

## **HELBO-ТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ, ВТОРИННІЙ АДЕНТІЇ**

МЕЛЬНИК В.Л., ШЕВЧЕНКО В.К.

*Українська медична стоматологічна академія, ННПО,  
м. Полтава, Україна*

Патогенні бактерії в стоматології – основна причина невдач, де їх надійний життєвий простір – біоплівка або біофільм. Феномен під назвою „Quorum Sensing” сприяє взаємній комунікації бактерій та координації їх активності. Чим більш зріла біоплівка, тим більш стійкіші бактерії. Тільки механічної очистки та ополіскувачів недостатньо, щоб знищити бактерії у біоплівці. Сильнодіючі антимікробні препарати рідко сприяють довготривалому успіху, тому що мають побічну дію, взаємодію з іншими медикаментами та небезпечність резистентності [1].

Helbo-терапія – сучасний метод фотодинамічної терапії усунення інфекції. За даними літературних джерел [2, 3, 4, 5, 6, 7] застосування Helbo-терапії швидко позбавляє пацієнтів від запалень – інфекцій або профілактує порушення загоювання ран. Лазерне випромінювання прискорює процес загоювання та має знеболюючу дію. Лікування легко інтегрується в терапевтичні програми „безперервний процес – регенерація” від компанії „Bredent medical”. Цей комплекс процедур може проводити не тільки лікар-стоматолог, але й кваліфікований асистент лікаря-стоматолога, лікар-профілактис. Принцип дії Helbo-терапії – синглетний кисень руйнує патогенні бактерії. Терапевтична програма від компанії „Bredent medical” базується на маркуванні стінки бактерії світлочутливими молекулами барвника, які дифундують із фотосинсетази Helbo-blue у біоплівку. Потім молекули барвника активуються лазерним випромінюванням та передають свою енергію на локальний кисень. Таким чином, виникає високоагресивний синглетний кисень, який руйнує більше 99% бактерій у біоплівці. Така ефективність неможлива при використанні класичних методів лікування [1].

Нами у хірургічному та терапевтичному відділеннях кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів застосовані елементи Helbo-терапії у 3-х пацієнтів віком від 32 до 47 років: у 1-го пацієнта – з хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня у стадії загострення перед проведенням відкритого кюретажу; у двох пацієнтів – з періімплантитом. В першому випадку запалення призупинилося, визначалося стимулювання загоювання та зменшення глибини зондування пародонтальних карманів (5-7 день). У другому випадку при інтраоперативному забарвленні біоплівки стерильною фотосинсетазою Helbo було видно контамінацію на кісткових та м'яких тканинах, яку синтезували за допомогою лазерного випромінювання. Результат – успішна регенерація та загоювання (9-10 день).

**Висновок.** Вірне та поетапне використання Helbo-терапії у пацієнтів з хірургічною патологією дає стійкий позитивний результат.

### **Список використаних джерел**

1. Жорняк О.І. Дія антисептичних засобів на патогенні механізми бактерій / О.І. Жорняк, О.К. Стукан, В.В. Сухляк // *Аннали Мечниковського інститута*. – 2010. – № 4. – С. 53-57.
2. Ефремова Н.В. Клинико-функциональное обоснование лечения заболеваний пародонта методом фотодинамической терапии: автореф. дис. на соискание уч.ст. к. мед. н. – М., 2005. – 22 с.
3. Гадзацева З.М. Повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита путем применения лазерной фотодинамической системы «HELBO»: автореф. дис. на соискание уч. ст. к. мед. н. – Ставрополь, 2010. – 22 с.

4. Лукавенко А.А. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. на соискание уч. ст. к. мед. н. – СПб., 2011. – 23 с.
5. Дезінфекція оральних інфекцій при використанні методу HELVO / Й. Нойгенбауер, Й. Маурісіо, Херрера Теа Лінгор [та ін.] // Нов. стоматол. – 2012. – № 1. – С. 60-68.
6. Грачева Е.В. Фотодинамическая терапия. Обзор современных методик лечения заболеваний пародонта /Е.В. Грачева, Е.А. Гриценко// Бюл. мед. Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 358-360.
7. Назарян Р.С. Вивчення нової комбінації фотосенсибілізатора та лазерного випромінювання для антимікробної фотодинамічної терапії / Р.С. Назарян, Н.І. Філімонова, К.Ю. Спірідонова // Інновації в стоматології. – 2014. – № 3. – С. 43-45.

## **ПЕРИІМПЛАНТИТ – ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ**

**МЕЛЬНИК В.Л., ШЕВЧЕНКО В.К.**

*Українська медична стоматологічна академія, ННПО,  
м. Полтава, Україна*

Периімплантит – інфекційно-запальне захворювання, патологічний процес, який вражає м'які і тверді тканини в ділянці зубного імплантату, при прогресуванні веде до резорбції альвеолярної кістки. Найбільш розповсюдженим фактором даного захворювання є недотримання пацієнтом рекомендацій лікаря, не ретельна і нерегулярна гігієна порожнини рота, ігнорування профілактичних стоматологічних оглядів [1].

До виникнення симптомів периімплантиту схильні особи, які страждають бруксизмом, захворюваннями пародонту, цукровим діабетом. При периімплантиті склад мікрофлори, відзначається збільшення кількості грамнегативних анаеробних бактерій і мікрофлори, яка зустрічається при агресивному пародонтиті [2].

Симптоми захворювання найчастіше розвиваються вже на першому тижні після постановки титанового імплантату. набряклість, гіперемія ясен навколо імплантату – перші ознаки периімплантиту. Інші симптоми при прогресуванні патологічного процесу включають кровоточивість ясен та біль, який іррадіює в сусідні ділянки, розростання ясен. На рентгенограмі – резорбція кісткової тканини різної інтенсивності. Виникнення пародонтальних кишень, нориць, рухливості імплантату – симптоми більш пізнього периімплантиту. При цьому страждає загальний стан пацієнта – слабкість, нездужання, головний біль, гострий підщелепний лімфаденіт, підвищення температури тіла. Об'єктивно визначається набряклість, гіперемія і цианотичність ясен біля імплантату [2]. В 90% випадків периімплантит виникає як наслідок помилок лікарів (хірурга-імплантолога, стоматолога-ортопеда, зубного техника). Вони пов'язані з недостатнім обстеженням пацієнта та з поганою підготовкою порожнини рота пацієнта до операції, помилками при плануванні імплантації, недотримання імплантологом хірургічного протоколу операції та помилками при протезуванні [3]. Своєчасне і правильно підібране лікування здатне зберегти імплантат і запобігти руйнуванню альвеолярної кістки. План лікування визначає лікар, враховуючи стадію і причини периімплантиту, стан пацієнта, наявність ускладнень. Лікування даного захворювання найчастіше поєднує в собі консервативні та хірургічні методи і передбачає наступні етапи: професійну гігієну ротової порожнини з очищенням пародонтальних кишень; хірургічна санація ділянки запалення; кісткова пластика; антимікробна терапія [4].