

Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku
(Cuiavian University in Wloclawek)



PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF MEDICINE IN EU COUNTRIES AND UKRAINE

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE

Włocławek, Republic of Poland
December 21–22, 2018

- On the range of drugs of androgenic action
on the pharmaceutical market of Ukraine and prospects of its expansion
Romas K. P., Semchenko K. V...... 116

MEDICAL AND BIOLOGICAL SCIENCES: INNOVATIONS OF THE FUTURE

- Zasady leczenia rekonstrukcyjnego u sportmenek po przeniesionych
ginekologicznych interwencjach operacyjnych
Bugajewski K. A., Baczyńska N. W...... 120
- Zastosowanie medycznej kultury fizycznej
u kobiet przy pomocy nastawy wewnętrznych organów płciowych
Bugajewski K. A., Czerepok A. A...... 124
- Вплив унітіолу на функцію нирок у тварин різного віку
на тлі водного навантаження
Гордієнко В. В., Косуба Р. Б., Гордієнко І. К...... 127
- Прояви гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби в ротовій порожнині
Керзюк О. П., Рожко М. М...... 129
- Experimental investigation of pharmacological
and hypoglycemic properties of nanochromium citrate
Sadogurska K. V., Kosuba R. B., Yaremii I. M...... 131

PREVENTIVE MEDICINE

- Проблеми гігієнічного виховання населення Чернівецької області
Бідучак А. С...... 133
- Анемічний синдром як маркер ефективності
профілактичної роботи лікаря ЗПСМ в сільській місцевості
Височина І. Л., Ніколаєнко-Камишова Т. П., Василевська І. В...... 135
- Сучасні технології спілкування: вплив на стан тривожності дівчат
підлітків та необхідність його контролю та превентивної профілактики
Височина І. Л., Крамарчук В. В., Яшкіна Т. О...... 137
- Професійна гігієна порожнини рота – ефективна складова
лікування та профілактики хвороб пародонта
Вороніна І. Є., Кананович Т. М...... 141
- Epidemiological situation of the measles in the Poltava region and Ukraine
**Pikul K. V., P'chenko V. I., Priluckiy K. Yu.,
Syzova L. M., Chebotar O. V.**..... 144
- Обізнаність студентів про здоровий спосіб життя
Різник О. І...... 147
- Стан стоматологічного здоров'я у дітей України
Хоменко Л. О., Остапко О. І., Сороченко Г. В., Голубєва І. М...... 149

CLINICAL MEDICINE

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ КАШЛЮ ВІКОМ ВІД РОКУ ДО ШЕСТИ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Абатуров О. Є.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії 1 та медичної генетики
Дніпропетровської медичної академії МОЗ України*

Токарева Н. М.

*асистент кафедри педіатрії 1 та медичної генетики
Дніпропетровської медичної академії МОЗ України
м. Дніпро, Україна*

На амбулаторному етапі надання медичної допомоги доволі часто у практичній роботі лікаря виникають труднощі у встановленні діагнозу і визначенні тактики ведення дитини з синдромом кашлю, який гостро виник та довго зберігається. При найбільш частому респіраторному симптомі – кашлі лікаря необхідно в досить короткі терміни визначити оптимальний об'єм обстеження хворого і призначити відповідне лікування. Однією з причин кашлю, який потребує нозологічної верифікації, є гострий бронхіт (ГБ). Незважаючи на сприятливий прогноз ГБ у дітей, дане захворювання характеризується схильністю до розвитку затяжного і ускладненого перебігу хвороби [1, 2].

Для клінічній оцінці стану важкості хворого з ГБ використовується шкала BSS, запропонована L. Dome, R. Schuster в 1996 році (Bronchitis severity score) [3], яка інтегрує виразність проявів п'яти клінічних ознак ГБ: кашлю, мокротиння, визначення хрипів, наявності болю в грудній клітці при кашлі і диспноє. Виразність цих ознак оцінюється за п'ятибальною шкалою Likert: 0 = відсутня, 1 = помірна, 2 = середньої важкості, 3 = важка і 4 = дуже важка. Діапазон сумарної кількості балів коливається від 0 до 20 [4].

Мета роботи:

Метою роботи було дослідження можливостей використання шкали BSS для оцінки ефективності лікування дітей з синдромом кашлю віком від року до шести на амбулаторному етапі.

Матеріали та методи:

Під нашим спостереженням знаходились 40 дітей у віці від одного до шести років, хворих на ГБ, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ «Дніпровська міська клінічна лікарня № 1» м. Дніпро. Всім дітям проведено загальноклінічне дослідження (скарги хворих, анамнез життя, захворювання,

Подальший аналіз результатів виявив критичний термін тривалості часу, проведеного біля електронних пристроїв, який суттєво впливав на появу високої тривожності у дівчат-підлітків, а саме, якщо дівчина підліток проводить більше 6 годин на добу перед екраном комунікаційного засобу (телефон, планшет, ноутбук чи ПК), вона має високий рівень тривожності (U критерій емпіричний – 287, критичне значення – 313 ($p \leq 0,001$)).

Також, в групі дівчат, які мали високий рівень тривожності, що статистично було пов'язано з тривалістю перебування з електронними пристроями більше 6 годин на добу, виявлено, що майже всі респонденти (96%) констатували наявність незадовільних відносин з батьками, проти 2%, серед тих, хто не мав високої тривожності та проводив з електронними пристроями менше 6 годин на добу. Даний факт з огляду психологічного портрету підлітків може бути розцінений як спробу «втечі від реальності» в якій батьки відіграють важливу роль.

Таким чином, доведено, що тривалість часу, проведеного біля електронних пристроїв (телефон, планшет, ноутбук чи ПК) більше 6 годин на добу є значущим фактором, який є рушієм емоційних порушень у дівчат підлітків за рахунок зриву компенсації та формування високого рівня особистісної тривожності та появи незадовільних відносин з батьками. Превентивними заходами щодо високої тривожності у дівчат підлітків є формування установки на зменшення та контроль терміну часу (менше 6 годин на добу), який вони проводять біля електронних пристроїв.

Література:

1. Морін, О.Л. The influence of the information society on the formation of professional intention of student youth. *Нові тенденції і явища у дитячому і молодіжному середовищі в Україні: цивілізаційний, культурологічний, інформаційний виміри* : матеріали методол. семін., м. Київ, 16 лист. 2017, Київ, С. 140-148. ISSN 978-966-2748-95-6
2. Коваленко А. Б., Безверха К.С. Соціальна ідентичність як механізм адаптації особистості під час суспільної кризи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1 С. 48-62.
3. Андрейко Г. П. Кваліметрична оцінка впливу провідних чинників довкілля на стан здоров'я учнів основної школи. *Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія «Валеологія: сучасність і майбутнє»* 2018. № 22 С. 86-91.

ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА – ЕФЕКТИВНА СКЛАДОВА ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ ПАРОДОНТА

Вороніна І. Є.

кандидат медичних наук,
асистент кафедри терапевтичної стоматології
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

Кананович Т. М.

кандидат медичних наук,
асистент кафедри терапевтичної стоматології
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Висока розповсюдженість захворювань тканин пародонта в значній мірі обумовлена низьким рівнем гігієни порожнини рота, особливо серед осіб молодого віку. Утворення біоплівки зубного нальоту могло привести до формування стійкого хронічного катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту. У складі зубного нальоту при хронічному гінгівіті превалюють грампозитивні бактерії. З прогресуванням процесу, особливо при деструкції кістки альвеолярного паростка та запального процесу в періодонті превалюють грамнегативні штами – *porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola* та інш.

Епітеліальні клітини ясен першими реагують на бактеріальні продукти мікробної бляшки експресією цитокінів та інших факторів агресії. Місцева продукція цитокінів стимулює вихід лейкоцитів із судин мікроциркулярного русла при розпаді яких запускається один із головних пускових механізмів у запальних і деструктивних процесах у пародонті – система протеолітичних (білоклідролізуючих ферментів). Вони здатні підвищувати проникність капілярів, викликати еміграцію лейкоцитів та запальну реакцію ясен.

Тому, на сьогоднішній день професійна гігієна порожнини рота є найважливішим елементом комплексного лікування та профілактики захворювань твердих тканин зубів та тканин пародонту.

Професійна гігієна забезпечує зменшення впливу основного фактору ризику захворювань пародонта – пародонтопатогенної мікрофлори зубного нальоту та порожнини рота, сприяє поліпшенню складу ротової рідини та покращенню стану гігієни порожнини рота.

Мета дослідження – оцінити ефективність використання професійної гігієни у осіб молодого віку при патології тканин пародонту, з урахуванням виявлених у них змін клінічного та біохімічного статусу.

Проведено обстеження за загальноприйнятою схемою 102 осіб віком від 19 до 25 років. Стан гігієни порожнини рота визначали по індексу Грін-Вормільйона (ОНІ-5, Green-Vermilion, 1964), стан запалення ясен – індексу

РМА в модифікації Parma (1960); кровоточивості ясен – SBI (Millman, 1976), захворювань тканин пародонта-SPI, рентгенологічне обстеження. Отримані результати обробляти статистично за методом Стьюдента.

Результати дослідження свідчать, що розповсюдженість хвороб пародонта серед молодого віку становить 98,2%. Хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеню важкості встановлений у 71,1%, важкого ступеню – у 15%, генералізований пародонтит – у 12,1%.

Вивчення стану гігієни порожнини рота виявило, що більшість обстежених має незадовільну гігієну порожнини, недостатній рівень знань та навичок щодо індивідуальної гігієни. З поняттям професійної гігієни знайомі близько 61% пацієнтів.

Професійна гігієна порожнини рота проводилась згідно протоколу. В перше відвідування проводили якісну обробку порожнини рота, зняття м'яких зубних відкладень, видалення над'ясенних твердих зубних відкладень з використанням ультразвукового та інструментального методів. В друге відвідування проводилось видалення під'ясенних зубних відкладень, обробка контактних поверхонь зубів абразивними полосками, поліровка поверхні зуба, корекція гігієнічних навичок. У осіб з генералізованим пародонтитом обов'язковим є згладжування поверхні кореня зуба. Контроль якості зняття відкладень проводили в третє відвідування.

Результати клінічного обстеження та індексної оцінки стану тканин пародонту свідчать, що проведення якісної професійної гігієни порожнини рота вказують на стабільний лікувальний ефект щодо покращення стану тканин пародонту. Так, індекс Green-Vermilion після проведення професійної гігієни знизився з $2,01 \pm 0,04$ до $1,47 \pm 0,12$ через 3 місяці та $1,48 \pm 0,05$ через 6 місяців. Показник РМА до проведення професійної гігієни дорівнював в середньому $46,3 \pm 2,1\%$, через 3 місяці – $32,2 \pm 1,8\%$, через 6 місяців – $18,4 \pm 2,12\%$. Індекс SBI до проведення професійної гігієни в середньому склав $2,5 \pm 0,1$, через 3 місяці – $0,17 \pm 0,21$, через 6 місяців – $0,16 \pm 0,21$ (статистично значима різниця відносно початкового рівня, $p < 0,05$).

Середня кількість секстантів з кровоточивістю за індексом CPI на одну особу складала $3,30 \pm 0,01$, $3,1 \pm 0,01$, $2,52 \pm 0,01$ на початку обстеження та через 3 і 6 місяців відповідно.

При дослідженні концентрації s Ig A в ротовій рідині після проведення професійної гігієни було чітко встановлено, що рівень s Ig A достовірно підвищився з $2,83 \pm 0,14$ до $3,5 \pm 0,62$ ($p < 0,05$).

При вивченні протеолітичної активності в зубному нальоті встановлено, що найбільш низька протаминрозщеплююча активність притаманна сірому зубному нальоту з окремими темними включеннями, що чітко виявляються при розрахунку на г сухої ваги нальоту. У деяких зразках протеолітична активність сірого зубного нальоту в десятки разів менша ($69,9$ нмоль аргініну), ніж у м'якому світлому зубному нальоті ($1021,3$ нмоль аргініну). Даний факт обумовлений з тим, що в м'якому зубному нальоті переважають органічні сполуки, зокрема білкові, у тому числі і протеолітичні ферменти.

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок про те, що ферменти зубного нальоту мають виражену протеолітичну «агресивність», що вказує на

можливість їх впливу на білкові структури тканин пародонту. Привертає увагу той факт, що при виражених запальних явищах у навколо зубних тканинах спостерігається і більш висока протеолітична активність зубного нальоту. Основну масу зубного нальоту складають мікроорганізми, в результаті чого висока протеолітична активність може бути зумовлена ферментами, що ними виділяються. Деяка частина активності може бути притаманна протеїназам злущених епітеліальних клітин і мігруючих лейкоцитів.

Отже, клініко-лабораторне обстеження хворих на катаральний гінгівіт і генералізований пародонтит підтверджує, що незалежно від рівня запалення та активності процесу після проведення професійної гігієни спостерігається чітка тенденція нормалізації клінічного стану гігієни порожнини рота та індексів хвороб пародонту, s Ig A, протеолітичної активності зубного нальоту.

Таким чином, профілактика хвороб пародонту має базуватися на дотриманні проведення чіткої схеми професійної і індивідуальної гігієни порожнини рота, особливо у осіб молодого віку.

Література:

1. Воронина И.Е. Ферментативная активность зубного налета у больных генерализованным пародонти том. *Актуальні питання стоматології дитячого віку, ортодонтії*: Тез. допов: Полтава, 1993. С. 21-22.
2. Воронина І.Є. Порушення мінерального обміну в альвеолярній кістці при генералізованому пародонтиті та їх корекція у хворих на цукровий діабет: Автореф. дис...канд.мед.наук: 14.01.22. Київ, 2003. 18 с.
3. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. Киев: Здоровье, 2000. 464 с.
4. Кананович Т.М. Клінічні особливості та оцінка ефективності лікування генералізованого пародонтита в осіб похилого віку: Автореф. дис...канд.мед.наук:14.01.22. Київ. 2014. 16с.
5. Darveau R.P., Tanner A., Page R.C. The microbial challenge in periodontitis. *Periodontol* 1997; 14:12-32 p.