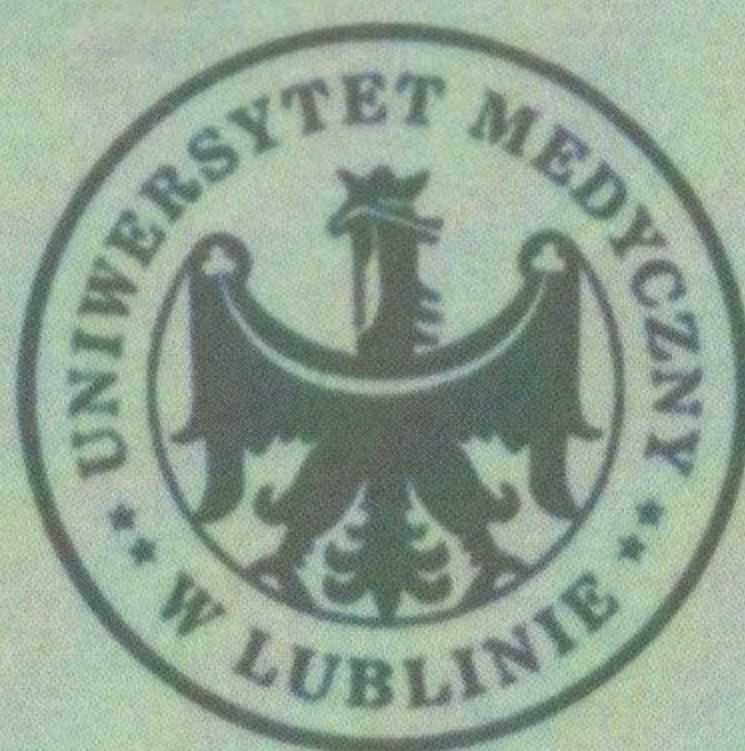


MEDICAL
UNIVERSITY
OF LUBLIN



MEDICINE UNDER THE MODERN CONDITIONS OF INTEGRATION DEVELOPMENT OF EUROPEAN COUNTRIES

INTERNATIONAL
SCIENTIFIC CONFERENCE

MAY 10-11

L U B L I N , Republic of Poland

2 0 1 9

International scientific conference «Medicine under the modern conditions of i
gration development of European countries» : Conference proceedi
May 10–11, 2019. Lublin : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 316 pages.

Organising Committee

prof. dr hab. n. med. **Ryszard Maciejewski**, MD, Ph.D., Dean of the I Faculty
of Medicine with Dentistry Division, Medical University of Lublin;
prof. **Jolanta Szymańska**, MD, Ph.D, Vice-Dean of the I Faculty of Medicine
with Dentistry Division, Medical University of Lublin.

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

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ПРОЯВАМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

Кононова О. В.

кандидат медичних наук,

старший науковий співробітник

*Інституту громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України
м. Київ, Україна*

Актуальність. Наявність стресу справляє значний вплив на резистентність організму і, відповідно, на розвиток, перебіг та лікування захворювань пародонта [9, с. 59; 10, с. 91]. Його наявність слід враховувати у разі комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.

Для медикаментозної підготовки хворих на генералізований пародонтит в умовах психоемоційного стресу був запропонований комплекс медикаментозних засобів: зоксон (по 0,002 г 1 раз на день), ніцерголін (по 0,005 г 3 рази на день), сібазон (по 0,005 г 1 раз на день) [3, с. 26; 4, с. 8]. Попередніми проведеними нашими експериментальними дослідженнями показаний позитивний вплив комплексу адреноблокаторів на розвиток ураження пародонта [5, с. 86; 6, с. 36].

Мета. Визначення ефективності застосування запропонованого комплексу адреноблокаторів у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу в разі наявності у них психоемоційного стресу у найближчі та віддалені терміни спостережень.

Матеріал і методи дослідження. Проведено клініко-лабораторне обстеження та лікування 50-ти хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня, хронічного перебігу та проявами психологічного стресу. Основну підгрупу склали 30 пацієнтів, в підгрупі порівняння було 20 хворих.

Рівень психологічного стресу оцінювали за допомогою опитувальників (DASS-21; Спілбергера-Ханіна), які заповнювали пацієнти [8, с.48].

В комплексному лікуванні пацієнтів основної підгрупи застосовували комплекс адреноблокаторів для пригнічення проявів психологічного стресу (Патент України на корисну модель №133328 від 25.03.2019р., О.В. Кононова Спосіб лікування генералізованого пародонтиту у хворих з психоемоційним стресом). Пацієнтам підгрупи порівняння проводили аналогічне до пацієнтів основної підгрупи лікування, але без застосування комплексу адреноблокаторів.

Хворим на генералізований пародонтит проводили місцеве лікування за схемою SRP-терапії. Наявність запалення в яснах виявляли та оцінювали за допомогою проби Шіллера-Писарева (1962) та індексу ПМА за С. Парма (1961). Стан гігієни порожнини рота оцінювали за допомогою індексу ОНІ-S (1964), оцінку рівня кровоточивості ясен за індексом кровоточивості РВІ

(HR Mühlemann, S.Son, 1971). В цілому стан пародонта оцінювали за допомогою пародонтального індексу ПІ за A.L. Russel [1, с. 39]. Діагноз захворювання пародонта встановлювали за класифікацією М.Ф.Данилевського [2, с.17]. Отримані результати обробляли статистичними методами за допомогою персональних комп'ютерів [7, с. 36].

Результати дослідження. Після проведеного лікування у пацієнтів поліпшувався гігієнічний стан порожнини рота. Індекс гігієни ОНІ-S у хворих з I ступенем генералізованого пародонтиту основної підгрупи зменшувався з $1,67 \pm 0,16$ бала до $0,45 \pm 0,05$ бала, у хворих з II ступенем захворювання він знизився з $1,76 \pm 0,15$ до $0,47 \pm 0,04$ бала. У пацієнтів підгрупи порівняння з I ступенем генералізованого пародонтиту він зменшувався з $1,74 \pm 0,17$ бала до $0,75 \pm 0,07$ бала, у хворих з II ступенем – з $1,81 \pm 0,16$ до $0,77 \pm 0,07$ бала. Зменшувався рівень запалення у яснах пацієнтів обох дослідних підгруп. Визначення кількісного значення проби Шіллера-Писарева за йодним числом Свракова показало, що у пацієнтів основної підгрупи воно зменшувалося з $2,4 \pm 0,21$ до лікування до $1,2 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) після проведеного лікування: у хворих з I ступенем – з $2,15 \pm 0,17$ до $1,03 \pm 0,08$ бала і у хворих з II ступенем з $2,53 \pm 0,19$ до $1,29 \pm 0,09$ бала. У підгрупі порівняння воно зменшувалося відповідно з $2,6 \pm 0,21$ до $1,5 \pm 0,01$ ($p < 0,05$): у хворих з I ступенем – з $2,43 \pm 0,18$ до $1,19 \pm 0,08$ бала і у хворих з II ступенем з $2,76 \pm 0,19$ до $1,41 \pm 0,09$ бала.

Про зниження рівня запалення свідчили значення індексу ПМА. До лікування його значення у пацієнтів основної підгрупи становило в середньому $64,9 \pm 2,9\%$: у хворих з I ступенем – $61,3 \pm 2,2\%$ і з II ступенем – $66,7 \pm 2,6\%$. Після проведеного лікування значення індексу ПМА знижувалося в середньому до $7,3 \pm 0,71\%$: у хворих з I ступенем – до $7,1 \pm 0,74\%$ і з II ступенем – до $8,2 \pm 0,8\%$. У пацієнтів підгрупи порівняння значення індексу ПМА до лікування становило в середньому $66,55 \pm 2,72\%$: у хворих з I ступенем – $64,7 \pm 2,2\%$ і з II ступенем – $69,3 \pm 2,8\%$. Після проведеного лікування значення індексу ПМА знижувалося в середньому до $9,8 \pm 0,8\%$: у хворих з I ступенем – до $8,9 \pm 0,7\%$ і з II ступенем – до $10,9 \pm 0,9\%$.

Після проведеного комплексного лікування пацієнти відмічали зниження кровоточивості ясен. Про це свідчили значення індексу РВІ. У хворих на генералізований пародонтит основної підгрупи його значення знижувалося в середньому з $2,69 \pm 0,19$ бала до лікування до $0,67 \pm 0,07$ бала після лікування: у хворих з I ступенем – з $2,56 \pm 0,19$ до $0,52 \pm 0,05$ бала і у хворих з II ступенем з $2,74 \pm 0,19$ до $0,65 \pm 0,06$ бала. У пацієнтів підгрупи порівняння значення індексу РВІ знижувалося в середньому з $2,58 \pm 0,21$ бала до $0,88 \pm 0,06$ бала: у хворих з I ступенем – з $2,45 \pm 0,18$ до $0,75 \pm 0,07$ бала і у хворих з II ступенем з $2,77 \pm 0,19$ до $0,82 \pm 0,07$ бала.

Про стан всього комплексу тканин пародонта на етапах лікування свідчать зміни пародонтального індексу (ПІ). У хворих на генералізований пародонтит основної підгрупи з I ступенем захворювання його значення знижувалося з $1,63 \pm 0,37$ бала до $0,56 \pm 0,05$, а у пацієнтів з II ступенем воно зни-

жувалося з $3,34 \pm 0,32$ до $0,71 \pm 0,07$ бала. У середньому у пацієнтів основної підгрупи значення індексу ПІ знизилося з $2,34 \pm 0,3$ до $0,64 \pm 0,06$ бала.

У пацієнтів підгрупи порівняння значення індексу ПІ у середньому знижувалося з $2,29 \pm 0,3$ до $0,84 \pm 0,06$ бала: у хворих з I ступенем – з $2,15 \pm 0,18$ до $0,72 \pm 0,07$ бала і у хворих з II ступенем з $2,63 \pm 0,19$ до $0,83 \pm 0,08$ бала.

Дані отримані у пацієнтів основної підгрупи і підгрупи порівняння статистично достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися між собою.

Для підтвердження ефективності проведеного лікування пацієнти були обстежені через 6 та 12 місяців після проведеного курсу лікування. Їм був проведений такий же ж комплекс обстеження, як і до лікування. Всього через 6 місяців після проведеного лікування було обстежено 29 (96,67%) з 30 пацієнтів основної підгрупи і через 12 місяців 28 (93,33%) з 30 пацієнтів основної підгрупи. Відповідно через 6 місяців було обстежено 19 (95,0%) з 20 хворих, через 12 місяців – 17 (85,0%) хворих підгрупи порівняння.

Проведене через 6 місяців обстеження пацієнтів виявило у 25 (86,21%) з 29 обстежених основної підгрупи задовільний стан тканин пародонта, що відповідав стану стабілізації патологічного процесу. У 4 (15,79%) відмічена гіперемія, набряк слизової ясен і незначна кількість зубних відкладень. Через 12 місяців після проведеного курсу лікування задовільний стан тканин пародонта відмічений у 23 (82,14%) з 28 обстежених пацієнтів. Відповідно через 6 місяців задовільні результати лікування виявлені у 14 (73,68%) з 19 хворих, через 12 місяців – у 13 (76,47%) з 18 пацієнтів.

Досягнутий клінічний стан стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті підтверджували дані індексних показників. Клініко-лабораторні показники в підгрупі порівняння були задовільними, проте дещо нижчими, ніж у основній групі хворих із захворюванням пародонта.

Висновки. Таким чином, отримані клініко-лабораторні результати обстеження пацієнтів у найближчі та віддалені (6 та 12 місяців) терміни спостережень свідчать про клінічну ефективність застосування комплексу адреноблокаторів для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами психосоматичного стресу.

Література:

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – К.: ВСИ «Медицина», 2013. – 456 с.
2. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта. Вісник стоматології, 1994. № 1. С.17–21.
3. Кононова О. В. Влияние линкомицина на состояние пародонта у крыс с адреналиновым стрессом. Вісник стоматології, 2016. Т. 96. № 3. С. 26-28.
4. Кононова О. В., Борисенко А. В., Левицкий А. П. Влияние оральных гелей квертулина и адреноблокаторов на состояние пародонта у крыс с адреналиновым стрессом. Вісник стоматології, 2016. Т. 97. № 4. С. 8-11.

5. Кононова О. В. Экспериментальне обґрунтування застосування адреноблокаторів. Современная стоматология, 2018. № 2. С. 86-89.

6. Кононова О. В. Патогістологічне дослідження впливу комплексу адреноблокаторів на регенерацію кістки щелепи. Современная стоматология. 2018. № 3. С. 36-38.

7. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Обработка клінічних та експериментальних даних у медицині. К.: Вища шк., 2003. – 350 с.

8. Радюк О.М. Восьмифакторный личностный опросник Спилбергера-Радюка. – Минск: РИВШ, 2009. – 96 с.

9. Genco R.J., Borgnakke W.S. Risk factors for periodontal disease. Periodontol 2000. 2013. V. 62/ P. 59-94.

10. LeResche L, Dworkin S.F. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: Review of concepts and current findings. Periodontol 2000. 2002. V.30. P. 91–103.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВИГОТОВЛЕННЯ БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ З АКРИЛОВОЇ ПЛАСТМАСИ

Кривчук О. А.

асистент кафедри ортопедичної стоматології
ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
м. Дніпро, Україна

Протягом 60 років акрилові пластмаси широко використовуються для виготовлення базисів зубних знімних протезів, що пов'язано з цілою низкою їх позитивних якостей (висока технологічність, відносно невелика токсичність, низька вартість та доступність, естетичні якості). Проте одним з головних недоліків даної групи стоматологічних матеріалів є наявність залишкового мономеру (метилметакрилату), який на відміну від біоінертного полімеру, характеризується токсичними властивостями. Доведено, що мономер знижує титр лізоциму в слині, тим самим знижуючи місцевий імунітет. Окрім того, мономер є протоплазматичною отрутою, надзвичайно активною при контакті з тканинами порожнини рота, а також здатною чинити токсичну дію на весь організм [1, с. 179-183].

Виходячи з вищезазначеного, для вдосконалення технології виготовлення базисів знімних зубних протезів з акрилових пластмас, зокрема щодо інтенсивності впливу залишкового мономеру, нами запропонована методика покриття їх внутрішньої поверхні розчином полівінілового спирту. Для доведення ефективності даної методики та доцільності її клінічної апробації нами проведено представлене експериментальне дослідження.