**С.С. Жолдыбаев, М.К. Баиров, Ш.Т. Жайшиева, Т.С. Сафаров**

**(Алматы, Қазақстан)**

**ЮВЕНИЛЬДЫ ГИНГИВИТТІ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ ЭЛЕКТРО-ДЕПОФОРЕЗДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ**

Ювенильді гингивит- жасөспірімдерде жыныстық жетілу кезінде дамитын симптомдар кешені, пародонттағы қабынудың типтік белгілерімен сипатталады және осы жас санатына тән бірқатар ерекше көріністерге ие.

Бізге қол жетімді әдебиеттерге сәйкес жасөспірімдерде гипертрофиялық гингивиттің пайда болуының этиологиялық факторлары, оны диагностикалау және емдеу әдістері зерттелді.

Түйінді сөздер: гипертрофиялық гингивит, жасөспірім кезіндегі гингивит.

Бүгінгі таңда пародонт ауруларының таралуының жоғары деңгейі, ауыз қуысының қабыну аурулары бар балалар мен жастардың санының көбеюі , жиі қайталанулар этиологияны, патогенезді терең зерттеу қажеттілігін және осы ауруларды емдеу мен алдын алу әдістерін жетілдіруді талап етеді [1,2,8].

Пародонт ауруларының жоғары өзгергіштігі соңғы кездері жалпы медициналық ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік мәселелер ретінде де ерекше маңызға ие . (Цепов Л. М., Орехова л. ю., 1999; Кирсанов А. и., Горбачева и. о., 2000; Хоменко Л. А. және басқалар, 2010; Pepelassi E., Tsarouchi D. E., Komboli M., 2011).

Жасөспірім кезеңінде әртүрлі эндокриндік бездердің белсенділігінде айтарлықтай өзгерістер болады. Жыныстық жетілу кезінде жыныс бездерінің функциясының жоғарылауы басқа ішкі секреция бездерінің қызметіне айтарлықтай әсер етеді және баланың балалық шағында болған гормоналды тепе-теңдікті бұзуы мүмкін. Эндокриндік жүйенің толыққанды қызметі организмдегі зат алмасу процестерінің қалыпты ағымын қамтамасыз етеді. Гормон бөлінуінің бұзылуы зат алмасу процестердің және тіндер мен органдардың жұмысының бұзылуын тудырады. Бұл эндокриндік бездердің шамадан тыс немесе жеткіліксіз жұмысына қарамастан ауыз қуысының шырышты қабатында да көрінеді.

Ювенильді гингивит қыздарда етеккір келгенге дейін 1/2—1 жыл бұрын пайда болуы мүмкін. Менструациямен қызыл иектің қабыну өзгерістерінің дамуына тәуелділік бар: әр етеккір алдында қызыл иектің қабыну процесінің белсенділігі 2-3 күнде ал, оның төмендеуі етеккірдің 2-5-ші күнінде байқалады. Көбінесе гормоналды гингивиттер жақ сүйектерінің остеопорозына байланысты тістердің қозғалғыштығының жоғарылауымен бірге жүреді. Жасөспірім кезеңінде әртүрлі эндокриндік бездердің белсенділігінде айтарлықтай өзгерістер болады. Жыныстық жетілу кезінде жыныс бездерінің функциясының жоғарылауы басқа ішкі секреция бездерінің қызметіне айтарлықтай әсер етеді және баланың балалық шағында болған гормоналды тепе-теңдікті бұзуы мүмкін. Эндокриндік жүйенің толыққанды қызметі организмдегі зат алмасу процестерінің қалыпты ағымын қамтамасыз етеді.

Авторлар пародонт тіндеріндегі алғашқы өзгерістер көбінесе жасөспірім кезінде байқалатындығын мәлімдейді.

ДДҰ мәліметтері бойынша, 80% пародонт ауруларымен ауыратыны белгілі; оның 88% - ы 11-13 жас аралығындағы балалар пародонт тіндеріндегі қабыну процестерінен зардап шегеді. Жас ұлғайған сайын пародонт тіндеріндегі патологиялық процестің ауырлығы мен дәрежесі арта түсетінін атап өтуге болады [3,6,9].

Осы кезеңдегі пародонт ауруларының дамуы мен ағымы өзінің ерекше көріністеріне ие, соның ішінде физиологиялық норма шегінде гипофиздік және фолликулды ынталандыратын гормондар деңгейінің төмендеуі- созылмалы гипертрофиялық гингивиттің белгілерін күшейтеді.

Көбінесе ювенильді гингивит қыздарда етеккір келгенге дейін бір жарым жыл бұрын пайда болуы мүмкін [7,14,22].

Иммундық жүйенің жұмысы организмдегі метаболикалық және микроциркуляторлық процестерді реттейтін нейрогормоналды жүйеге бағынады. Биологиялық тектес заттар, мысалы, табиғи тежегіш фактор, гуморальды эндогендік иммуносупрессанттар, антииммуноглобулиндер сияқты ингибиторлар гомеостазды сақтауда үлкен рөл атқарады. Көбінесе гормоналды гингивиттер жақ сүйектерінің остеопорозына байланысты тістердің қозғалғыштығымен бірге жүреді. Бұл жағдайда пародонттың қабыну реакцияларының таралуы мен қарқындылығы жасына қарай артады [10,24,21,29].

Диагностикалық әдістерді жетілдіру ауруды уақтылы диагностикалауға мүмкіндік бермейді немесе кеш сатысында диагноз қойылады.Жасөспірімдер мен жас ересектерде пародонттың қабыну ауруларының ағымы ерекше агрессивтілікпен және емдеуге төзімділікпен ерекшеленетіні белгілі (Безрукова и.в., Грудянов А. и., 2002; Мамаева е. в., 2007). Осы тақырып үнемі зерттелгеніне қарамастан, балалар мен жасөспірімдердегі пародонттың қабыну ауруларының патогенезі әлі күнге дейін түсініксіз.

Гингивит пен парадонтиттің пайда болуының негізі себебі , микроорганизмдердің патогендік әсерімен бірге жүретін қызыл иекте пайда болатын қабыну реакциясы екені белгілі. Дамып келе жатқан қабыну уақыт өте келе созылмалы сипатқа ие болады, қайталанады және ақырында тіс-қызылиек қосылысының, периодонтальды байламның, альвеолярлы сүйек тінінің резорбциясының бұзылуына әкеледі (Барер Г. М., Лемецкая Т. Н., 1996; Иванов В. С., 1998; Возная и. в., 2005).

Пародонт тіндерінің қабынуы қабыну процестерінің деңгейін, ауыз қуысының тіндерінің бұзылу көрсеткіштерін, эндогендік интоксикация дәрежесін сипаттайтын негізгі биохимиялық және иммунологиялық параметрлерді өзгертеді, бұл оларды пародонт тіндерінің күйінің маркерлері ретінде және емдеудің тиімділігін бағалау кезінде қолдануға мүмкіндік береді (Вавилова Т.п., 2008; Данилова И. Г. және т. б., 2010). Балалар мен жасөспірімдердегі пародонт ауруларын емдеудегі осы параметрлерді зерттеу кең ауқымды болып келеді. Балалар мен жасөспірімдердегі пародонт ауруларының этиологиясы мен патогенезін зерттеу нәтижелері әртүрлі. Сонымен қатар микробтық, жарақаттық, иммундық, қан тамырларының және басқа факторлардың рөлі жан-жақты зерттелген. Алайда, пародонт патологиясының дамуын түсіну үшін 1903 жылы Arckovy көрсеткен ішкі және сыртқы факторлардың арақатынасын білу өте маңызды. Этиологиялық фактор ешқашан өзін бір "нақты кінәлі" және тек бір ғана белгілі бір ауру ретінде көрсетпейді, ол тек организмге ғана әсеретпей, сонымен қатар оныменбірге әрекеттеседі[6,16,27].

Жасөспірімдік кезең организмнің диспропорционалды және дискордантты дамуымен сипатталады және физикалық , интеллектуалдық жүктеменің жоғарылауымен, қарқынды психикалық белсенділікпен және жоғары психоэмоционалды шиеленіспен сәйкес келеді, бұл физиологиялық тұрғыдан рұқсат етілген, әлдеқайда үлкен шектерде де дене жүйелерінің белсенділік көрсеткіштерінің айтарлықтай ауытқуына әкеледі. Атап айтқанда, вегетативті, эндокриндік жүйелердің шамадан тыс жүктелуіне, жоғары жүйке жұмысына, эмоционалды сала және нәтижесінде психосоматикалық аурулардың пайда болуының буынына айналады. Осыған байланысты жергілікті және жалпы қолайсыз факторлар пародонт тіндерінде жеңіл реактивті өзгерістерді де, ауыр морфологиялық бұзылуларды да тудыруы мүмкін [15,18,28,21].

Осыған байланысты, бүгінгі күні жасөспірімдік кезеңдегі клиникалық пародонтологияның өзекті мәселелерінің бірі пародонт ауруларын дифференциалды диагностикалау әдістерін дайындаудың түбегейлі жаңа тәсілдерін іздеу болып табылады, атап айтқанда, ағзаның жағдайына байланысты пародонт тіндеріндегі өзгерістерді бағалау. Сонымен қатар, клиникалық аурулардың пайда болуының алдындағы жағдайлардың диагностикасы әсіресе өзекті: норма мен патологияның шегіндегі функционалды (донозологиялық) жағдайлар, оларда қайтымды өзгерістер болуы да мүмкін[20,17,23].

Стоматологиялық технологиялардың дамуымен пародонттың қабыну аурулары бар науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік беретін емдеу процесін оңтайландырудың жаңа прогрессивті әдістері пайда болады. Стоматологияның қазіргі даму кезеңінде пародонттың қабыну ауруларын емдеуде кешенді тәсіл қарастырылған, оның мақсаты пародонттағы қабыну процестерін жою, пародонт кешені элементтерінің құрылымдық және функционалдық қасиеттерін қалпына келтіру, жергілікті және жалпы қорғаныс факторларын арттыру.Бұған этиотропты, патогенетикалық және симптоматикалық терапияның үйлесімі қол жеткізеді [12,13,19].

Кейбір авторлар аскорбат, флокулин, Е дәрумені сияқты тікелей антиоксиданттар кешенін тағайындағаннан кейін пародонт ауруы бар науқастарды емдеу мерзімінің қысқарғанын атап өтеді. Бұл суда ерімейтін антиоксидант, сондықтан оны парентеральды енгізу мүмкін емес, клиникада ол тек жергілікті қолданылады. Дибунол, кейбір мәліметтерге сәйкес, пародонт тіндеріндегі қан айналымын қалыпқа келтіреді, жынысты тежейді, әлсіз бактерицидтік және иммуностимуляторлық қасиеттерге ие, сондықтан оны гингивит пен пародонтиттіңжеңіл дәрежелі ауырлығынемдеу үшін пародонтологиялық тәжірибеде қолдану ұсынылады. Дибунолдың тиімді дәрілік түрлері: 5% және 10% линимент, аппликациялар мен таңғыштар, 10% фонофорез ерітіндісі. 20% гель түріндегі прицетиннің пародонтитті емдеуде жақсы емдік әсер туралы деректер бар. Бұл биофлавоноидтар тобынан шыққан өсімдік тектес препарат. Ең жылдам әсер ету катаральды гингивит және созылмалы жеңіл пародонтиттің өршуі кезінде байқалды. Кейбір зерттеулер гингивиттің жергілікті терапиясы үшін құрамында каталаза, пероксидаза, фосфолипидтер және микроэлементтер бар өсімдік жасушаларының биомассасынан алынған антиоксидантты ферментті препаратты қолдануды ұсынады. Әдебиеттерге сәйкес, созылмалы пародонтиттегі клиникалық параметрлердің оң динамикасы антиоксидантты ферменттер мен каталаза, Q10 коферменті бар спирулиндер мен хлорелла негізіндегі диеталық қоспамен емдеуден кейін 2-3-ші күні байқалды. Мұндай қоспаны бірқатар авторлар 10 күн ішінде күніне 2 рет қызылиекке аппликация түрінде қолданды [5,8,11,25].

Қазіргі стоматологияда минималды жанама әсерлермен айқын оң әсер ететін емдеу әдістері үлкен қызығушылық тудырады. Осындай әдістердің бірі- фитотерапия. Бүгінгі таңда бұл ғылым қарқынды дамып келе жатқан ресми түрде танылған емдеу әдісіне айналды.

Фитотерапияның дәстүрлі емдеу әдістеріне қарағанда маңызды артықшылықтары: 1) фитотерапияда қолданылатын өсімдік тектес дәрілік заттар биологиялық белсенді заттардың әртүрлі топтарының болуына байланысты пародонт тініне кешенді әсер етуі мүмкін: антисептикалық, жансыздандырушы, бактерицидтік, бактериостатикалық, қабынуға қарсы, кератопластикалықжәне т. б.;

2) фитопрепараттардың уыттылығы төмен, олардың әсері жеңіл , аллергиялық реакциялардың сирек пайда болуымен сипатталады, бұл қажет болған жағдайда оларды науқасқа зиян келтірместен ұзақ (жылдар) қабылдауға мүмкіндік береді, өйткені оларға микро-және макроорганизмнің тұрақты бейімделуі дамымайды; 3) фитопрепараттарды барлық жастағы топтардағы пациенттерге ұсынуға болады; 4) өсімдік препараттарының маңызды артықшылығы , әдетте, биологиялық белсенді заттардың жағымды органолептикалық қасиеттері болып табылады; 5) фитопрепараттар тіндердің регенерация процестерінде ынталандырады. Сонымен қатар, дәрілік өсімдіктер жалпы макроорганизмге оң әсер етеді: ішектің қалыпты микрофлорасын қалпына келтіреді, дисбиозды жоюға көмектеседі және көптеген ішкі органдардың жұмысын қалыпқа келтіреді, сонымен қатар жалпы иммунитетті күшейтеді [4,26,30].Осы әдебиеттерді ескере отырып, біз ювенильді гингивитті кешенді емдеуге тырысып көрдік. Яғни электродепофорезге арналған аппаратты (патент) қолдана отырып,бұл әдісте алоэ негізіндегі фито препаратты қолдандық.

Н. 13 жастағы науқас бізге жоғарғы және төменгі жақтың қызыл иектерінде жаңатүзілістін болуы туралы шағымдармен жүгінді. Жыл бойы мазалап, қызыл иектің қызаруы мен қан кетуінен басталды. Науқас соңғы айда кейбір тістерде қозғалғыштықтың пайда болуын атап өтті.

Обьективті: гингивальды құрылымдардың гипертрофиялық қабынуының клиникалық негізгі симптомы қызылиектің патологиялық ұлғаюы, оның тығыздығы және эстетикаға сәйкес еместігі. Қызылиек гипертрофиялық өзгерістеріас қабылдауға кедергі болып табылады. Дикцияның бұзылуы, қызыл иектің беті бозғылт қызғылт түсті, біркелкі емес, кейде бұдырлы беті, қызыл иек қанталап ауырады. Тексеру барысында қатты және жұмсақ субгингивальды шөгінділер анықталады.Егер гипертрофиялық гингивит қанның қатар жүретін ауруларымен, атап айтқанда лейкемиямен бірге жүрсе, ауырсыну синдромының ауырлығы бірнеше есе артады. Ауырсыну тіпті өсіп кеткен қызыл иекке аздап тиген кезде де пайда болуы мүмкін, ал кейбір жағдайларда ол тыныштықта байқалады. Сонымен қатар, кез-келген механикалық әсер емізікшелердің ұлғаю процесін бастауы және геморрагияны тудыруы мүмкін.



Сурет1- операцияға дейін, Сурет 2-Жоғарғы жақ сүйегін хирургиялық емдеуден кейін.

Гингивитті емдеуді біз емдеу хаттамасына сәйкес микробтық бляшка мен тіс тасын алып тастаудан (тістерді кәсіби тазалау) және тістердің супер байланыс аймақтарын жоюдан бастадық.

Тісті таңдамалыегеу-пародонт аурулары үшін қолданылатын кешенді емдеу әдісі. Процедура табиғи және жасанды тістердегі окклюзия мен артикуляцияны түзету үшін қолданылады, шайнау жүктемесін тістерге біркелкі таратуға мүмкіндік береді. Бұл патологиялық процестің бастапқы және белсенді кезеңінде қолданылатын пародонт ауруларын кешенді емдеу жүйесіндегі ең кең таралған әдістердің бірі. Тегістеп егеудің негізгі мақсаты - бүкіл тіс қатарында біркелкі түйісу жасау, жақтың шамадан тыс жүктемесін жеңілдету және оны барлық тістерге біркелкі тарату. Шайнау қызметінде түйісетін тістердің қатты тіндері егеледі, содан кейін олар байланыс нүктелері жоқ тіс қатарымен түзетіледі.Осыған байланысты науқаста тістердің шамадан тыс жүктелу аймақтары анықталды. Бірінші кезеңде тіс беттерінің айқын тегіс еместігін жою үшін алдын-ала тегістеу процедурасы жүзеге асырылады. Тістер көп мөлшерде қысқарғанда міндетті түрде нүктелі түзету жүргізілді.

Әрі қарай, процедура дәл түзетуді қажет ететін басқа тістерде жүзеге асырылады.

Соңғы тегістеуден кейін фторидті жылтырататын пасталар қолданылады.

Гипертрофиялық гингивитті емдеу тағайындалды : хирургиялық емнен кейінгіауыз қуысын бір апта ішінде антисептикалық препараттармен 0,06% хлоргексидин ерітіндісімен шаю , сондай-ақ қабынуға қарсы препараттар; 5% бутадиен жақпасы, 3% ацетилсалицил қышқылы жақпасы , индометацинді жақпаны қызылиекке аппликация түрінде немесе емдік таңғыш құрамында, сондай-ақ гепарин жақпасы Гепароид.

Қабынуды жою немесе азайту үшін алоэ ерітіндісімен электро-депофорез тағайындалды (15 минутқа созылатын 7 процедура).

Сондай-ақ, 0,2-0,3 мл мөлшерінде қызылиек емізікшелерінің гипертрофияланған ошақтарына (барлығы 4-5) инъекция түрінде тримекаинмен лидаза (64 бірлік), сондай-ақ глюкоза (40-50 мл) және новембихин тағайындалды.

Массаж, дарсонвализация, дәрілік электрофорез (гепарин, кальций глюконаты) тағайындалды.Гипертрофиялық гингивиттің ісіну формасы фиброзға ауысқаннан кейін олар гипертрофияланған қызыл иекті хирургиялық жолмен алып тастаймыз , гингивэктомия лазерлік абляция әдісімен жүргізілді.

Инфильтрациялық анестезия кезінде гипертрофияланған қызыл иектің абляциясы жасалды, содан кейін хирургиялық жара йодоформды тампонмен жабылды.№ 7 алоэ иондалған сығындысымен электро-депофорез жүргізілді

Сондай-ақ суперконтакт учаскелерін түзетілді.

Қорытынды

Осылайша, гингивиттің гипертрофиялық түрін диагностикалау және емдеу бойынша жоғарыда келтірілген зерттеулер алоэ иондалған сығындысын қолдана отырып, жоғары энергиялы лазерлік абляцияны және электро-депофорезді қолдану арқылы біріктірілген емдеуді қолдану емдеудің жоғары тиімділігін және қызылиек құрылымын қалпына келтіру мерзімін қысқартқанын көрсетті. Осы емдеу әдістерін қолдану тиімділігі 1.7 рет тиімді болды.Осылайша, емдеудің бұл әдісі жоғары энергиялы лазер мен электро-депофорезді қолдана отырып, ортопедиялық түзету және физиотерапиялық емдеу әдісін жүргізу арқылы , гипертрофиялық гингивитті емдеудің балама әдісі ретінде практикалық денсаулық сақтау саласына ұсынылуы мүмкін.

**Қолданылған әдебиеттер:**

1. Антонова И.Н., Косова Е.В., Останина О.Н. Связь показателей местной неспецифической и иммунной защиты с рН ротовой жидкости у молодых пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // Пародонтология. – 2015. – Т. 20, №4 (77). – С. 45-48.

2. Атрушкевич В.Г. Диагностика и лечение заболеваний пародонта при нарушении минерального обмена: Автореф. дис. канд.

мед. наук. – М., 2010. – 18 с.

4. Бирюкова Ю.А. Сравнительный анализ эффективности лечения гипертрофического гингивита фитопрепаратом, диоксидиновой и ортофеновой мазями // Рос. стоматол. журн. – 2014. – №4. – С. 25-28.

5. Гончарова Е.И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта

// Рос. стоматол. журн. – 2012. – №3. – С. 48-52.

6. Грудянов А.И., Александровская И.Ю., Корзунина В.Ю. Изучение клинической эффективности лечебно-профилактических средств линии «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2008. – №3. – С. 55-57.

7. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Изучение эффективности геля на основе эфирных масел в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2016. – №3 (30). – С. 38-42.

8. Гуломов С.С. Определение эффективности лечения хронического катарального гингивита в детском возрасте путем воздействия на патогенную микрофлору // Стоматол. детского возраста и проф. – 2010. – Т. 9, №3. – С. 32-34.

9. Детская терапевтическая стоматология: Нац. руководство; Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 896 с.

10. Ермольев С.Н., Кисельникова Л.Н., Кузнецова Г.И. Оценка состояния микроциркуляции и оксигенации тканей пародонта при гингивите у детей подросткового возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2016. – Т. 15, №3 (58). – С. 18- 21.

11. Камилов Х.П., Камалова М.К., Тахирова К.А. Применение МИЛ-терапии при лечении

периоды: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Воронеж, 2011. – 24 с.

12. Масумова В.В., Булкина Н.В., Осипова Ю.Л. и др. Отдаленные результаты лечения хронических гингивитов // Соврем. наукоемкие технологии. – 2008. – №3. – С. 56.

13. Трифонов В.Д., Белякова Т.Д., Зубрицкая С.П., Шубин А.С. Ионный состав слюны как показатель моторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей// Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11, №3. – С. 97.

14. Усманова И.Н. и др. Диагностические критерии хронического гингивита и пародонтита у лиц молодого возраста // Пародонтология. – 2014. – №4 (73). – С. 44-49.

15. Aboodi G.M. et al. Salivary Cytoprotective Proteins in Inflammation and Resolution during Ex- perimental Gingivitis − A Pilot Study // Front. Cell. Infect. Microbiol. – 2016. – №5. – Р. 92.2

16. Candotto V., Lauritano D., Carinci F. et al. Silver-Based Chemical Device as an Adjunct of Do- mestic Oral Hygiene: A Study on Periodontal Pa- tients // Materials (Basel). – 2018. – Vol. 11, №8.

17. Ippolitov E.V., Didenko L.V., Tzarev V.N. Тhe characteristics of morphology of biofilm of periodontium under inflammatory diseases of gums (chronic catarrhal gingivitis, chronic periodon- titis, candida - associated periodontitis) accord- ing results of electronic microscopy // Клин. лаб. диагностика. – 2015. – Vol. 60, №12. – Р. 59-64.

18. Kiselnikova L., Boyarkina E., Pikilidi T. et al. State value of oral hygiene and periodontal tis- sues in children of Moscow // Abstracts of the 23rd Congress of the International Association of Paedi- atric Dentistry. – Athens (Greece), 2011. – P. 19.