

УДК 616.314.17-008.1-031-036.1:615.2-07-08

**Яров Ю.Ю.<sup>1</sup>, Силенко Ю.І.<sup>2</sup>****ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ НА ТЛІ РІЗНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ В НАЙБЛИЖЧІ ТЕРМІНИ**<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет, Кропивницький, Україна<sup>2</sup>Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна**Актуальність дослідження**

Провідне місце в структурі стоматологічних захворювань займають хвороби тканин пародонта, зокрема генералізований пародонтит, що пов'язано з наслідками, які призводять до втрати зубів і порушень функції зубощелепної системи, із негативним впливом на організм у цілому [1; 2]. Лікування генералізованого пародонтиту базується на принципах комплексного підходу з урахуванням превалювання дії тих чи інших місцевих і загальних пародонтопатогенних факторів у кожній конкретній клінічній ситуації [3]. Медикаментозне лікування генералізованого пародонтиту має патогенетичну спрямованість на купірування провідних ланок розвитку захворювання [4]. У патогенетичному лікуванні обґрунтованим є призначення нестероїдних протизапальних засобів [5]; екзогенних інгібіторів матриксних металопротеїназ [6]; імунокоригувальної терапії [7]; цитокінолітерапії [8]; застосування антиоксидантів прямої дії [9]; препаратів для стимулювання процесу формування кістки [10]; препаратів для корекції вегетативної нервової системи [11]; медикаментозної терапії з урахуванням супутньої патології [12;13].

Перспективним є застосування в медикаментозній терапії хворих на генералізований пародонтит принципу оптимального управління, тобто такого впливу на ускладнені форми на тлі порушеної реактивності організму, коли перебіг захворювання (стан зони ушкодження, клінічні критерії) наближається до такого при неускладненому на тлі нормореакції [14]. Тому актуальною залишається розробка диференційованих підходів до вибору комплексу медикаментозних засобів загального й місцевого застосування залежно від виявлених закономірностей.

**Метою** даного дослідження стала клініко-цитологічна оцінка ефективності запропонованої диференційованої медикаментозної корекції при генералізованому пародонтиті II і III ступенів тяжкості залежно від початкового стану реактивності організму в найближчі терміни.

**Матеріали і методи дослідження**

Обстежено 216 осіб (82 чоловіків і 134 жінки) віком від 45 до 55 років із діагнозом «генералізований пародонтит II, III ступеня тяжкості, хронічний перебіг». Діагноз установлювали на підставі

даних клінічного огляду, рентгенографії, визначення пародонтальних проб відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10. Залежно від стану реактивності організму хворих було розподілено на три групи: перша – нормореакція (132 особи); друга – гіперреакція (46 осіб); третя – гіпореакція (38 осіб). Поділ пацієнтів на групи залежно від стану реактивності організму проводили на підставі виявлених клініко-лабораторних розбіжностей. Усім пацієнтам проводили комплексне лікування генералізованого пародонтиту в обсязі, рекомендованому МОЗ України, – наказ №566 від 23.11.04 р. "Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги". Хворим на генералізований пародонтит II, III ступенів тяжкості проводили за показаннями клаптеву операцію. Пацієнти з нормореактивністю організму служили в ролі групи порівняння (132 хворих, із них 58 чоловіків, 74 жінки). Пацієнтів другої (46 осіб, із них 20 чоловіків, 26 жінок) і третьої груп (38 осіб, із них 16 чоловіків, 22 жінки) (зі зміненою реактивністю організму) було розділено на дві рівні підгрупи (відповідно 2А і 2Б; 3А і 3Б). Підгрупи 2А (хворі на ГП при гіперреактивності організму, 23 особи) і 3А (хворі на ГП при гіпореактивності організму, 19 осіб) були основними, тобто їм додатково проводили запроповану медикаментозну корекцію. Підгрупи 2Б (хворі на ГП при гіперреактивності організму, 23 особи) і 3Б (хворі на ГП при гіпореактивності організму, 19 осіб) служили контролем – їм не проводили медикаментозну післяопераційну корекцію. Пацієнтам групи порівняння і контрольних груп (2Б, 3Б) проводили комплексне лікування генералізованого пародонтиту в обсязі, рекомендованому МОЗ України.

Запропонований комплекс засобів для проведення загальної післяопераційної медикаментозної терапії у хворих на генералізований пародонтит із гіперергічним типом запалення охоплює такі препарати:

- антиоксидант загальної дії "Вітамін Е": препарат призначають перорально по 0,2 г 2 рази за добу протягом 1 місяця;

- нестероїдний протизапальний препарат – селективний інгібітор ЦОГ-2 - "Німесил": препарат призначають перорально по 1 пакетику (у пакетику містяться гранули для приготування

суспензії) 2 рази за день (200 мг за добу) протягом 5-7 днів;

- дериват лінкоміцину – кліндаміцин-М – як препарат вибору для системної антибіотикотерапії: препарат застосовується перорально в капсулах по 300 мг, по 1 капсулі 3 рази за день після їди протягом 5-8 днів;

- дифлюкан – антимікотик для профілактики кандидозу: препарат призначають по 1 капсулі (містить 50 мг флуконазолу) протягом 5-8 днів;

- еріус – антигістамінний препарат вибору: призначають перорально по 1 пігулці 1 раз за день 7-10 днів;

- «Біотрит-Дента» – активний біокомплекс біотриту й лецитину: призначають у формі пігулок для розсмоктування в порожнині рота по 1 пігулці 2 рази за день протягом 1 місяця.

Для післяопераційної місцевої медикаментозної терапії при генералізованому пародонтиті на фоні гіперреактивності організму призначали такі препарати:

- декатилен – бактерицидний і фунгістатичний засіб у вигляді пігулок для розсмоктування, по 1 пігулці кожні 2 години протягом доби;

- імуномодулятор «Ліастен» із вираженою детоксикаційною дією: використовували таблетовану форму в складі пародонтальної пов'язки;

- атоксил – сорбент для іммобілізації медикаментозних компонентів запропонованої лікувальної пов'язки: використовували стіки гелю по 20 г.

Лікувальну пародонтальну пов'язку готували *ex tempore*, змішуючи пігулки ліастену і стіку гелю атоксилу до отримання однорідної гелеподібної консистенції. Застосовані препарати при змішуванні не мали антагонуючого взаємовпливу. Після ізолювання зубного ряду від ротової рідини за допомогою абсорбційних валиків або рідкого кофердаму «Oral Dam» гель аплікували на слизову оболонку ясен на 15 хвилин. Процедуру виконували щодня протягом 7-10 днів. Додому на цей період призначали ротові ванночки з ополіскувачем «Пародонтаск».

Запропонований комплекс засобів для проведення загальної післяопераційної медикаментозної терапії у хворих на генералізований пародонтит із гіпоергічним типом запалення охоплює такі препарати:

- соєва природна суміш токоферолів – альфа-токоферолу ацетат – для підвищення зниженої антиоксидантної активності: препарат призначають перорально по 2 пігулки (по 100 мг) 3 рази за день протягом 1 місяця;

- дериват лінкоміцину – кліндаміцин-М – як препарат вибору для системної антибіотикотерапії: препарат застосовують перорально в капсулах по 300 мг, по 1 капсулі 3 рази за день після їди протягом 5-8 днів;

- дифлюкан – антимікотик для профілактики кандидозу: препарат призначають по 1 капсулі

(містить 50 мг флуконазолу) протягом 5-8 днів;

- еріус – антигістамінний препарат вибору: призначають перорально по 1 пігулці 1 раз за добу протягом 7-10 днів;

- «Біотрит-Дента» – активний біокомплекс біотриту й лецитину: призначають у формі пігулок для розсмоктування в порожнині рота по 1 пігулці 2 рази за день протягом 1 місяця.

Для місцевої медикаментозної терапії при генералізованому пародонтиті на фоні гіпореактивності організму використовували запропоновану вище схему місцевої медикаментозної терапії.

Прийом загальних медикаментозних препаратів за запропонованою схемою і місцеве медикаментозне лікування, що включало застосування запропонованої пародонтальної пов'язки, починали відразу після оперативного втручання.

Проводили ретельний огляд тканин пародонта і цитологічне дослідження на 2-гу, 4-ту і 6-ту доби після хірургічного лікування. Звертали увагу на колір, щільність прилягання, рельєф маргінального краю ясен, наявність набряку, вираженість гіперемії, біль і т.д. З метою об'єктивної оцінки стану тканин пародонта проводили пародонтальні індекси і проби: папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (ПМА), кількість ексудату пародонтальних кишень, пародонтальний індекс (ПІ) Рассела.

Характер фаз перебігу ранового процесу визначали за допомогою цитологічного дослідження методом світлової мікроскопії. Використовували метод мазків-відбитків, запропонований М.П. Покровським і М.С. Макаровим [15]. З однієї й тієї ж ділянки слизової оболонки порожнини рота послідовно робили 2-3 відбитки. Для більш точного уявлення про динаміку процесу клітинний склад виражали у відсотках, підраховуючи від 100 до 300 клітин із мазків-відбитків рани (полібласти, макрофаги, фібробласти та ін.) у різних місцях препарату. При дослідженні цитологічних препаратів визначали види різних клітинних елементів, ураховуючи їхні кількість і стан (ступінь дистрофічних і дегенеративних змін), оцінювали динаміку співвідношення формених елементів крові й клітинних елементів тканин. Поряд із цим при дослідженні мазків реєстрували наявність мікробної флори й оцінювали ступінь фагоциткування мікробів нейтрофілами. Препарати забарвлювали гематоксилін-еозином і вивчали під мікроскопом «Axiostar» (Німеччина) при збільшенні 150.

Статистичну обробку отриманих цифрових даних виконували за допомогою комп'ютерної програми Statistica 8.0 (STA862D175437Q).

### Результати досліджень та їх обговорення

Процес загоєння рани у хворих на генералізований пародонтит при нормо-, гіпер- і гіпореактивності організму після комплексного лікуван-

ня контролювали за допомогою цитологічного дослідження мазків-відбитків ранового ексудату (таблиця 1). Як видно з даних таблиці, у пацієнтів із ГП основних груп (2А і 3А) на 1-шу добу після втручання в рані спостерігалася дегенеративно-запальна реакція, яка характеризувалася вмістом у препараті білих кров'яних тілець (3-5 у полі зору), в основному з явищами руйнування. У мазках у невеликій кількості було виявлено лімфоцити, полібласти, макрофаги. Фагоцитоз був погано вираженим. На 4-ту добу визначалися ознаки розвитку активної гранулоцитарної реакції. У цитограмі збільшувалася кількість білих кров'яних клітин із вираженими дистрофічними змінами (30-40 у полі зору). Лейкоцити в переважній більшості випадків були представлені нейтрофілами. Траплялися полібласти і макрофаги, у невеликій кількості – лімфоцити, моноцити, еозинофіли, фібробласти. Фагоцитоз був внутрішньо- і позаклітинний, активний. У мазках на 6-ту добу було виявлено клітинні ознаки репаративних процесів. У цей період у рази зменшувався відсоток нейтрофілів, суттєво збільшувалась кількість фібробластів. Фагоцитоз був помірно вираженим. На 9-ту добу в цитологічному дослідженні виявлено зменшення загальної клітинної реакції. Виявляли невелику кількість зруйнованих нейтрофілів. Траплялися фібробласти, реєстрували значне число фіброзних утворень. Представлена динаміка цитологічних показників на тлі запропонованого медикаментозного супроводу була схожа з такою при нормореактивності організму в усі терміни спостереження.

Результати клінічного дослідження хворих на генералізований пародонтит основних груп після проведення комплексного лікування представлено в таблиці 2. Як видно з таблиці, після лікування у хворих на ГП із гіпер- і гіпореактивністю організму значення показників, що відображають інтенсивність і поширеність запального процесу, характеризувалися відповідною динамікою. Так, виникнення болю в основних групах (2А і 3А) виявляли в 4% пацієнтів. Гіперемію і набряклість слизової оболонки ясен на 2-гу добу після операції зареєстрували у всіх обстежених. Більш об'єктивним підтвердженням посилення запальної реакції у відповідь на «ушкодження» були результати оцінки параклінічних індексів. А саме: виражена ексудація з пародонтальних кишень (кількість запального ексудату досягала відповідно  $5,48 \pm 1,75$  і  $5,26 \pm 1,65$  мм<sup>2</sup>); високі значення індексу ПМА, що характеризують поширеність запалення; «позитивна» інтенсивність запальної реакції за пробою Шіллера-Писарева (слизова оболонка порожнини рота фарбува-

лась у темно-бурий колір). Починаючи з 4-ї доби після проведеного втручання, незважаючи на візуально визначені гіперемію й набряклість, інтенсивність і поширеність запальної реакції в післяопераційній рані за даними індексної оцінки у хворих на ГП основних груп суттєво знизилась. При цьому кількість ексудату зменшилася, відповідно в 1,26 і 1,21 раза ( $p > 0,05$ ), поширеність процесу за індексом ПМА – в 1,61 і 1,59 раза ( $p < 0,05$ ). Проба Шіллера-Писарева стала «слабкопозитивною» за рахунок зниження інтенсивності запальної реакції (слизова оболонка порожнини рота фарбувалася у світло-коричневий колір).

На 6-ту добу в більшості хворих при візуальному обстеженні не виявили ознак гіперемії та набряклості слизової оболонки ясен. Суттєво зменшилася кількість ексудату з пародонтальних кишень – відповідно у 2,21 і 2,13 раза, у порівнянні з таким на 2-гу добу після операції ( $p < 0,05$ ). Також вірогідним було зниження ступеня поширення запалення – у 3,60 і 3,72 раза ( $p < 0,05$ ). Проба Шіллера-Писарева залишалася «слабкопозитивною». На 9-ту добу в усіх обстежених основних груп стан слизової оболонки ясен відповідав поняттю "здорова". Ясна були блідо-рожевого кольору, пружні, щільно охоплювали корінь зуба, пародонтальні кишеньки були відсутні, зуби нерухомі. Слід зазначити, що описана клінічна картина стану тканин пародонта після лікування у хворих на ГП із гіпер- і гіпореактивністю організму була схожою з такою при нормореактивності організму.

### Висновок

Результати оцінки ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту II і III ступенів тяжкості в найближчі терміни показали, що запропонована диференційована медикаментозна корекція в післяопераційний період оптимізує процес загоєння шляхом наближення фаз перебігу періодів клітинної реакції до таких при нормореактивності організму за тривалістю й інтенсивністю. А саме: період початкових дегенеративних змін (1-ша доба), період інтенсивного запалення з активними гранулоцитарною і макрофагальною реакціями (4-та доба) і період наростання репаративних процесів (6-та доба). Результати цитологічного дослідження доповнюються і підтверджуються відповідною описаною вище динамікою клінічних показників, яка характеризується їх нормалізацією при проведенні диференційованої медикаментозної корекції.

Таблиця 1

Результати цитологічного дослідження мазків-відбитків ранового ексудату у хворих на генералізований пародонтит при нормо-, гіпер- і гіпореактивності організму після комплексного лікування (M±SE)

Клітинні елементи	Терміни спостереження								
	2-га доба			4-та доба			6-та доба		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Кількість лейкоцитів у полі зору	4± 1	5± 1	4± 1	35± 5	45± 5	15± 5	10± 5	14± 3	10± 5
Відсоток зруйнованих лейкоцитів (%)	80± 5	92± 6	90± 5	60± 4	90± 6	84± 5	45± 3	85± 3	77± 4
Кліт. склад (%):									
нейтрофіли	85± 5	95± 6	74± 4	92± 6	94± 6	88± 5	55± 4	88± 5	89± 5
еозинофіли	-	-	-	0,2± 0,04	1,3± 0,2	0,6± 0,08	0,2± 0,04	1,2± 0,2	0,2± 0,04
лімфоцити	1,7± 0,3	0,7± 0,06	0,3± 0,04	2,0± 0,4	1,1± 0,2	0,9± 0,08	5,0± 0,9	1,9± 0,3	1,2± 0,2
моноцити	-	-	-	0,1	-	-	0,1± 0,01	0,1± 0,01	0,1± 0,01
полібласти	4,6± 0,6	1,3± 0,2	1,1± 0,2	5,0± 0,7	2,8± 0,5	1,9± 0,4	2,2± 0,4	4,4± 0,6	4,2± 0,6
макрофаги	2,4± 0,4	0,2± 0,04	0,3± 0,04	3,8± 0,5	2,0± 0,4	1,9± 0,4	8,0± 1,2	3,5± 0,5	3,5± 0,5
фібробласти	-	-	-	0,2± 0,01	-	-	10,0± 1,2	0,1± 0,01	-

Таблиця 2

Стан тканин пародонта у хворих на генералізований пародонтит при нормо-, гіпер- і гіпореактивності організму після хірургічного лікування

Показники	Терміни спостереження								
	2-га доба			4-та доба			6-та доба		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Біль, (абс.ч./%)	20/15	-	¼	2/2	-	-	-	-	-
Гіперемія (абс.ч./%)	132/10023/10019/100			132/10023/10019/100			53/40 10/43 7/37		
Набряклість (абс.ч./%)	132/10023/10019/100			132/10023/10019/100			61/46 10/43 8/42		
Кількість ексудату, мм <sup>2</sup>	5,32 0,60	5,48 1,75	5,26 1,65	4,20 0,47	4,34 1,74	4,35 1,67	2,43 0,26	2,48 1,32	2,46 1,29
РМА, %	82,4 2,9	85,7 5,5	80,8 5,7	51,6 2,1	53,1 4,6	50,8 4,5	22,0 0,9	23,8 2,6	21,7 2,8
Проба Ш.-Писарева	++	++	++	+	++	++	+	++	++

Примітка: "- р < 0,05 проти значень на 2-гу добу.

### Внесок авторів

Автори підтверджують свій внесок у роботу таким чином: концепція і дизайн дослідження – Яров Ю.Ю., Силенко Ю.І.; збір даних – Яров Ю.Ю., Силенко Ю.І.; аналіз та інтерпретація результатів – Яров Ю.Ю., Силенко Ю.І.; підготовка рукопису до друку – Яров Ю.Ю., Силенко Ю.І. Усі автори ознайомилися з результатами і схвалили остаточний варіант рукопису.

### Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

### Список літератури

1. Данилевський МФ. Терапевтична стоматологія: Підручник: у 4 т. [М.Ф. Данилевський, АВ, Борисенко, МЮ, Антоненко та ін.]; Т.3: Захворювання пародонта; К.: Медицина, 2018; 624с.
2. Антоненко МЮ, Зелінська НА, Значкова ОА, Мельничук ТА, Сироїшко МВ. Оптимізація передопераційної підготовки в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Український журнал медицини, біології та спорту. 2016;2:8-11.
3. Гелей НІ. Результати використання запропонованої схеми лікування захворювань пародонта в осіб молодого віку. Клінічна стоматологія. 2021;1:28-35.
4. Heasman P. The effect of a systemically adminis-

- tered nonsteroidal antiinflammatory drug (flurbiprofen) on experimental gingivitis in humans / P. Heasman, R. Seymour. *J. Clin. Periodontol.* 2009;16:551-6.
5. Lu H, Xu M, Wang F, Liu S, Gu J, Lin S. Chronic stress accelerates ligature-induced periodontitis by suppressing glucocorticoid receptor- $\alpha$ -signaling. *Experimental&Molecular Medicine.* 2016;48(3):223-6.
  6. Ватаманюк НВ., Токар ОМ. Імунокоригуюча терапія при комплексному лікуванні запальних захворювань пародонту. *Новини стоматології.* 2019;2(99):21-6.
  7. Graves DT. Interleukin-1 and tumor necrosis factor antagonists inhibit the progression of inflammatory cell infiltration toward alveolar bone in experimental periodontitis. *J. Periodontol.* 2008;69:1419-25.
  8. Самойленко АВ, Горшкова АЄ. Порівняльна характеристика лікування пацієнтів, хворих на хронічний генералізований пародонтит, на тлі зниження антиоксидантного захисту організму. *Пародонтологія.* 2020;1:54-8.
  9. Годована ОІ. Сучасні основи етіології та патогенезу генералізованих дистрофічно-запальних захворювань пародонту з супутньою системною остеопенією. *Вісник проблем біології і медицини.* 2017;1(3):35-41.
  10. Батіг ВМ. Лікування загостреного перебігу генералізованого пародонтиту у хворих з переважанням симпатичної нервової системи. *Сучасна стоматологія.* 2018;1:37-9.
  11. Кононова ОВ. Віддалені результати лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами психоемоційного стресу. *Новини стоматології.* 2019;(99):6-10.
  12. Глазунова ОА, Фесенко ДВ, Шнайдер СА. Ефективність комплексного лікування пародонта у хворих на ревматоїдний артрит. *Вісник стоматології.* 2019;3(33):23-8.
  13. Репецька ОМ, Рожко ММ, Скрипник НВ, Ільницька ОМ. Поширеність та інтенсивність захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку на тлі первинного гіпотиреозу. *Сучасна стоматологія.* 2020;1:42-8.
  14. Древницька РО, Авдєєв ОВ, Бойків АБ. Структурні зміни тканин пародонта при експериментальному гінгівіті з гіперергічним перебігом запального процесу. *Клінічна стоматологія.* 2021. №3(36). С.42-8.
  15. Меньшиков ВВ. Лабораторные методы исследования в клинике/ Меньшиков ВВ, Делекторская ЛН, Волотницкая РП.-М.:Медицина, 1987.-368 с.
- References**
1. Danylevskiy MF, Borysenko AV, Antonenko MYu. ta in. *Terapevtichna stomatolohiia* [Therapeutic dentistry] Pidruchnyk: u 4 t, T.3:Zakhvoriuvannia parodonta, K.:Meditsyna, 2018, 624. (Ukrainian).
  2. Antonenko MYu, Zelinska NA, Znachkova OA, Melnychuk TA, Syroishko MV. Optymizatsiia peredoperatsiinoi pidhotovky v kompleksnomu likuvanni khvorykh na heneralizovanyi parodontyt [Optimization of preoperative preparation in the complex treatment of patients with generalized periodontitis] *Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu,* 2016,2,8-11. (Ukrainian).
  3. Helei NI. Rezultaty vykorystannia zaproponovanoi skhemy likuvannia zakhvoriuvan parodonta v osib molodoho viku [Results of using the proposed treatment regimen for periodontal diseases in young people] *Klinichna stomatolohiia,* 2021,1,28–35. (Ukrainian).
  4. Heasman P., Seymour J. The effect of a systemically administered nonsteroidal antiinflammatory drug (flurbiprofen) on experimental gingivitis in humans, *Clin. Periodontol,* 2009,16,551-6.
  5. Lu H, Xu M, Wang F, Liu S, Gu J, Lin S. Chronic stress accelerates ligature-induced periodontitis by suppressing glucocorticoid receptor- $\alpha$ -signaling, *Experimental&Molecular Medicine,* 2016, 48(3), 223-6.
  6. Vatamaniuk NV, Tokar OM. Imunokoryhuiucha terapiia pry kompleksnomu likuvanni zapalnykh zakhvoriuvan parodonta [Immunocorrective therapy in the complex treatment of inflammatory periodontal diseases] *Novyny stomatolohii,* 2019,2(99),21-6. (Ukrainian).
  7. Graves DT. Interleukin-1 and tumor necrosis factor antagonists inhibit the progression of inflammatory cell infiltration toward alveolar bone in experimental periodontitis, *J. Periodontol,* 2008,69,1419-25.
  8. Samoylenko AV, Gorshkova AE. Porivnyalna kharakterystyka likuvannya patsiyentiv khorykh na khronichnyy generalizovanyy parodontit na tli znyzhennya antyoksydantnoho zakhystu orhanizmu [Comparative characteristics of treatment of patients with chronic generalized periodontitis against the background of decreased antioxidant defense] *Paradontolohiya,* 2020,1,54-8. (Ukrainian).
  9. Godovana OI. Suchasni osnovy etiologii ta patogenezu generalizovanykh dystrofichno-zapalnykh zakhvoriuvan parodonta z suputnioiu systemnoiu ostepeniui [Modern bases of etiology and pathogenesis of generalized dystrophic-inflammatory periodontal diseases with concomitant systemic osteopenia] *Visnyk problem biolohii i medytsyny,* 2017,1(3),35-41. (Ukrainian).
  10. Batih VM. Likuvannia zahostrenoho perebihu generalizovanoho parodontytu u khvorykh z perevazhanniam sympatychnoi nervovoi systemy [Treatment of acute course of generalized periodontitis in patients with predominance of the sympathetic nervous system] *Suchasna stomatolohiia,* 2018,1,37-9. (Ukrainian).
  11. Kononova OV. Viddaleni rezultaty likuvannia khvorykh na generalizovanyi parodontyt z proiavamy psykhoemotsiinoho stresu [Long-term results of treatment of patients with generalized periodontitis with manifestations of psychoemotional stress] *Novyny stomatolohii.* 2019, (99),6-10. (Ukrainian).
  12. Hlazunova OA, Fesenko DV, Shnaider SA. Efektyvnist kompleksnoho likuvannia parodonta u khvorykh na revmatoidnyi artryt [Effectiveness of complex periodontal treatment in patients with rheumatoid arthritis] *Visnyk stomatolohii,* 2019,3(33),23-8. (Ukrainian).
  13. Repetska OM, Rozhko MM, Skrypnyk NV, Il'nytska OM. Poshyrenist' ta intenstynist' zakhvoriuvan' tkanynt' parodonta v osib molodoho viku na tli pervynnoho hipotyreozy [Prevalence and intensity of periodontal tissue diseases in young people with primary hypothyroidism] *Suchasna stomatolohiia,* 2020,1,42-8. (Ukrainian).
  14. Drevenitska RO, Avdieiev OV, Boykiv AB. Strukturni zminy tkanynt' parodonta pry eksperymental'nomu hinhiviti z hipererhichnym perebihom zapal'noho protsesu [Structural changes in periodontal tissues

in experimental gingivitis with hyperergic course of the inflammatory process] Klinichna stomatohiia, 2021,3(36),42-8. (Ukrainian).

[Laboratory methods of research in the clinic] M.:Meditsina, 1987, 368. (Ukrainian).

15. Menshikov VV, Delektorskaya LN, Volotnitskaya RP. Laboratornye metody issledovaniya v klinike

**Стаття надійшла  
01.09.2023 року**

### Резюме

**Метою** дослідження стала клініко-цитологічна оцінка ефективності запропонованої диференційованої медикаментозної корекції при генералізованому пародонтиті II і III ступенів тяжкості залежно від початкового стану реактивності організму в найближчі терміни.

**Матеріал і методи.** Обстежено 216 осіб віком від 45 до 55 років із діагнозом «генералізований пародонтит». Залежно від стану реактивності організму хворих було розподілено на три групи – з нормо, гіпер- і гіпореакцією. Усім пацієнтам проводили комплексне загальноприйняте лікування. Після хірургічного втручання додатково проводили запропоновану диференційовану медикаментозну корекцію. Ефективність лікування контролювали за даними цитологічного і клінічного досліджень на 2-гу, 4-ту і 6-ту доби.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Результати оцінки ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту II і III ступенів тяжкості в найближчі терміни показали, що запропонована диференційована медикаментозна корекція в післяопераційний період оптимізує процес загоєння рани шляхом наближення фаз перебігу періодів клітинної реакції до таких при нормореактивності організму за тривалістю й інтенсивністю. А саме: період початкових дегенеративних змін (1-ша доба), період інтенсивного запалення з активними гранулоцитарною і макрофагальною реакціями (4-та доба) і період наростання репаративних процесів (6-та доба). Результати цитологічного дослідження доповнюються і підтверджуються відповідною динамікою клінічних показників, яка характеризується їх нормалізацією при проведенні диференційованої медикаментозної корекції.

**Висновок.** У хворих на генералізований пародонтит із гіпер- і гіпореактивністю організму запропонована диференційована медикаментозна корекція приводить до нормалізації періодів клітинної реакції при загоєнні післяопераційної рани і клінічних показників у найближчі терміни.

**Ключові слова:** генералізований пародонтит, реактивність організму, медикаментозне лікування, найближчі терміни, клінічна ефективність.

UDC 616.314.17-008.1-031-036.1:615.2-07-08

## EFFECTIVENESS OF DIFFERENTIAL DRUG CORRECTION IN GENERALIZED PERIODONTITIS AGAINST THE BACKGROUND OF VARIOUS BODY REACTIVITY IN THE SHORT TERM

*Yarov Yu.Yu.<sup>1</sup>, Silenko Yu.I.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Donetsk National Medical University, Kropyvnytskyi, Ukraine

<sup>2</sup>Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

### Summary

**The aim** of this study was to evaluate the effectiveness of the proposed differential drug correction in generalized periodontitis of the II and III severity degrees depending on the initial state of the body's response in the short term.

**Material and methods.** We examined 216 people aged 45 to 55 years with a diagnosis of generalized periodontitis. Depending on the state of the body's reactivity, patients were divided into three groups with normal, hyper- and hyporeactivity. All patients received comprehensive conventional treatment. After surgery, the proposed differential drug correction was additionally performed. The effectiveness of the treatment was monitored by cytological and clinical examination on days 2, 4 and 6.

**Research results and their discussion.** The results of the evaluation of the effectiveness of the complex treatment of generalized periodontitis of II and III severity in the short term showed that the proposed differential drug correction in the postoperative period optimizes the wound healing process by bringing the phases of the cellular reaction periods closer to those of normal body reactivity in terms of duration and intensity. Namely: the period of initial degenerative changes (1st day), the period of intense inflammation with active granulocyte and macrophage reactions (4th day) and the period of increasing reparative processes (6th day). The results of the cytological study are complemented and confirmed by the corresponding dynamics of clinical parameters, characterized by their normalization during differential drug correction.

**Conclusion.** In patients with generalized periodontitis with hyper- and hyporeactivity of the body, the proposed differential drug correction leads to normalization of the periods of cellular reaction during postoperative wound healing and clinical parameters in the short term.

**Key words:** generalized periodontitis, body reactivity, drug treatment, short-term, clinical effectiveness.