно до термінів спостереження, усі показники достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися від такого до лікування – $2,80 \pm 0,03$ бала, у хворих II групи ці показники склали $1,47 \pm 0,05$ бала, $1,96 \pm 0,03$ бала і $2,88 \pm 0,02$ бала, відповідно, проти такого до лікування – $2,90 \pm 0,06$ бала. Значення ІК в осіб I групи дорівнювали $0,21 \pm 0,02$ бала, $0,76 \pm 0,02$ бала і $1,85 \pm 0,02$ бала, відповідно, проти $2,30 \pm 0,04$ бала до лікування, в осіб II групи вони склали $1,31 \pm 0,04$ бала, $2,16 \pm 0,02$ бала і $2,38 \pm 0,07$ бала, відповідно до термінів обстеження, проти $2,17 \pm 0,06$ бала до лікування. Ексудація з ПК у хворих I групи після лікування була відсутня, через 3 місяці показник вже склав $0,83 \pm 0,05$ бала, через 6 місяців – $1,48 \pm 0,02$ бала, обидва достовірно відрізнялись ($p < 0,05$) від такого до лікування, який становив $2,38 \pm 0,01$ бала, в осіб II групи показники дорівнювали $0,97 \pm 0,05$ бала, $2,06 \pm 0,03$ бала

і $2,48 \pm 0,02$ бала, відповідно, проти $2,44 \pm 0,03$ бала до лікування. Глибина ПК у хворих I групи, відповідно до термінів, збільшувалася від $2,75 \pm 0,18$ мм і $3,19 \pm 0,14$ мм до $3,91 \pm 0,05$ мм, відповідно, проти $4,39 \pm 0,03$ мм до лікування ($p < 0,05$), у хворих II групи показники дорівнювали $3,95 \pm 0,13$ мм, $3,73 \pm 0,08$ мм і $4,31 \pm 0,14$ мм, відповідно, проти такого до лікування – $4,43 \pm 0,09$ мм.

Ефективність проведеного лікування хворих похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня, загостреного перебігу, з застосуванням препарату з наносріблом у термін 3 місяці встановлена у 26 хворих (83,9 %), у 6 місяців – у 18 хворих (58,1 %).

Отриманий клінічний ефект в лікуванні осіб похилого та старечого віку з ГП I-II ступеня був забезпечений міждисциплінарним підходом із залученням лікарів-стоматологів суміжних спеціальностей, а також лікарів-інтерністів.

На підставі результатів дослідження була розроблена реабілітаційна програма стоматологічних лікувально-профілактичних заходів для людей похилого та старечого віку, що включала: 1) медичну підтримку – постійне спостереження в геріатричному кабінеті, раціональне харчування; 2) стоматологічну підтримку – диспансерний огляд з використанням клінічних, рентгенологічних та лабораторних методів, санація порожнини рота, заснована на міждисциплінарному підході, реабілітаційні методики з комплексом фізіотерапевтичних заходів; 3) психологічну підтримку – мотивація хворих похилого та старечого віку щодо догляду за ротовою порожниною з періодичними оглядами у лікаря-стоматолога-терапевта; 4) соціальна реабілітація – відновлення естетичної функції з метою покращення комунікативних властивостей осіб похилого та старечого віку, жувальної функції з метою профілактики ускладнень соматичних захворювань та проведення просвітницької роботи, а саме, лекцій щодо проведення ефективної гігієни порожнини рота та підбору індивідуальних засобів, профілактики карієсу та захворювань пародонта.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної науково-практичної задачі сучасної стоматології – удосконалення стоматологічних лікувально-профілактичних заходів для людей похилого та старечого віку за рахунок підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту I-II ступеня на основі застосування комплексу вітамінів з антиоксидантами і препарату з наносріблом.

1. Серед осіб похилого та старечого віку встановлено високу стоматологічну захворюваність, розповсюдженість генералізованого пародонтиту склала 95,7 %, карієсу зубів – 95,1 %, карієсу кореня зубів – 32,0 %, клиноподібних дефектів – 25,7 %, патологічної стертості – 39,4 %. Повна втрата зубів на верхній щелепі зареєстрована у 15,4 % обстежених, на нижній – у 26,9 %, на обох щелепах – у 40,3 % осіб. Серед соматичної патології осіб похилого та старечого віку найчастіше діагностували захворювання серцево-судинної системи – у 62,6 %, сечо-статевої системи – у 36,9 %, шлунково-кишкового тракту – у 28,7 %, опорно-рухового апарату – у 26,5 %, органів зору – у 15,2 % обстежених.

2. Висока захворюваність тканин пародонта в осіб похилого та старечого віку була підтверджена клінічними ознаками та об'єктивними пародонтальними

індексами. У структурі цих захворювань в осіб обох вікових груп провідне місце займав генералізований пародонтит зі значеннями індексу РМА – $57,30 \pm 0,31$ % і $49,50 \pm 0,29$ %, проби Шиллера-Писарева – $2,08 \pm 0,21$ бала і $1,63 \pm 0,25$ бала, відповідно, індексу кровоточивості – $1,90 \pm 0,20$ бала і $1,65 \pm 0,14$ бала, ексудації – $2,11 \pm 0,12$ бала і $1,80 \pm 0,13$ бала, ВЕП – $6,80 \pm 0,16$ мм і $7,61 \pm 0,14$ мм, відповідно. Гігієнічний стан порожнини рота, визначений за індексами Грін-Вермільона, Турескі та О'Лірі, був незадовільним в осіб похилого віку та поганим в осіб старечого віку.

3. Виявлені вікові особливості окислювально-відновлювальних властивостей ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит характеризуються взаємопов'язаним зниженням вмісту окислювальних і підвищенням вмісту відновлювальних нікотинамідних коферментів з одночасними змінами у бік зростання співвідношення SH/SS-груп і зменшення співвідношення НАД/НАД•Н з віком хворих, що вказує на розвиток явищ компенсованого метаболічного ацидозу. Зниження окислювальних властивостей на фоні виразного функціонування гліколізу у хворих віком 60-89 років підтверджують достовірні ($p < 0,05$) зміни вмісту в ротовій рідині ферментів піруваткінази (зниження активності в 1,3; 2 і 10 разів) і фруктозодіфосфатази (підвищення активності в 1,4; 1,7 і 2,2 рази).

4. У ротовій рідині хворих з генералізованим пародонтитом усіх вікових груп (60-69, 70-79 та 80-89 років) встановлено прогресуюче збільшення активності еластази, відповідно, у 1,6; 2,2 і 2,5 рази, що доводить не лише ступінь виразності деструктивних процесів у тканинах пародонта, але й відображає ступінь розвитку компенсаторних механізмів при явищах метаболічного ацидозу і підвищенні відновлювальних властивостей у ротовій рідині.

5. У хворих на генералізований пародонтит з віком рівень вмісту нітритів і нітратів у ротовій рідині збільшується ($p < 0,05$) в осіб віком 60-69 років у 1,8-2,5 рази, в осіб віком 70-79 років – у 2,3-2,9 рази, в осіб віком 80-89 років – у 3,5-4,1 рази, що пов'язано з посиленням проявів метаболічного ацидозу. В ротовій рідині осіб віком 80-89 років виявлено зменшення ($p < 0,05$) вмісту малонового діальдегіду в 1,6 рази, що свідчить про зниження рівня перекисного окислення ненасичених жирних кислот, а також поступове збільшення ($p < 0,05$) з віком активності глутатіонредуктази, відповідно до вікових груп, у 2,6; 3,1 і 3,7 рази.

6. Застосування нової схеми лікувально-профілактичних заходів в осіб похилого та старечого віку з генералізованим пародонтитом I-II ступеня, хронічного перебігу, що базується на застосуванні комплексу вітамінів з антиоксидантами в поєднанні з місцевим базисним лікуванням, показало високу ефективність, що було підтверджено достовірним покращенням ($p < 0,05$) об'єктивних пародонтальних та гігієнічних індексів у найближчі та віддалені терміни спостереження, зокрема, через 3 місяці у 21 хворого (67 %) віком 60-69 років, у 13 хворих (53 %) віком 70-79 років та у 10 хворих (41 %) віком 80-89 років; у термін 6 місяців клінічна ефективність лікування у 11 хворих I вікової групи дорівнювала 35,5 %, у 6 хворих II групи – 24,0 %, в осіб III групи позитивних результатів встановлено не було.

7. Біохімічні дослідження ротової рідини показали, що включення комплексу вітамінів з антиоксидантами в схему стоматологічних лікувально-профілактичних заходів при генералізованому пародонтиті у хворих похилого та старечого віку призводить до достовірних змін ($p < 0,05$) співвідношення SH/SS-груп і НАД/НАД•Н,

підвищення активності піруваткінази та зниження активності фруктозодифосфатази з нормалізацією активності еластази і глутатіонредуктази та вмісту малонового діальдегіду, причому усі ці зміни найбільш виражені в осіб віком 60-69 і 70-79 років. В цілому, характер змін зазначених показників свідчить про зменшення в ротовій рідині явищ метаболічного ацидозу, що вказує на наявність антиацидотичної дії застосованих препаратів. У хворих віком 60-69 років визначена також нормалізація ($p < 0,05$) активності синтази оксиду азоту та вмісту нітритів і нітратів.

8. У мікробіологічному дослідженні біотопу пародонтальних кишень осіб похилого та старечого віку при генералізованому пародонтиті I-II ступеня, загостреного перебігу, ідентифіковано 16 видів мікроорганізмів, з яких 11 є чутливими до дії препарату з наносріблом, що забезпечило високу ефективність лікування при його місцевому застосуванні через 3 місяці у 83,9 % хворих, через 6 місяців – у 58,1 %, що підтверджено достовірним ($p < 0,05$) покращенням об'єктивних показників через 3 місяці, зокрема, значення проби Шиллера-Писарева – до $1,36 \pm 0,05$ бала; індексу РМА – до $18,73 \pm 0,04$ %; індексу кровоточивості – до $0,76 \pm 0,02$ бала; ексудації з ПК – до $0,83 \pm 0,05$ бала; глибини ПК – до $3,19 \pm 0,14$ мм, а також збереженням ($p < 0,05$) цього рівня при обстеженні через 6 місяців. Отриманий позитивний клінічний ефект використання препарату з наносріблом підтверджений результатами мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень.

9. Високий клінічний ефект при проведенні лікувально-профілактичних заходів був забезпечений шляхом вдосконалення їх організації, що полягало у застосуванні міждисциплінарного підходу із залученням для надання стоматологічної допомоги особам похилого та старечого віку лікарів-стоматологів суміжних спеціальностей, а також лікарів-інтерністів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для ефективного лікування осіб похилого та старечого віку з генералізованим пародонтитом I-II ступеня, хронічного перебігу, є доцільним використання вітамінного комплексу з антиоксидантами, до складу якого входять Ундевіт, Аскорутин, Омега-3, причому у хворих 60-69 років комплексне лікування необхідно проводити 2 рази на рік, а в осіб віком 70-89 років – 3 рази на рік.

2. У комплексному лікуванні пацієнтів похилого та старечого віку з загостреним перебігом генералізованого пародонтиту I-II ступеня пропонуємо проводити комплексну базову терапію з місцевим застосуванням препарату наносрібла у вигляді інстиляцій у ПК з експозицією 15 хвилин, курс 5 відвідувань.

3. Для визначення ефективності проведеного комплексного лікування генералізованого пародонтиту I-II ступеня у хворих похилого та старечого віку пропонуємо оцінювати динаміку біохімічних показників, що відображають окислювально-відновлювальні властивості ротової рідини, та визначати мікробіологічні особливості біотопу пародонтальних кишень з чутливістю до антибактеріальних препаратів.

4. З метою вдосконалення організації лікувально-профілактичних заходів для отримання високого клінічного ефекту при проведенні курсу лікування в осіб

похилого та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит різного перебігу, необхідно залучати бригаду лікарів-стоматологів, до якої входять лікар-стоматолог-терапевт, лікар-стоматолог-хірург, лікар-стоматолог-ортопед, а також лікар-інтерніст. Призначення лікарем-інтерністом базової системної терапії хворим похилого та старечого віку з різною супутньою патологією є невід'ємною складовою комплексного підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів щодо генералізованого пародонтиту.

5. Шляхи вдосконалення стоматологічних лікувально-профілактичних заходів для людей похилого та старечого віку повинні включати організаційно-соціальний, соматичний, стоматологічний та економічний напрямки, а також виконання запропонованої реабілітаційної програми з медичної, стоматологічної та психологічної підтримки з обов'язковою просвітницькою роботою.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Павленко ЭМ. Изучение распространенности заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста. В: Вороненко ЮВ, головний редактор. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ; 2011. 20(Кн 3), с. 278-82.

2. Павленко ЭМ. Применение серебросодержащего препарата «аргодерм» при лечении генерализованного пародонтита в стадии обострения. Молодой ученый. 2014 Май;(7):216-9.

3. Павленко ЭМ. Особенности окислительно-восстановительных и метаболических свойств ротовой жидкости при заболеваниях тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста. В: Вороненко ЮВ, головний редактор. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ; 2014. 23(Кн 1), с. 356-60.

4. Павленко ЭМ. Особенности стоматологической заболеваемости в пожилом и старческом возрасте. В: Вороненко ЮВ, головний редактор. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ; 2014. 23(Кн 3), с. 648-55.

5. Белоклицкая ГФ, Павленко ЭМ, Руденко АВ. Изучение бактерицидной активности препаратов серебра по отношению к возбудителям воспалительных процессов в тканях пародонта. *Соврем. стоматология*. 2014;(5):12-6. *(Особистий внесок: аналіз літературних даних, клінічні спостереження, статистична обробка даних, участь у підготовці тексту статті до друку.)*

6. Белоклицкая ГФ, Павленко ЭМ. Оценка возрастных особенностей системы оксида азота в ротовой жидкости при генерализованном пародонтите у геронтологической группы больных и их коррекция. *Інновації в стоматології [Интернет]*. 2015 [цитовано 2018 Серп 20];(3): 33-5. Доступно: <http://www.innovacii.od.ua/volume-3-2015/33.pdf/>. *(Особистий внесок: аналіз літературних даних, клінічні спостереження, статистична обробка даних, участь у підготовці тексту статті до друку.)*

7. Павленко ЭМ. Особенности общесоматического и стоматологического статуса у людей пожилого и старческого возраста. В: Вороненко ЮВ, головний

редактор. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ: НМАПО імені П.Л. Шупика; 2015. 24(Кн 1), с. 561-6.

8. Павленко ЭМ. Применение антиацидотического комплекса для коррекции окислительно – восстановительных свойств в ротовой жидкости у больных пожилого и старческого возраста. Інновації в стоматології [Інтернет]. 2016 [цитовано 2018 Січ 10];(2): 11-4. Доступно: <http://www.innovacii.od.ua/volume-2-2016/11-14.pdf/>.

9. Павленко ЭМ. Метаболические изменения в ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста при генерализованном пародонтите. Вісн. проблем біології і медицини. 2017;(2):382-6.

10. Павленко ЭМ. Пародонтологическая заболеваемость у лиц пожилого и старческого возраста. В: Материалы 10 междунар. науч.-практ. конф. по стоматологии Комплексный подход к профилактике, лечению и реабилитации пациентов стоматологического профиля; 2011 Нояб 9-11; Минск. Минск: Техника и коммуникации; 2011, с. 80-2.

11. Павленко ЭМ. Распространенность некариозных поражений среди геронтологической группы пациентов. В: Матеріали ювіл. IV міжнар. конф. країн СНД Стоматологічне здоров'я і загальносоматичний статус людини; 2011 Листоп 10-12; Київ. Соврем. стоматология. 2012;(5):115.

12. Павленко ЭМ. Стоматологічна захворюваність у пацієнтів старшої вікової групи. Новини стоматології. 2012;(2 Дод, Тези II Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених Інноваційні технології в практичну стоматологію):4.

13. Белоклицкая ГФ, Павленко ЭМ. Особенности биохимического состава ротовой жидкости при заболеваниях тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста. В: Хвисьюк ОМ, Хвисьюк МІ, Марченко ВГ, редактори. Матеріали навч.-наук. конф., присвяч. 90-річчю заснування ХМАПО Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи; 2013 Листоп 7-8; Харків. Харків: Оберіг; 2013, с. 215-6. *(Особистий внесок: аналіз літературних даних, клінічні спостереження, статистична обробка даних, участь у підготовці тексту до друку.)*

14. Павленко ЭМ. Метаболические изменения ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста. В: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві; 2013 Груд 27; Одеса. Одеса: Гельветика; 2013, с. 159-60.

15. Павленко ЭМ. Особенности метаболизма оксида азота в ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста. В: Тези наук.-практ. конф. за участю міжнар. спеціалістів Особливості первинної, вторинної і третинної профілактики у пацієнтів з різним соматичним статусом, 2013 Листоп 8-9. Вісн. стоматології. 2013;(4):137.

16. Павленко ЭМ. Особенности пародонтологической заболеваемости у людей старшего возраста. Новини стоматології. 2014;(2 Дод Тези 2 Нац. укр. стоматол. конгр. Секція молодих вчених; 2013 Верес 4-6.):3.

17. Белоклицкая ГФ, Павленко ЭМ. Пародонтологический статус людей пожилого и старческого возраста. В: Материалы V стоматол. конгресса Клиническая

пародонтологія – взгляд в будущее. Современ. стоматология. 2013;(2):117-9. *(Особистий внесок: аналіз літературних даних, клінічні спостереження, статистична обробка даних, участь у підготовці тексту тез до друку.)*

18. Павленко ЕМ. Досвід використання препарату Аргодерм в стоматології. В: Нечаїв С, головний редактор. Матеріали XV конгресу СФУЛТ; 2014 Жовт 16-18; Чернівці. Чернівці; Київ; Чікаго; 2014, с. 344.

19. Павленко ЭМ. Биохимические особенности ротовой жидкости лиц пожилого и старческого возраста. В: Зб. тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф.; 2014 Січ 31-лют 01; Львів. Львів: Львів. мед. спільнота; 2014, с. 64-5.

20. Павленко ЕМ. Особенности метаболизма оксиду азота у ротовій рідині осіб похилого та старечого віку. In: Niczyrporuk J, Drop B, Sitarz M, editors. Proceedings International research and practice conference Paragraphs in medicine; 2017 March 9; Lublin. Lublin: Baltija Publishing; 2017, p. 116-7.

21. Білоклицька ГФ, Рябушко ВІ, Павленко ЕМ, винахідники; НМАПО імені П.Л. Шупика, Ін-т біології південних морів ім. О.О. Ковалевського НАН України, патентовласники. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту у стадії загострення. Патент України № 88932. 2014 Квіт 10. . *(Дисертант описала спосіб лікування, провела його клінічну апробацію, участь у підготовці тексту до друку).*

22. Білоклицька ГФ, Рябушко ВІ, Павленко ЕМ, винахідники; НМАПО імені П.Л. Шупика, Ін-т біології південних морів ім. О.О. Ковалевського НАН України, патентовласники. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту у стадії загострення. Патент України № 108293. 2015 Квіт 10. . *(Дисертант описала спосіб лікування, провела його клінічну апробацію, участь у підготовці тексту до друку).*

23. Білоклицька ГФ, Рябушко ВІ, Павленко ЕМ, автори; НМАПО імені П.Л. Шупика, установа-розробник. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту у стадії загострення. Інформ. лист № 299-2014. Київ; 2014. [4] с. (Вип. 11 з проблеми «Стоматологія»). *(Дисертант описала спосіб лікування, провела його клінічну апробацію, участь у підготовці тексту до друку).*

АНОТАЦІЯ

Павленко Е. М. Особливості стоматологічного статусу у людей похилого і старечого віку та шляхи вдосконалення організації лікувально-профілактичних заходів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2018.

Дисертаційна робота присвячена підвищенню ефективності лікування генералізованого пародонтиту I-II ступеня в осіб похилого та старечого віку шляхом визначення особливостей їх стоматологічного статусу, оптимізації лікування цього захворювання за рахунок застосування комплексу вітамінів з антиоксидантами і препарату з наносріблом та вдосконалення організації лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів даної вікової категорії. У хворих на генералізований пародонтит виявлені вікові особливості окислювально-відновлювальних властивостей ротової

рідини, кількісного та якісного складу біотопу пародонтальних кишень. Розроблені патогенетично обґрунтовані схеми лікувально-профілактичних заходів в осіб похилого та старечого віку, що базуються на міждисциплінарному підході, показали високу клінічну ефективність, яка підтверджена покращенням об'єктивних пародонтальних і гігієнічних індексів та результатами біохімічних і мікробіологічних досліджень у різні терміни спостереження.

Ключові слова: люди похилого та старечого віку, генералізований пародонтит, комплекс вітамінів з антиоксидантами, наносрібло, лікувально-профілактичні заходи, вдосконалення організації.

АННОТАЦІЯ

Павленко Е. М. Особенности стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста и пути усовершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий. – Квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (доктора философии) по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗО Украины, Киев, 2018.

Диссертационная работа посвящена повышению эффективности лечения генерализованного пародонтита I-II степени у лиц пожилого и старческого возраста путем определения особенностей их стоматологического статуса, оптимизации лечения этого заболевания за счет применения комплекса витаминов с антиоксидантами и препарата с наносеребром и усовершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий у пациентов данной возрастной категории.

У обследованных лиц пожилого и старческого возраста установлена высокая распространенность генерализованного пародонтита – 95,7 %, кариеса зубов – 95,1 %, кариеса корня зубов – 32,0 %, клиновидных дефектов – 25,7 %, патологической стираемости – 39,4 %. Полная потеря зубов на верхней челюсти установлена у 15,4 % обследованных, на нижней – у 26,9 %, на обеих челюстях – у 40,3 %. Для выявления особенностей патогенеза генерализованного пародонтита у лиц пожилого и старческого возраста проведено биохимическое исследование ротовой жидкости с определением показателей, характеризующих кислотно-щелочной гомеостаз, активность фермента эластазы и уровень антиоксидантной защиты. Установлены возрастные изменения окислительно-восстановительных свойств ротовой жидкости, количественного и качественного состава биотопы пародонтальных карманов. Разработаны патогенетически обоснованные схемы лечебно-профилактических мероприятий у лиц пожилого и старческого возраста, основанные на междисциплинарном подходе и сочетании первичного пародонтологического лечения с применением комплекса витаминов с антиоксидантами при хроническом течении и местным применением препарата с наносеребром при обострившемся течении генерализованного пародонтита, которые показали высокую клиническую эффективность, что было подтверждено

улучшением объективных пародонтальных и гигиенических индексов, а также результатами биохимических и микробиологических исследований. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий была обеспечена за счет реализации междисциплинарного подхода с привлечением врачей-стоматологов смежных специальностей и врачей-интернистов.

Ключевые слова: люди пожилого и старческого возраста, генерализованный пародонтит, комплекс витаминов с антиоксидантами, наносеребро, лечебно-профилактические мероприятия, усовершенствование организации.

SUMMARY

Pavlenko E. M. Features of dental status in elderly people and senile age and ways to improve the organization of medical and preventive measures. – Qualifying scientific work on the rights of manuscripts.

Dissertation for the degree of a candidate of medical sciences (doctor of philosophy) in specialty 14.01.22 – dentistry. – National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2018.

The dissertation is devoted to increasing the effectiveness of treatment of generalized periodontitis of the I-II degree in elderly and old people by identifying the features of their dental status, optimizing the treatment of this disease by using a complex of vitamins with antioxidants and nanosilver and improving the organization of therapeutic and prophylactic measures in patients given age category. In patients with generalized periodontitis, age features of the oxidizing-reducing properties of the oral fluid, quantitative and qualitative composition of the biotope of periodontal pockets have been identified. The pathogenetically grounded schemes of treatment and prophylactic measures in the elderly and the elderly based on the interdisciplinary approach have shown a high clinical efficacy, which is confirmed by the improvement of objective periodontal and hygienic indices and the results of biochemical and microbiological research in different terms of observation.

Key words: elderly people and senile people, generalized periodontitis, complex of vitamins with antioxidants, nanosilver, medical and preventive measures, improvement of organization.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГП	– генералізований пародонтит
РМА	– папілярно-маргінально-альвеолярний індекс
ІК	– індекс кровоточивості
ПК	– пародонтальна кишеня
ВЕП	– втрата епітеліального прикріплення
РР	– ротова рідина
МА	– метаболічний ацидоз
МДА	– малоновий діальдегід
ГлРед	– глутатіонредуктаза

ФдФаза – фруктозодіфосфатаза

SH-групи – тіоли

SS-зв'язки – дісульфіди

SS/SH-групи – співвідношення тіолів і дісульфідів

НАД – окислені нікотинамідні коферменти

НАД•Н – відновленні нікотинамідні коферменти

НАД/НАД•Н – співвідношення нікотинамідних коферментів

Підписано до друку 25.10.2018 р. Формат 60х90/16.
Ум. друк. арк. 1,9. Обл.-вид. арк. 1,9.
Тираж 100. Зам. 88.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.
200-87-15, 050-525-88-77
E-mail: nsvit23@ukr.net
Сайт: nsvit.cc.ua