УДК: 616.314–17-008.18-002

DOI: 10.33295/1992-576X-2019-2-32

О.В. Кононова

Особливості лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами психоемоційного стресу

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ, Украина

Актуальність. При комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит необхідно враховувати особливості етіології й патогенезу дистрофічно-запальних захворювань пародонта. Умовно-патогенні мікроорганізми зубної плівки можуть мати свою патогенну дію тільки у випадку деякого ослаблення місцевого або системного імунного захисту організму пацієнта. Наявність стресу значно впливає на резистентність організму й, відповідно, на розвиток, перебіг і лікування захворювань пародонта. Це треба враховувати при комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. З урахуванням цього запропоновано медикаментозну схему підготовки хворих на генералізований пародонтит з наявністю психоемоційного стресу та застосуванням адреноблокаторів.

Мета: визначення клінічної ефективності застосування запропонованого комплексу адреноблокаторів у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу за наявності в них психоемоційного стресу.

Матеріали та методи. Для даного дослідження було відібрано 40 хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу з наявністю в них психоемоційного стресу. Медикаментоозне лікування проводили із застосуванням запропонованої премедикації комплексом адреноблокаторів. Було проведено комплексне дослідження стану тканин пародонта пацієнтів до лікування й у найближчі строки після нього. Для оцінки клінічної ефективності лікування використовували пробу Шиллєра-Пісарєва (1962), індекс ПМА C. Parma (1961), гігієнічний індекс OHI-S (1978), індекс PBI (H.R. Mühlemann, S. Son, 1971), пародддонтальний індекс ПІ (A.L. Russel, 1956). Рівень психологічного стресу оцінювали за допомогою опитувальників DASS-21 і Спілберга-Ханіна.

Результати. Було встановлено, що включення запропонованої премедикації з комплексом адреноблокаторів у комплексну терапію хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу із проявами психоемоційного стресу дозволяє ефективно пригнічувати дистрофічно-запальний процес у тканинах пародонта. Це підтверджує зниження індексів ПМА, OHI-S, PBI, ПІ в найближчі строки спостереження.

Ключові слова: генералізований пародонтит, пацієнти з проявами психоемоційного стресу, медикаментозна премедикація комплексом адреноблокаторів.

Актуальність

При комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит необхідно враховувати особливості етіології та патогенезу дистрофічно-запальних захворювань пародонта, особливо в разі значного впливу на них певних системних факторів [2, 10, 16, 19, 22, 23]. Зазвичай у виникненні та патогенезі дистрофічно-запальних захворювань пародонта важливими є умовно-патогенні мікроорганізми зубної біоплівки. Проте вони можуть справляти свою патогенну дію лише в разі певного зниження місцевого чи системного імунного захисту організму пацієнта (хазяїна) [1, 4, 7, 15, 28, 32, 33]. Зниженню резистентності організму пацієнта сприяють загальносоматичні захворювання, тютюнокуріння, психологічний стрес тощо [5, 6, 31]. Наявність стресу має значний вплив на резистентність організму й, відповідно, на розвиток, перебіг і лікування захворювань пародонта [5, 6, 17, 26, 15]. Його наявність слід ураховувати в разі комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.

Для медикаментозної підготовки хворих на генералізований пародонтит в умовах психоемоційного стресу був комплекс медикаментозних засобів: зоксон (по 0,002 г один раз на день), ніцерголін (по 0,005 г три рази на день), сібазон (по 0,005 г один раз на день) [11, 12]. Наші попередні експериментальні (біохімічні й патогістологічні) дослідження показали позитивний вплив комплексу адреноблокаторів на розвиток ураження пародонта [13, 14]. Це дозволило обґрунтувати застосування даного клінічного комплексу адреноблокаторів в разі лікування хворих на генералізований пародонтит у разі наявності у них психоемоційного стресу.

Метою даного дослідження було визначення результатів клінічної ефективності застосування запропонованого комплексу адреноблокаторів у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу в разі наявності в них психоемоційного стресу.

Матеріал і методи дослідження

Для визначення ефективності запропонованого комплексу адреноблокаторів було проведено клініко-лабораторне обстеження та лікування 40-ти хворих на генералізований пародонтит I–II ступеня хронічного перебігу та проявами психологічного стресу. Ці пацієнти були поділені на дві рівноцінні підгрупи – основну (30 пацієнтів) і підгрупу порівняння (10 пацієнтів) (табл. 1).

Відтак, основну (першу) підгрупу склали тридцять (75,00 %) хворих на генералізований пародонтит із проявами психологічного стресу, для яких при комплексному лікуванні застосовували запропонований комплекс адреноблокаторів. Підгрупу порівняння склали десять (40,00 %) хворих на генералізований пародонтит із проявами психологічного стресу, для яких при комплексному лікуванні проводили аналогічне до пацієнтів основної підгрупи лікування, але без застосування комплексу адреноблокаторів.

Таблиця 1

Розподіл хворих на генералізований пародонтит основної підгрупи та підгрупи порівняння

Підгрупи обстежених	Захворювання пародонта				Вік (років)	Загальна кількість пацієнтів	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Основна підгрупа	16	53,33	14	46,67	26,67	30	100,0
Підгрупа порівняння	6	60,0	4	40,0	25,33	10	100,0
Усього	22	55,00	18	45,00	26,25	40	100,0

Рівень психологічного стресу оцінювали за допомогою опитувальників (DASS-21; Спілбергера-Ханіна) [18, 25, 29]. Обстежувані заповнювали опитувальник Спілбергера-Ханіна, за допомогою якого визначаються особистісна й ситуативна тривожність. У подальшому оцінювали відповіді згідно із ключами й підраховували загальну кількість балів за всіма судженнями окремо по кожній зі шкал (ситуаційної тривожності та особистісної тривожності).

Хворим на генералізований пародонтит проводили ретельне видалення всіх зубних відкладень зі зрошенням пародонтальних кишень 0,5 % розчином хлоргексидину. У подальшому проводили ретельне очищення підясенних поверхонь коренів зубів з видаленням розм'якшеного цементу й дентину (так звану SRP-терапію). Медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту проводили відповідно до його форми – хронічного катарального гінгівіту однаково в пацієнтів обох груп. Наявність запалення в яснах виявляли та оцінювали за допомогою проби Шиллєра-Пісарєва (1962) та індексу ПМА C. Parma (1961) [24, 30]. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за допомогою індексу OHI-S (1964) [8, 9], оцінку рівня кровоточивості ясен за індексом кровоточивості PBI (HR Mühlemann, S. Son, 1971) [21]. У цілому стан пародонта оцінювали за допомогою пародонтального індексу ПІ A.L. Russel [27]. Діагноз захворювання пародонта встановлювали за класифікацією М.Ф. Данилевського [3]. Отримані результати обробляли статистичними методами за допомогою персональних комп'ютерів [20].

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів лікування показав, що для досягнення ефективного результату лікування хворих на генералізований пародонтит I ступеня основної підгрупи необхідно було 4,05 відвідування, хворих на генералізований пародонтит II ступеня основної підгрупи – 5,33 відвідування. У підгрупі порівняння для досягнення ефективного результату лікування хворих на генералізований пародонтит I ступеня необхідно було 5,05 відвідування і хворих на генералізований пародонтит I ступеня – 6,07 відвідування.

У результаті комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит у всіх пацієнтів обох підгруп було досягнуто значне покращення стану тканин пародонта. Ясна набували блідо-рожевий колір, не кровоточили, ущільнювались, глибина пародонтальних кишень зменшувалась. Відмічалось покращення загального самопочуття хворих, зменшення кількості проявів неприємного запаху з рота.

Після лікування в пацієнтів покращувався гігієнічний стан порожнини рота. Індексу гігієни OHI-S у хворих з I ступенем генералізованого пародонтита основної підгрупи зменшувався з 1,67±0,16 до 0,45±0,05 бала, у хворих з II ступенем захворювання він знизився з 1,76±0,15 до 0,47±0,04 бала. У пацієнтів підгрупи порівняння індекс гігієни OHI-S у хворих з I ступенем генералізованого пародонтита зменшувався з 1,74±0,17 до 0,75±0,07 бала, у хворих із II ступенем захворювання індекс знизився з 1,81±0,16 до 0,77±0,07 бала. Різниця між показниками індексу гігієни пацієнтів основної підгрупи й підгрупи порівняння статистично достовірно відрізнялись ($p > 0,05$).

Знижувався рівень запалення в яснах пацієнтів обох дослідних підгруп, про що свідчила негативна проба Шиллєра-Пісарєва в пацієнтів основної підгрупи й у пацієнтів підгрупи порівняння. Зокрема в основній підгрупі у хворих з I ступенем генералізованого пародонтиту проба Шиллєра-Пісарєва була негативною у 13 із 16 (81,25 %) і в 11 з 14 (78,57 %) пацієнтів із II ступенем генералізованого пародонтита. У підгрупі порівняння у хворих з I ступенем генералізованого пародонтиту проба Шиллєра-Пісарєва була негативною в 4 із 6 (66,67%) й у 3 із 4 (75,00 %) пацієнтів із II ступенем генералізованого пародонтита. Визначення кількісного значення проби Шиллєра-Пісарєва за йодним числом Свракова показало, що в пацієнтів основної підгрупи воно зменшувалося із 2,4±0,21 до лікування до 1,2±0,01 ($p < 0,05$) після лікування: у хворих з I ступенем – із 2,15±0,17 до 1,03±0,08 бала й у хворих із II ступенем із 2,53±0,19 до 1,29±0,09 бала. У підгрупі порівняння воно зменшувалось відповідно із 2,6±0,21 до 1,5±0,01 ($p < 0,05$): у хворих з I ступенем – із 2,43±0,18 до 1,19±0,08 бала й у хворих із II ступенем із 2,76±0,19 до 1,41±0,09 бала. Числові значення проби Шиллєра-Пісарєва пацієнтів обох підгруп після лікування статистично достовірно відрізнялись ($p < 0,05$).

Підтвердженням зниження рівня запалення у тканинах пародонта хворих на генералізований пародонтит були значення індексу ПМА. До лікування його значення в пацієнтів основної підгрупи становило в середньому 64,9±2,9 %: у хворих з I ступенем – 61,3±2,2 % і з II ступенем – 66,7±2,6 %. Після лікування значення індексу ПМА знижувалось у середньому до 7,3±0,71 %: у хворих з I ступенем – до 7,1±0,74 % і з II ступенем – до 8,2±0,8 %. У пацієнтів підгрупи порівняння значення індексу ПМА до лікування становило в середньому 66,55±2,72 %: у хворих з I ступенем – 64,7±2,2 % і з II ступенем – 69,3±2,8 %. Після лікування значення індексу ПМА знижувалось у середньому до 9,8±0,8 %: у хворих з I ступенем – до 8,9±0,7 % і з II ступенем – до 10,9±0,9 %. Дані, отримані у пацієнтів основної підгрупи і підгрупи порівняння, статистично достовірно ($p < 0,05$) відрізнялись.

Унаслідок зменшення рівня запалення тканин пародонта в пацієнтів відмічено значне зменшення патологічної рухомості нижніх фронтальних зубів, практично до нормального в пацієнтів з I ступенем генералізованого пародонтита. Одночасно відмічено зменшення глибини пародонтальних кишень (табл. 2).

Після комплексного лікування пацієнти відмічали ослаблення кровоточивості ясен. Про це свідчили значення індексу PBI. У хворих на генералізований пародонтит основної підгрупи його значення знижувалось у середньому із 2,69±0,19 бала до лікування до 0,67±0,07 бала після лікування: у хворих з I ступенем – із 2,56±0,19 до 0,52±0,05 бала й у хворих із II ступенем із 2,74±0,19 до 0,65±0,06 бала. У пацієнтів підгрупи порівняння значення індексу PBI знижувалось у середньому із 2,58±0,21 до 0,88±0,06 бала: у

Таблиця 2

Показники стану тканин пародонта у хворих на генералізований пародонтит із проявами психоемоційного стресу (M±m)

Показники	Строки обстеження	I ступінь		II ступінь	
		Підгрупи дослідження			
		Основна	Порівняння	Основна	Порівняння
OHI-S, бали	До лікування	1,67±0,16	1,74±0,17	1,76±0,15	1,81±0,16
	Після лікування	0,45±0,05*	0,75±0,07	0,47±0,04*	0,77±0,07
Проба Шиллєра-Пісарєва, бали	До лікування	2,15±0,17	2,43±0,18	2,76±0,19	2,76±0,19
	Після лікування	1,03±0,08*	1,19±0,08	1,29±0,09	1,41±0,09
PMA, %	До лікування	61,3±2,2	64,7±2,2	66,7±2,6	69,3±2,8
	Після лікування	7,1±0,74*	8,9±0,7	8,2±0,8*	10,9±0,9
PBI, бали	До лікування	2,56±0,19	2,45±0,18	2,74±0,19	2,77±0,19
	Після лікування	0,52±0,05*	0,75±0,07	0,65±0,06*	0,82±0,07
Глибина пародонтальних кишень, мм	До лікування	2,1±0,17	2,2±0,15	3,1±0,12	3,2±0,14
	Після лікування	1,1±0,1	1,2±0,12	1,3±0,12	1,7±0,12
PI, бали	До лікування	1,63±0,37	2,15±0,18	3,34±0,32	2,63±0,19
	Після лікування	0,56±0,05*	0,72±0,07	0,71±0,07*	0,83±0,08

Примітка: * – дані достовірно ($p < 0,05$) відрізняються від даних підгрупи порівняння.

хворих з I ступенем – із 2,45±0,18 до 0,75±0,07 бала й у хворих із II ступенем із 2,77±0,19 до 0,82±0,07 бала. Дані, отримані в пацієнтів основної підгрупи й підгрупи порівняння, статистично достовірно ($p < 0,05$) відрізнялись.

Про стан усього 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±0,37 бала до 0,56±0,05, а в пацієнтів із II ступенем воно знижувалося із 3,34±0,32 до 0,71±0,07 бала. У середньому в пацієнтів основної підгрупи значення індексу ПІ знизилося із 2,34±0,3 до 0,64±0,06 бала.

У пацієнтів підгрупи порівняння значення індексу ПІ в середньому знижувалося із 2,29±0,3 до 0,84±0,06 бала: у хворих з I ступенем – із 2,15±0,18 до 0,72±0,07 бала й у хворих із II ступенем із 2,63±0,19 до 0,83±0,08 бала. Дані, отримані в пацієнтів основної підгрупи й підгрупи порівняння, статистично достовірно ($p < 0,05$) відрізнялись.

Отримані дані клінічних досліджень представлені в табл. 2.

Висновки

У результаті досліджень отримані дані свідчать про досягнення стабілізації патологічного процесу в пародонті. Усе це разом демонструє сприятливий вплив запропонованого комплексу адреноблокаторів на дистрофічно-запальний процес у пародонті та свідчить про ефективність його застосування в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит із проявами психоемоційного стресу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Borgnakke WS, Ylцstalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence // J. Periodontol. – 2013; 84 (4 Suppl.): S. 135–52.
2. Borysenko AV. Zabolevaniya parodonta. – K.: VSI «Medicina», 2013. – 456 s. [In Russian]
3. Danilevskiy NF. Sistematika bolezney parodonta // Visnik stomatologiї, 1994; 1: 17–21. [In Russian]
4. Genco RJ. Host responses in periodontal diseases: current concepts // J. Periodontol. – 1992; 63 (Suppl.): 338–55.
5. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases // J. Periodontol. – 1996; 67: 1041–1049.
6. 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.
7. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease // Periodontol. – 2000–2013; 62: 59–94.
8. Green JC, Vermillion JR. The oral hygiene index: A method for classifying oral hygiene status // J. Am. Dent. Assoc., 1960; 61: 172–175.
9. Green JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index // J. Am. Dent. Assoc., 1964; 68: 7–10.
10. Kinane DF. Causation and pathogenesis of periodontal disease // Periodontology, 2001; 25: 192.
11. Kononova OV. Vliyanie linkomicina na sostoyanie parodonta u krys s adrenalinovym stressom // Visnik stomatologiї, 2016; 96 (3): 26–28. [In Russian]
12. Kononova OV, Borysenko AV, Levickiy AP. Vliyanie oral'nyh geley kvertulina i adrenoblokatorov na sostoyanie parodonta u krys s adrenalinovym stressom // Visnik stomatologiї, 2016; 97 (4): 8–11. [In Russian]
13. Kononova OV. Eksperymentalne obgruntuvannia zastosuvannia adrenoblokatoriv // Sovremennaia stomatolohyia, 2018; 2: 86–89. [In Ukrainian]
14. Kononova OV. Patohistolohichne doslidzhennia vplyvu kompleksu adrenoblokatoriv na reheneratsiiu kistky shchelepy // Sovremennaia stomatolohyia. 2018; 3: 36–38. [In Ukrainian]
15. Kornman K. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look // J. Periodontol. – 2008; 79 (8): 1560–1568.
16. Lang NP, Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. – Somerset: Wiley Blackwell, 2015. – 1480 p.
17. 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.
18. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. 2nd ed. – Sydney: Psychology Foundation; 1995. – 346 p.
19. Maschenko IS. Zabolevaniya parodonta. – Dnepropetrovsk: KOLO, 2003. – 272 s. [In Russian]
20. Mintser OP, Voronenko YuV, Vlasov VV. Obrobka klinichnykh ta eksperymentalnykh danykh u medytsyni. – K.: Vyshcha shk., 2003. – 350 s. [In Ukrainian]
21. Mühlemann HR, Son S. Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis // Helv. Odontol. Acta, 1971; 15: 107–110.
22. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Newman and Carranza's Clinical Periodontology, 13th Edition. – St. Louis: Saunders, 2018. – 944 p.

23. Oganyan ES. Sostoyanie parodonta u bol'nyh insulinzavisimym saharnym diabetom (Kliniko-laboratornye issledovaniya): Avtoref. dis. ... kand. med. nauk: spec.: 14.00.21 «Stomatologiya» / E.S. Oganyan. – S.-Pb., 2001. – 20 s. [In Russian]

24. Parma C. Parodontopathien. – I.A. Verlag, Leipzig, 1960. – 203 p.

25. Radyuk OM. Vos'mifaktornyy lichnostnyy oprosnik Spilbergera-Radyuka. – Minsk: RIVSh, 2009. – 96 s. [In Russian]

26. Reners M, Breex M. Stress and periodontal disease // Int. J. Dent. Hyg., 2007; 5 (4): 199–204.

27. Russel AL. A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease // J. Dent. Res., 1956; 36: 922–925.

28. Soory M. Association of periodontitis wih rheumatoid arthritis and aterosclerousis: novel paradigm in etiopathogenesis and management // Open Access Pheumatol. Res. Rev., 2010; 2: 1–16.

29. Spielberger CD. Test Anxiety Inventory. Sampler Set. Manual, Test, Scoring / C.D. Spielberger. – Redwood City: Mind Garden, 1980. – 240 p.

30. Svrakov D, Atanasova E. Parodontopatii (etiologiya, klinika i lechenie). – Sofiya: Gosudarstvennoe izdatel'stvo «Medicina i fizkul'tura», 1962. – 212 s. [In Russian]

31. Tarasenko LM, Petrushanko TA. Stress i parodont. – Poltava, 1999. – 192 s. [In Ukrainian]

32. Taylor GW, Borgnakke WS. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications // Oral Dis. – 2008; 14: 191–203.

33. Tonetti MS, Van Dyke TE. Working group 1 of the joint EFP/AAP Workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases // J. Periodontol. – 2013; 84 (4 Suppl.): S. 24–29.

Особенности лечения больных генерализованным пародонти том с проявлениями психоэмоционального стресса

О.В. Кононова

Актуальность. При комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом необходимо учитывать особенности этиологии и патогенеза дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта. Условно-патогенные микроорганизмы зубной биопленки могут оказывать свое патогенное действие только в случае некоторого ослабления местной или системной иммунной защиты организма пациента. Наличие стресса оказывает значительное влияние на резистентность организма и, соответственно, на развитие, течение и лечение заболеваний пародонта. Это следует учитывать при комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом. Учитывая это, предложена медикаментозная схема подготовки больных генерализованным пародонтитом с наличием психоэмоционального стресса и применением комплекса адреноблокаторов.

Цель: определение клинической эффективности применения предложенного комплекса адреноблокаторов в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом хронического течения при наличии у них психоэмоционального стресса.

Материалы и методы. Для данного исследования были отобраны 40 больных генерализованным пародонтитом хронического течения с наличием у них психоэмоционального стресса. Медикаментозное лечение проводили с использованием предложенной премедикации комплексом адреноблокаторов. Было проведено комплексное обследование состояния тканей пародонта пациентов до лечения и в ближайшие сроки после лечения. Для оценки клинической эффективности лечения использовали пробу Шиллера-Писарева (1962), индекс ПМА C. Parma (1961), гигиенический индекс OHI-S (1978), индекс PBI (H.R. Mühlemann, S. Son, 1971), пародонтальный індекс ПИ (A.L. Russel, 1956). Уровень психологического стресса оценивали с помощью опросников DASS-21 и Спилбергера-Ханина.

Результаты. Было установлено, что включение предложенной премедикации с комплексом адреноблокаторов в комплексную терапию больных генерализованным пародонтитом хронического течения с проявлениями психоэмоционального стресса позволяет эффективно подавлять дистрофически-воспалительный процесс в тканях пародонта. Это подтверждает снижение индексов ПМА, OHI-S, PBI, ПИ в ближайшие сроки наблюдения.

Выводы. Применение предложенной премедикации с комплексом адреноблокаторов позволяет повысить эффективность лечения больных генерализованным пародонтитом с проявлениями психоэмоционального стресса.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, пациенты с проявлениями психоэмоционального стресса, медикаментозная премедикация комплексом адреноблокаторов.

Features of treatment of patients with generalized periodontitis with manifestations of psychoemotional stress

O. Kononova

Abstract. In the complex treatment of patients with generalized periodontitis, it is necessary to take into account the peculiarities of the etiology and pathogenesis of dystrophic-inflammatory periodontal diseases. Conditionally pathogenic microorganisms of the dental biofilm can exert their pathogenic effect only in case of a slight decrease in the local or systemic immune defense of the patient's body. The presence of stress has a significant impact on the resistance of the organism and, accordingly, on the development, course and treatment of periodontal diseases. This should be taken into account in the complex treatment of patients with generalized periodontitis. Considering this, a medical scheme for the preparation of patients with generalized periodontitis with the presence of psycho-emotional stress using a complex of adrenoblockers has been proposed.

Objective. To determine the clinical efficacy of the proposed complex of adrenoblockers in the complex treatment of patients with generalized periodontitis of the chronic course in the presence of psychoemotional stress.

Material and research methods. For this study, 40 patients were selected with a generalized chronic periodontitis with the presence of psychoemotional stress. Medicamental treatment was performed using the proposed premedication with a complex of adrenoblockers. A comprehensive survey of the condition of the periodontal tissues of patients before treatment and as soon as possible after treatment was carried out. To assess the clinical efficacy of treatment, a test of Schiller-Pisarev (1962), PMA index by C. Parma (1961), hygienic index OHI-S (1978), index PBI (H.R. Mühlemann, S. Son, 1971), periodontal index PI (A.L. Russel, 1956) were used. The level of psychological stress was assessed using the DASS-21 and Spielberger-Khanin questionnaires.

Results. As a result of the investigation it was found that the usage of the proposed complex of adrenoblockers in the complex therapy of patients with chronic course of generalized periodontitis with the presence of psychoemotional stress can effectively inhibit the dystrophic-inflammatory process in periodontal tissues. This confirms by the decline in the index PMA, OHI-S, PBI, PI at nearest observation terms.

Conclusions. Usage of the proposed complex of adrenoblockers increases the effectiveness of treatment of chronic course of generalized periodontitis in patients with the presence of psychoemotional stress.

Key words: generalized periodontitis, psychoemotional stress, complex of adrenoblockers.

Кононова Оксана Валеріївна *– канд. мед. наук, старший науковий співробітник лабораторії фізичних факторів довкілля, ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України», Київ.*
Тел.: *+38 (050) 146-25-45.* ***E-mail:*** *vladoks2010@gmail.com.*