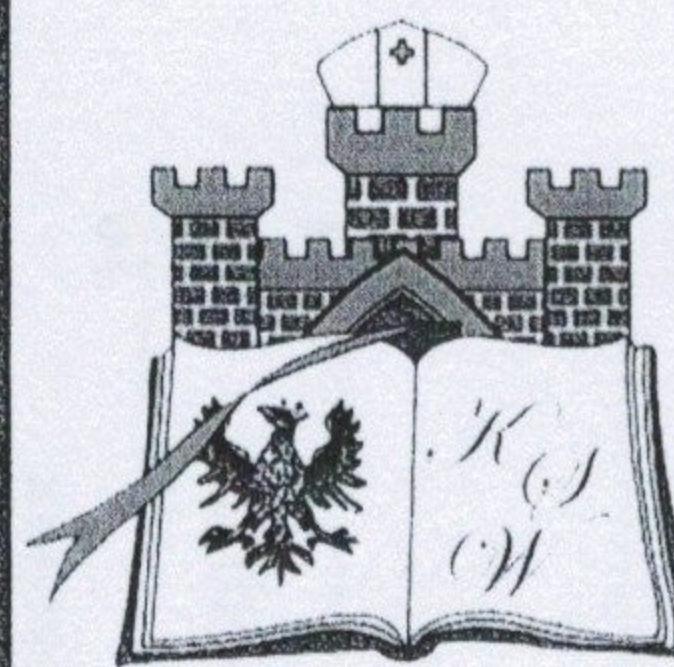


Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku  
(Cuiavian University in Włocławek)



**PROSPECTS FOR  
THE DEVELOPMENT  
OF MEDICINE  
IN EU COUNTRIES  
AND UKRAINE**

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE

Włocławek, Republic of Poland  
December 21–22, 2018



International scientific and practical conference «Prospects for the development of medicine in EU countries and Ukraine» Włocławek, Republic of Poland, December 21–22, 2018. Włocławek: Izdawnictwo «Baltija Publishing», 2018. 140 pages.

#### ORGANISING COMMITTEE

dr **Marek Zieliński**, Dean of the Faculty of Health Sciences of Cuiavian University in Włocławek;

prof. dr hab. **Waldemar Jędrzejczyk**, Faculty of Health Sciences of Cuiavian University in Włocławek;

prof. dr hab. **Ludwik Malendowicz**, Faculty of Health Sciences of Cuiavian University in Włocławek.

Each author is responsible for content and formation of his/her materials.  
The reference is mandatory in case of republishing or citation.

## CONTENTS

### CLINICAL MEDICINE

Аналіз коморбідних станів та особливостей перебігу анкілозивного спондилоартриту в сучасних умовах <b>Антіпова Н. М.</b> .....	7
Стан кровоплину у фетоплацентарному комплексі на фоні маловоддя <b>Басюга І. О.</b> .....	9
Аналіз можливостей формулювання прогностичної моделі функціонування прямих композитних реставрацій з врахуванням індивідуальних характеристик оклюзії пацієнта <b>Войтович В. І.</b> .....	11
Clinical backgrounds of fetal growth retardation development <b>Vorobii V. D.</b> .....	14
Immunity peculiarities of neonates in case of perinatal pathology <b>Godovanets O. S.</b> .....	17
Мозговой инсульт – патогенетическая идентичность сосудистых катастроф <b>Ибрагимова Е. Л.</b> .....	18
Сповільнена консолідація переломів нижньої щелепи: практичні рекомендації щодо профілактики та лікування <b>Ідашкіна Н. Г.</b> .....	20
Санация ротової порожнини у дітей під загальним знеболенням в амбулаторних умовах <b>Коваль О. І.</b> .....	23
Імунологічні зміни у хворих на генералізований пародонтит з проявами психологічного стресу <b>Кононова О. В.</b> .....	26
Морфометричне дослідження запального інфільтрату при гострих гнійних одонтогенних запальних захворюваннях обличчя <b>Кручак Р. Ю.</b> .....	29
The impact of viral hepatitis B on the function of the fetoplacental complex <b>Kurtash N. Ya.</b> .....	31
Аналіз протоколів патологоанатомічного дослідження пацієнтів на алкогольний цироз печінки <b>Матковська Н. Р., Багрій М. М., Вірстюк Н. Г.</b> .....	34
Компьютерная томография в диагностике диабетической ангиопатической энцефалопатии <b>Михайличенко Т. Е.</b> .....	37
Аналіз щелепно-лицевих поранень у зоні АТО <b>Назар Н. С., Назар С. Л., Нечипор Н. О.</b> .....	40



## ІМУНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ПРОЯВАМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ

**Кононова О. В.**

*кандидат медичних наук,*

*старший науковий співробітник лабораторії фізичних факторів довкілля  
ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України»  
м. Київ, Україна*

На сьогодні вважають, що захворювання пародонта ініціюють мікроорганізми. Проте реакції відповіді хазяїна, як вважають, відіграють істотну роль в руйнуванні сполучної тканини і кістки альвеолярного відростка. Мікробні антигени і фактори вірулентності викликають запальні та імунні реакції [26, с. 1503], зміни в цитокінах та інших антимікробних реакціях відповіді [10, с. 14; 13, с. 14].

Коли бактерії вторгаються в тканини пародонта, відбувається їх руйнування захисними реакціями організму хазяїна. Клітини організму хазяїна вивільняють цитокіни, які подають сигнали іншим клітинам, щоб розпочати функції захисту [17, с. 161; 19, с. 126]. Відбуваються зміни факторів резистентності організму пацієнта, його імунного статусу тощо [24, с. 1]. Значний вплив на цю взаємодію справляють загальносоматичні захворювання, соціально-економічний стан хворого, куріння тютюну та психологічний стрес [6, с. 352; 11, с. 1041; 12, с. 288].

Серед цих факторів значне місце займає психологічний стрес, який є важливим чинником розвитку багатьох захворювань, зокрема і уражень пародонта [5, с. 83; 15, с. 1560]. Накопичено досить багато клінічних даних та експериментальних досліджень стосовно впливу стресу на тканини пародонта [11, с. 1041; 12, с. 288; 16, с. 91; 20, с. 199]. Проте вважати це питання остаточно вирішеним є ще досить рано.

Патогени пародонта викликають імунну гуморальну відповідь, таку як виробництво імуноглобуліну (Ig). Ці показники можуть бути виміряні на місцевому рівні в ротовій рідині або системно в сироватці крові [9, с. 817; 14, с. 362]. Під час лікування намагаються спробувати зменшити, контролювати або переносити стан стресу. Це вимагає коригування, адаптації та стратегій протистояння [21, с. 54].

Величина стресу є мірою відповідно до пікових рівнів гормонів стресу, нейромедіаторів і інших фізіологічних змін, в тому числі підвищенням рівня частоти серцевих скорочень і артеріального тиску, і за тривалістю часу, протягом якого ці зміни тривають під час і після впливу стресора. Таким чином, поєднання інтенсивності і тривалості становлять величину напруги [8, с. 785]. Тому рівень стресу можна виміряти, визначаючи певні імунологічні показники.

Одним з таких показників, який відображає рівень імунного захисту є вміст кортизолу у ротовій рідині [7, с. 211]. Визначення рівня кортизолу у ротовій рідині може слугувати показником рівня стресу та захворюванням пародонта.

**Мета дослідження.** Визначення рівня кортизолу у ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит у разі наявності у них психологічного стресу.

**Матеріал та методи дослідження.** Дане дослідження проведене на групі з 30 пацієнтів молодого віку. Вони були розділені на 2 підгрупи. Першу підгрупу склали 20 хворих на генералізований пародонтит та проявами психологічного стресу. Другу – 10 хворих на генералізований пародонтит без проявів стресу.

Наявність та рівень психологічного стресу оцінювали за допомогою опитувальників (DASS-21; Спілбергера-Ханіна). [4, с. 45; 23, с. 31; 25, с. 121]. Всім пацієнтам було проведене комплексне обстеження стану тканин пародонта з визначенням пародонтальних індексів: Green-Vermillion (1964), РМА [1, с. 92; 2, с. 12; 18, с. 86].

Вміст кортизолу визначали в зразках ротової рідини, які збирали натщесерце в спеціальну пробірку Еппендорфа (Eppendorf). Вміст кортизолу в нмоль/л визначали за допомогою комплексу RP Elecsys (Roche Diagnostics, США) в аналізаторі Cobas e 411 [7, с. 211; 22, с. 169]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили в пакеті «STATISTICA 6.1» [3, с. 72].

**Результати дослідження.** У першій підгрупі були хворі на генералізований пародонтит, хронічного перебігу, I ступеня з проявами психоемоційного стресу. Рівень гігієни порожнини рота у них був на рівні доброго і індекс гігієни становив у середньому 1,57. Запалення ясен було незначним, проба Шіллера-Писарева була в межах маргінальних ясен жовто-коричневого забарвлення. Індекс РМА був у середньому 38,6%. Вміст кортизолу у ротовій рідині становив  $41,67 \pm 5,67$  нмоль/л.

У другій підгрупі були хворі на генералізований пародонтит, хронічного перебігу, I ступеня. У них були відсутні прояви психоемоційного стресу. Рівень гігієни порожнини рота у них був на рівні доброго і індекс гігієни становив у середньому 1,33. Запалення ясен було незначним, проба Шіллера-Писарева була в межах маргінальних ясен жовтого забарвлення. Індекс РМА був у середньому 34,3%. Вміст кортизолу у ротовій рідині становив  $24,33 \pm 5,47$  нмоль/л.

Проведений статистичний аналіз отриманих даних показав наявність кореляції між рівнем кортизолу та станом гігієни порожнини рота (гігієнічним індексом). Поєднання психоемоційного стресу із захворюванням пародонта – генералізованим пародонтитом приводить до значного підвищення рівня кортизолу у ротовій рідині – до  $41,67 \pm 5,67$  нмоль/л. Його вміст статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізняється від рівня кортизолу у пацієнтів другої підгрупи.

**Висновки.** Проведене дослідження дозволяє підтвердити, що наявність захворювання пародонта і поєднання його з психологічним стресом справляє значний вплив на рівень кортизолу у ротовій рідині. Даний показник може бути використаний для оцінки ступеня тяжкості захворювання пародонта та ефективності його комплексного лікування у пацієнтів з проявами психологічного стресу.



## Література:

1. Данилевський М. Ф. Захворювання пародонта / М. Ф. Данилевський А. В. Борисенко, А. М. Політун [та ін.] / за ред. А.В.Борисенка. Київ: Медицина, 2008. 614 с.
2. Иванов В.С., Баранникова И.А., Балашов А.Р. Диагностика состояния пародонта с использованием стандартных показателей (индексов). Москва, 1982. 21 с.
3. Мінцер О. П. Вороненко Ю.В., Власов В.В. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині. Київ: Вища школа, 2003. 350 с.
4. Радюк О.М. Восьмифакторный личностный опросник Спилбергера-Радюка. Минск: РИВШ, 2009. 96 с.
5. Тарасенко Л.М., Петрушанко Т.А. Стресс и пародонт. Полтава, 1999. 192 с.
6. Akhter R., Hannan M., Okhuba R., Morita M. Relationship between stress factor and periodontal disease in a rural area population in Japan. Eur. J. Med. Res. 2005; 10(8): 352-357.
7. Chiu SK, Collier CP, Clark AF, Wynn-Edwards KE. Salivary cortisol on ROCHE Elecsys immunoassay system: Pilot biological variation studies. Clin Biochem. 2003;36:211-4.
8. Dhabbar F.S. Stress-induced augmentation of immune function-the role of stress hormones, leucocyte trafficking, and cytokines. Brain. Behav. Immun. 2002; 16(6): 785-798.
9. Gaffen S., Hajishengallis G. A new inflammatory cytokine on the block: rethinking periodontal disease and the Th1/Th2 paradigm in the context of Th7 cells and IL-17. J. Dent. Res. 2008; 87(9): 817-818.
10. Gemmell E., Yamazaki K., Seymour G. The role of T cells in periodontal disease: homeostasis and autoimmunity. Periodontology 2000. 2007; 43(1): 14-40.
11. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases. J Periodontol. 1996;67:1041-9.
12. Genco RJ, Ho AW, Kopman J, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA, et al. Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. Ann Periodontol. 1998;3:288-302.
13. Kinane D., Demuth D., Gorr S., Hajishengallis G., Martin M. Human variability in innate immunity. Periodontology 2000. 2007; 45(1): 14-34.
14. Korn T., Oukla M., Kuchroo V., Bettelli E. Th7 cells: effector T cells with inflammatory properties. Semin. Immunol. 2007; 19(6): 362-371.
15. Kornman K. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look / K. Kornman // J. Periodontol. 2008; 79 (8): 1560-1568.
16. LeResche L, Dworkin SF. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: Review of concepts and current findings. Periodontol 2000. 2002;30:91-103.
17. Liu C., Hou L., Wong M., Rossomando E. Relationships between clinical parameters, Interleukin 1b and histopathology findings of gingival tissue in periodontal tissue in periodontitis patients. Cytokine. 1996; 8(2): 161-167.
18. Parma C. Parodontopathien. Leipzig, I. A. Verlag, 1960. – 203 S.

19. Rawlinson A., Dalati M., Rahman S., Fairlough A. Interleukine-1 and IL-1 receptor antagonist in gingival crevicular fluid. J.Clin.Periodontol. 2000; 27(10): 126-131.
20. Reners M., Breex M. Stress and periodontal disease. Int. J. Dent. Hyg., 2007; 5 (4): 199-204.
21. Sateesh C.P., Santosh K.R., Pushpalatha G. Relationship between stress and periodontal disease. J. Dent. Sci. Res. 2010; 1(10): 54-61.
22. Saiyudthong S, Suwannarat P, Trongwongsa T, Srisurapanon S. Comparison between ECL and ELISA for the detection of salivary cortisol and determination of the relationship between cortisol in saliva and serum measured by ECL. ScienceAsia. 2010;36:169-171.
23. Smith C.K., Peterson D.F., Degenhardt B.F., Johnson J.C. Depression, anxiety, and perceived hassels among entering medical students. Psychol. Health. Med., 2007; 12 (1): 31-39.
24. Soory M. Association of periodontitis with rheumatoid arthritis and atherosclerosis: novel paradigm in etiopathogenesis and management. Open Access Rheumatol. Res. Rev., 2010; 2: 1-16.
25. Spielberger C D. Test Anxiety Inventory. Sampler Set. Manual, Test, Scoring / C.D. Spielberger. – Redwood City: Mind Garden, 1980. – 240 p.
26. Van Dyke T.E., Kornmann K.S. Inflammation and factors that may regulate inflammatory response. Review. J. Clin. Periodontol., 2008; 79 (8): 1503-1507.

### МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАПАЛЬНОГО ІНФІЛЬТРАТУ ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРИВАННЯХ ОБЛИЧЧЯ

**Кручак Р. Ю.**

*кандидат медичних наук,*

*асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна*

В даних тезах наведені результати морфометричного дослідження м'яких тканин стінки, яка оточує гнійно-запальне вогнище, при абсцесах та флегмонах у 76 хворих. Доведено, що застосування методу діагностичної медичної пліометрії дозволяє спрогнозувати характер перебігу гострого запального процесу щелепно-лицевої ділянки. [2,5,7].

Однією із найбільших проблем хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії є гострі гнійні одонтогенні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки м'яких тканин обличчя, що становлять 20-60% усіх запальних процесів ШЦД [4, 9,10]. Незважаючи на багатовікову історію вивчення патогенезу даної групи захворювань, залишається ще багато невирішених питань, що часто призводить до значних труднощів у діагностиці і терапії [1, 3, 6, 8].