

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
“Українська медична стоматологічна академія”



# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



*Морфологічний корпус УМСА*

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Ждан В.М.**, докт. мед. наук, професор – **головний редактор**  
**Багацька Н. В.**, докт. біол. наук  
**Берегова Т. В.**, докт. біол. наук, професор  
**Білаш С. М.**, докт. біол. наук, професор – **заступник**  
**головного редактора**  
**Бобирьов В.М.**, докт. мед. наук, професор  
**Гапон С.В.**, докт. біол. наук, професор  
**Гуніна Л. М.**, докт. біол. наук  
**Безкоровайна І.М.**, докт. мед. наук, професор  
**Весніна Л.Е.**, докт. мед. наук, професор  
**Дворник В.М.**, докт. мед. наук, професор  
**Жуков В.І.**, докт. біол. наук, докт. мед. наук, професор  
**Іщейкін К.Є.**, докт. мед. наук, професор  
**Кайдашев І.П.**, докт. мед. наук, професор  
**Костенко В.О.**, докт. мед. наук, професор – **заступник**  
**головного редактора**  
**Кочина М.Л.**, докт. біол. наук, професор  
**Лігоненко О.В.**, докт. мед. наук, професор  
**Ліхачов В.К.**, докт. мед. наук, професор  
**Литвиненко Н.В.**, докт. мед. наук, професор  
**Міщенко А.В.**, канд. мед. наук, доцент –  
**відповідальний секретар, завідувач редакцією**  
**Непорада К.С.**, докт. мед. наук, професор  
**Орлова Л.Д.**, докт. біол. наук, професор  
**Скілько В.І.**, докт. мед. наук, професор  
**Скрипніков П.М.**, докт. мед. наук, професор  
**Скрипник І.М.**, докт. мед. наук, професор  
**Шаторна В.Ф.**, докт. біол. наук, професор  
**Шерстюк О.О.**, докт. мед. наук, професор

### МІЖНАРОДНА РЕДАКЦІЙНА РАДА

**М. Волгін** (Австрія), **Джеремі Дж. Мао** (США),  
**Н.В. Пац** (Білорусь), **П.М. Савілов** (Росія)

Адреса редакції та видавця:  
36011, Україна, м. Полтава, вул. Шевченка, 23  
Телефон (05322) 7-44-11, 2-69-66.  
e-mail: visnik\_umsa@umsa.edu.ua  
www.umsa.edu.ua

Комп'ютерний дизайн, оригінал-макет –  
Гуржій Т.М.

Підписано до друку 17.10.2016 р.  
Формат 60x84/8. Папір офсетний.  
Ум. друк. арк. 39,53. Наклад 300. Зам. 384.

Повнотекстова версія журналу (ISSN 2077-1126 (online))  
представлена на сайті [www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)

Модератор – **Шульженко П.П.**

ISSN 2077-1096

Засновник і видавець –  
**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ**  
**НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД**  
**УКРАЇНИ**  
**«УКРАЇНЬСЬКА МЕДИЧНА**  
**СТОМАТОЛОГІЧНА**  
**АКАДЕМІЯ»**  
*Науково-практичний журнал*

**Актуальні проблеми**  
**сучасної медицини:**  
**ВІСНИК** Української  
медичної стоматологічної  
академії

**Том 16**  
**Випуск 4 (56)**  
**Частина 3**

Свідоцтво про державну  
реєстрацію  
КВ №15143-3715 ПР  
від 6.05.2009 р.

Рекомендовано до друку  
Вченою радою Вищого  
державного навчального  
закладу України «Українська  
медична стоматологічна  
академія» (протокол № 3  
від 12.10.2016)

**Журнал затверджений МОН**  
**України як наукове фахове**  
**видання з медичних наук**  
**(наказ МОН України**  
**№ 1528 від 29.12.2014)**

З 2013 р. журнал внесено  
до міжнародних баз наукової  
періодики: Російський індекс  
наукового цитування  
(РІНЦ, на платформі наукової  
електронної бібліотеки  
eLIBRARY.RU), Google Scholar,  
Index Copernicus International

Усі статті рецензуються

---

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи,  
Серія ДК №1691 від 17.02.2004р.  
Редакційно-видавничий відділ  
Вищого державного навчального закладу України  
«Українська медична стоматологічна академія»  
36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

© Вищий державний  
навчальний заклад України  
«Українська медична  
стоматологічна академія», 2016

<b>Сафонов Р.В., Бялковський О.В., Драб Р.Р., Брезецька О.І., Гуцук В.І., Гуцук І.В.</b> .....	163
ЕКОЛОГО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНО-ЕНТОМОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ПОШИРЕННЯМ ТРАНСМІСИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
<b>Танцура Л.М., Пилипець О.Ю., Сало С.В., Трембовецька О.В.</b> .....	166
РОЛЬ ОСОБЛИВОСТЕЙ РАНЬОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З НАСЛІДКАМИ РАННІХ ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ –ЕРВОЇ СИСТЕМИ В ПРОГНОЗУВАННІ ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ	
<b>Ткаченко М.В., Безуглова С.С., Боряк Х.Р., Подробаха А.С.</b> .....	171
ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ НЕФРОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОДАГРОЮ	
<b>Топчий І.І., Кириєнко А.Н., Денисенко В.П., Герасименко Ж.М., Цыганков А.Н.</b> .....	175
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
<b>Хорош М.В., Голованова І.А., Касинець С.С., Краснова О.І.</b> .....	179
ПРОБЛЕМИ ПИТАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В АСПЕКТІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ	
<b>Шумко Г.І.</b> .....	184
ГОРМОНАЛЬНО-ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
<b>Щербак О.В.</b> .....	187
РОЛЬ L – КАРНІТИНУ У ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	
<b>СТОМАТОЛОГІЯ</b>	
<b>Аветіков Д.С., Баштан В.П., Айперт В.В.</b> .....	193
СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2010-2014 РОКИ	
<b>Бойченко О.М.</b> .....	195
АНТИГІПОКСАНТИ ЯК ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ІХС	
<b>Довженко А.В., Курєєдова В.Д.</b> .....	199
ОРТОДОНТИЧНИЙ БІЛЬ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗНІМНИМИ ТА НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ	
<b>Дубовая Л.И., Бублий Т.Д.</b> .....	203
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
<b>Коробейнікова Ю.Л.</b> .....	206
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗА ДАНИМИ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕЗНІМНИМИ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ	
<b>Локес К.П., Аветіков Д.С.</b> .....	210
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НІТРАТНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ	
<b>Назарян Р.С., Фоменко Ю.В., Щерблякіна Н.А., Колесова Т.А., Голік Н.В.</b> .....	213
АНАТОМИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ОДОНТОГЕННУМУ ГАЙМОРИТУ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
<b>Новошицький В. Є.</b> .....	218
РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ	
<b>Патлякевич О.А., Макарова О.М.</b> .....	222
ЕСТЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСТАЛЬНИМ ПРИКУСОМ	
<b>Риберт Ю. О., Кінаш Ю.О., Магєра Н. С.</b> .....	226
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ АКсіОГРАМ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ОКЛЮЗІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ (ЧАСТИНА 2)	
<b>Скрипник В.М., Аветіков Д.С.</b> .....	231
КЛІНІЧНІ ЗМІНИ РУБЦЕВОЗМІНЕНИХ ТКАНИН	
<b>Скрипников П.М., Скрипнікова Т.П., Ступак О.П.</b> .....	233
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕРПЕТИЧНОГО СТОМАТИТУ	
<b>Смаглюк Л.В., Шундрік Л.С.</b> .....	236
АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ЧАСТОТИ ВІДРІВІВ БРЕКЕТІВ ПІД ЧАС ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ В ПОЄДНАННІ ІЗ ФЛЮОРОЗОМ ЗУБІВ І БЕЗ ПРОЯВІВ ФЛЮОРОЗУ	
<b>Солдатюк В.М.</b> .....	239
РЕЗУЛЬТАТИ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПІДГОТОВКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ	
<b>Сорокієвський І.С., Готь І.М.</b> .....	244
НОВІ МЕТОДИКИ УСУНЕННЯ ГОСТРИХ ОРОАНТРАЛЬНИХ СПОЛУЧЕНЬ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ СПОСІБ ЗМЕНШЕННЯ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА	
<b>Аветіков Д.С., Стебловський Д.В.</b> .....	252
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КОСМЕТИЧНОЇ ОТОПЛАСТИКИ З УРАХУВАННЯМ БІОМЕХАНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ШКІРИ СОСКОПОДІБНОЇ ДІЛЯНКИ	
<b>Тончева К.Д., Король Д.М., Кіндій Д.Д., Калашніков Д.В., Малюченко М.М.</b> .....	255
ВИЗНАЧЕННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ПРИ ЗВИЧНОМУ ТИПІ ЖУВАННЯ	
<b>Шешукова О.В., Бауман С.С., Падалка А.І., Поліщук Т.В., Бойко В.В.</b> .....	258
ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОЗОМ	

## Реферат

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2014 ГОДЫ

Аветиков Д.С., Баштан В.П., Айперт В.В.

Ключевые слова: заболеваемость, онкология, полость рта, предраковые заболевания, новообразования.

В работе представлено состояние онкологической заболеваемости полости рта в Полтавском регионе за 4 года, с 2010 по 2014 годы. Обнаружена высокая запущенность опухолей этой локализации, которая составляет 45,3 %. По статистике высокая смертность до 1 года с момента постановки диагноза составляет 29,2 %, имеется большое количество отказов от лечения на всех этапах. Общее количество больных злокачественными новообразованиями полости рта в Полтавской области за 2010-2014 года составила 794 osoby, из них в городе проживают 214 человек (26,95%), в сельской местности – 580 (73,04%) больных, (что в 2,71 раза больше, чем в городе). Женщин с онкопатологией было 174 (22,16%), мужчин наблюдалось 618 (77,84%).

## Summary

ORAL CANCER MORBIDITY RATE IN POLTAVA REGION OVER 2010 - 2014

Avetikov D.S., Bashtan V.P., Aipert V.V.

Key words: morbidity, cancerous condition, oral cavity, precancerous condition, neoplasms.

This article presents the analysis of oral cancer morbidity rate throughout Poltava region over 4 years, from 2010 to 2014. Oral tumours (neoplasms of palate, tongue, lips, floor of the mouth and other oral structures) have been found out as highly neglected and their incidence rate has grown considerably, by 45,3 %. Total number of patients with malignant neoplasms of the oral cavity in Poltava region for this period was 794 individuals, 214 (26.95 %) of which were city-dwellers, 580 (73.04 %) patients resided in rural areas. The incidence rate of oral cancer was as almost as twice more prevalent among the rural dwellers. There were 174 (22.16 %) females affected by cancer and 618 (77.84 %) males, thus oral cancer is nearly three-fold higher among the males, mortality rate amounted 306 cases. According to generalized statistics the mortality within a year since the diagnosis of the cancerous condition makes up 29,2 %. Lip cancer has been registered as the most prevalent oral cancerous pathology (355 cases), cancer of the floor of the mouth (147 cases) ranks the second position, 96 patients were diagnosed to have tumours of the tongue, and 67 patients had cancer of palate. The least prevalent is the cancerous affection of the gums (54 cases).

УДК [616.314.17-002:616.12-009.72-08]

**Бойченко О.М.**

## АНТИГІПОКСАНТИ ЯК ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ІХС

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Метою роботи є з'ясування ефективності диференційованого використання антигіпоксанту метаболічної дії. Застосування у складі комплексної терапії пацієнтів з ІХС зі стабільною стенокардією напруги з ГП I-II ступеню поряд з призначенням мексикору локальної антигіпоксичної терапії супроводжується суттєвим покращенням клінічної картини за суб'єктивними та об'єктивними характеристиками, позитивною динамікою пародонтальних індексів, корекцією показників антиоксидантної та нітрокислородергічної систем, що виявляється у збільшенні у ротовій рідині антиоксидантного потенціалу.*

Ключеві слова: генералізований пародонтит, антигіпоксанти, ІХС.

*Робота є фрагментом НДР "Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату: № 0112U004469.*

### Вступ

Хвороби пародонта серед стоматологічних захворювань займають одне з перших місць в світі. Генералізований пародонтит – найпоширеніший вид патології пародонта, особливо в другій половині життя людини. Особливе місце серед них займає серцево-судинна патологія, найчастіше – ішемічна хвороба серця (ІХС) [1,2,3,4].

Літературні дані свідчать про наявність спільних ланок патогенезу в розвитку гіпоксичного та вільнорадикального некробіозу, зокрема при ІХС та генералізованому пародонтиті [5,6,7].

Проте комплексні дослідження окислювальних розладів, порушень регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту на тлі ІХС майже не проводилися. Крім того, не досить зрозумілі провідні патогенетичні фактори при різній тяжкості захворювань пародонта, що визначають вибір лікувального та профілактичного впливу.

### Мета дослідження

Метою роботи є використання антигіпоксантів у пацієнтів з ІХС при генералізованому пародонтиті.

**Матеріали і методи дослідження**

До дослідження з участю кардіолога було залучено 75 хворих з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ст. тяжкості [8] на фоні ІХС у віці 45-60 років. Всім хворим було проведено оцінку стану гемодинаміки і мікроциркуляції тканин пародонту за даними реопародонтографії (РПГ) [9,10,11]. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою індексу Федорова-Володкіної (1971). Ступінь тяжкості пародонтиту оцінювали за папілярно-маргінально-альвеолярним індексом (РМА). Рівень пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) у пацієнтів оцінювали за утворенням реакції тіобарбітурової кислоти (ТБК) з ТБК-активними продуктами забарвленого триметінового комплексу. (12,13,14)

Усім хворим на ГП I-II ступеню тяжкості з проявами ІХС проводили антигіпоксичну терапію. Для цього всі хворі з I-II ступенем тяжкості ГП були рандомізовані на 3 групи.

В першу групу пацієнтів ввійшли хворі на ІХС зі стабільною стенокардією напруги з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ступеню тяжкості, які отримували лікування за стандартами ведення стоматологічного хворого (за Протоколом 2008).

Другу групу склали хворі на ІХС зі стабільною стенокардією напруги та генералізованим пародонтитом I-II ступеню тяжкості. Цим хворим поряд зі стандартною (за Протоколом 2008) тера-

пією призначався антигіпоксичний препарат мексикор per os у капсулах по 0,1 г 3 рази на добу протягом 10 днів.

В третю групу ввійшли хворі на ІХС зі стабільною стенокардією напруги з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ступеню тяжкості, яким поряд зі стандартною терапією (за Протоколом, 2008) та застосуванням мексикору per os у капсулах по 0,3 г на добу проводилась місцева антигіпоксична терапія ХГП.

Оцінка клінічної ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит зі стабільною стенокардією напруги проводилась на підґрунті аналізу динаміки змін суб'єктивного та об'єктивного характеру у тканинах пародонта, а також спеціальних індексів та проб, які характеризують стан тканин пародонта.

Як позитивний результат лікування ГП відмічали при зникненні больових відчуттів, суттєвому зменшенні кровоточивості ясен, відсутності неприємного запаху з рота, ексудативних виділень з пародонтальних кишень, набряку ясен та гіперемії, покращення статички рухомих зубів, зниження чи повне зникнення їх підвищеної чутливості.

**Результати та їх обговорення**

В таблиці 1 наведені дані спеціальних клінічних методів обстеження в динаміці спостережень.

Таблиця 1  
Індексна оцінка стану пародонту у хворих з ХГП I-II ступеню, які страждають на стабільну стенокардією напруги

Показники	Етапи лікування	Спосіб лікування хворих		
		Згідно із стандартом	препарат "Мексикор"	препарат "Мексикор"+ місцева антигіпоксична терапія
Індексна оцінка стану пародонту				
ГП	До лікування	2,10 ± 0,11	2,2 ± 0,03	1,91 ± 0,03
	після	1,90 ± 0,08	1,60 ± 0,02*	1,49 ± 0,08*
РМА	До лікування	60,19 ± 2,65	62,2 ± 2,6	60,0 ± 2,4
	після	50,02 ± 1,71*	49,8 ± 2,2*	47,0 ± 3,3***
ПІ	До лікування	4,51 ± 0,14	4,10 ± 0,13	3,63 ± 0,07
	після	4,00 ± 0,15*	3,10 ± 0,16**	2,50 ± 0,22*

Примітка: \* – p < 0,05 у порівнянні з даними тієї ж групи до лікування;

\*\* – p < 0,05 у порівнянні з даними групи пацієнтів, які отримували стоматологічне лікування згідно Протоколу

Як видно з даних табл. 1, лікування хворих на ГП згідно стандартів призвело до покращення об'єктивних характеристик стану тканин пародонту: індекс РМА вірогідно знизився до величини 50,02 ± 1,71, пародонтальний індекс знизився з 4,51 ± 0,14 до 4,00 ± 0,15 (p < 0,05), однак гігієнічний індекс суттєво не змінився.

Введення препарату «Мексикор» у склад терапії виявило достовірні зміни показників стану пародонту у пацієнтів з ГП на фоні стандартного протокольного лікування генералізованого пародонтиту.

Більш ефективним засобом корекції патологічних змін у тканинах пародонту хворих з ХГП I-II ступеню, які страждають на стабільну стенокардію напруги, виявилось введення у склад комплексної терапії (стандартне протокольне лікування ГП плюс призначення препарату «Мекси-

кор») застосування локально 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату. Препарат вводили в пародонтальні кишені шляхом проведення інстиляції 5% розчину та накладання твердіючої пов'язки на слизову оболонку ясен. На спосіб лікування отримано патент на корисну модель.

Застосування у складі комплексної терапії поряд з призначенням препарату «Мексикор» локальної антигіпоксичної терапії супроводжувалося вірогідним покращенням гігієнічного індексу (p < 0,05), індексу РМА - 50,02 ± 1,71 у групі протокольного лікування, 49,8 ± 2,2 у групі з додаванням препарату «Мексикор», 47,0 ± 3,3 у групі комплексного лікування з додавання локальної антигіпоксичної терапії. Відмічали суттєве покращення клінічної картини за суб'єктивними та об'єктивними характеристиками.

При проведенні лабораторних методів дослі-

дження ротової рідини на вміст вторинних продуктів ПОЛ (табл.2) звертає на себе увагу достовірне зменшення концентрації ТБК-реактантів після інкубації у прооксидантному буферному розчині – до  $6.93 \pm 0.15$  мкмоль/л (на

12.7%,  $p < 0,02$ ) та їх приросту за час інкубації – до  $2.32 \pm 0.05$  мкмоль/л (на 15.0%,  $p < 0,01$ ) у групі хворих з ХГП I-II ступеню зі стабільною стенокардією напруги, що отримали курс лікування згідно із стандартом.

Таблиця 2  
Вміст вторинних продуктів ПОЛ у ротовій рідині хворих з ХГП I-II ступеню, які страждають на стабільну стенокардією напруги

Показники	До лікування	Спосіб лікування хворих		
		Згідно із стандартом	препарат "Мексикор"	препарат "Мексикор" + місцева антигіпоксична терапія
1	2	3	4	5
Концентрація ТБК-реактантів до інкубації, мкмоль/л	$5.21 \pm 0.28$	$4.62 \pm 0.15$	$4.05 \pm 0.15$ */**	$3.63 \pm 0.17$ */**
Концентрація ТБК-реактантів після інкубації, мкмоль/л	$7.94 \pm 0.32$	$6.93 \pm 0.15$ *	$6.12 \pm 0.29$ */**	$5.5 \pm 0.14$ */**
Приріст концентрації ТБК-реактантів за час інкубації, мкмоль/л	$2.73 \pm 0.11$	$2.32 \pm 0.05$ *	$2.07 \pm 0.10$ */**	$1.87 \pm 0.05$ */**

Примітка: \* –  $p < 0,05$  у порівнянні з даними тієї ж групи до лікування;

\*\* –  $p < 0,05$  у порівнянні з даними групи пацієнтів, які отримували стоматологічне лікування згідно стандарту.

Введення препарату у склад терапії ІХС привело до достовірних змін показників ПОЛ у ротовій рідині.

Концентрація ТБК-реактантів до інкубації ротової рідини у прооксидантному буферному розчині – знизилася до  $4.05 \pm 0.15$  мкмоль/л, що на 22.3% ( $p < 0,01$ ) нижче даних до лікування та на 12.3% ( $p < 0,02$ ) – нижче результатів, одержаних у групі хворих, які отримували стандартну терапію ХГП.

Концентрація ТБК-реактантів після інкубації ротової рідини у прооксидантному буферному розчині знизилася до  $6.12 \pm 0.29$  мкмоль/л, що на 22.9% ( $p < 0,01$ ) поступається даним до лікування та на 11.7% ( $p < 0,05$ ) – результатам, одержаним у групі хворих, які отримували стандартну терапію ХГП.

Величина приросту концентрації ТБК-реактантів за час інкубації ротової рідини знизилася до  $2.07 \pm 0.10$  мкмоль/л, що на 24.2% ( $p < 0,001$ ) поступається даним до лікування та на 10.8% ( $p < 0,05$ ) – результатам, одержаним у групі хворих, які отримували стандартну терапію ХГП.

Більш ефективним засобом корекції вмісту вторинних продуктів ПОЛ у ротовій рідині хворих з ХГП I-II ступеню, які страждають на стабільну стенокардію напруги зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка, виявилось введення у склад комплексної терапії поряд с мексикором 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату, його застосування місцево. Мексикор вводили в тканини пародонту шляхом проведення інстиляції 5% розчину та накладання твердіючої пов'язки на ясна.

За цих умов, концентрація ТБК-реактантів до інкубації ротової рідини у прооксидантному буферному розчині знизилася до  $3.63 \pm 0.17$  мкмоль/л, що на 30.3% ( $p < 0.001$ ) нижче даних до лікування та на 21.4% ( $p < 0,001$ ) – нижче результатів, одержаних у групі хворих, які отримували стандартну терапію ХГП.

Концентрація ТБК-реактантів після інкубації ротової рідини у прооксидантному буферному розчині знизилася до  $5.5 \pm 0.14$  мкмоль/л, що на 30.7% ( $p < 0,001$ ) нижче даних до лікування та на 20.6% ( $p < 0,001$ ) нижче результатів, одержаних у групі хворих, які отримували стандартну терапію ХГП.

Величина приросту концентрації ТБК-реактантів за час інкубації ротової рідини знизилася до  $1.87 \pm 0.05$  мкмоль/л, що на 31.5% ( $p < 0,001$ ) нижче даних до лікування та на 19.4% ( $p < 0,001$ ) – результатів, одержаних у групі хворих, які отримували стандартну терапію ХГП.

Для вивчення функціонального стану судинного русла ясен ми використовували реопародонтографію. Дослідження пульсових коливань кровонаповнення судин пародонту дозволяє об'єктивно оцінити якість та ефективність лікування за показниками відновлення тону судин, їх еластичності та змін периферичного опору.

Як видно з даних, наведених в таблиці 3, стандартне лікування ГП за Протоколом дало відповідний результат: вірогідно знизився індекс периферичного опору судин пародонту ( $238,0 \pm 10,2$  до  $168,3 \pm 16,5$ ), покращився показник еластичності судин ( $46,0 \pm 1,95$  до  $57,50 \pm 1,94$ ) та вірогідно знизився реографічний індекс ( $1,50 \pm 0,05$  до  $1,20 \pm 0,04$ ).

Застосування у складі комплексної терапії препарату «Мексикор» та локальної антигіпоксичної терапії сприяло вірогідному покращенню значень реографічного індексу як у порівнянні з групою пацієнтів при стандартному ліванні, так і з групою хворих, яким призначали препарат «Мексикор». Функціональні методи дослідження свідчать про покращення показників еластичності судин пародонту та зниження індексу периферичного опору. Особливо слід відмітити, що тонус пародонтальних судин відреагував на проведене лікування вірогідним зниженням показника з  $21,00 \pm 0,73$  до  $17,30 \pm 1,40$  ( $p < 0,01$ ) після лікування.

Таблиця 3  
Показники реопародонтографічного дослідження стану тканин пародонту хворих з ХГП I-II ступеню, які страждають на стабільну стенокардію напруж.

Показники	Етапи лікування	Спосіб лікування хворих		
		Згідно із стандартом	препарат "Мексикор"	препарат "Мексикор" + місцева антигіпоксична терапія
PI	До лікування	1,50 ± 0,05	1,50 ± 0,07	1,40 ± 0,09
	після	1,20 ± 0,04*	1,10 ± 0,08*	1,04 ± 0,03**
IE	До лікування	46,0 ± 1,95	43,00 ± 2,37	45,01 ± 1,31
	після	57,50 ± 1,94*	64,95 ± 1,40*	72,30 ± 1,39**
ІПО	До лікування	238,0 ± 10,2	250,0 ± 10,1	246,0 ± 10,4
	після	168,3 ± 16,5*	142,8 ± 13,3*	135,7 ± 8,7**
ПТС	До лікування	23,02 ± 0,59	24,0 ± 1,6	21,00 ± 0,73
	після	21,81 ± 1,20	21,0 ± 1,7	17,30 ± 1,40**

Примітка: \* – p < 0,05 у порівнянні з даними тієї ж групи хворих до лікування;

\*\* – p < 0,05 у порівнянні з даними групи пацієнтів, які отримували стоматологічне лікування згідно із стандартом

Тому вважаємо, що застосування мексикору за цих умов та локальної антигіпоксичної терапії більш ефективно корегує показники стану судинного русла пародонту, що є безумовно надзвичайно важливим в лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту.

### Висновки

Застосування у складі комплексної терапії ГП I-II ступеню тяжкості у пацієнтів з ІХС зі стабільною стенокардією напруж поряд з призначенням мексикору локальної антигіпоксичної терапії супроводжується суттєвим покращенням клінічної картини за суб'єктивними та об'єктивними характеристиками, позитивною динамікою пародонтальних індексів, корекцією показників антиоксидантної системи, що виявляється у збільшенні у ротовій рідині антиоксидантного потенціалу (зменшення приросту ТБК-активних сполук за час інкубації ротової рідини), а також оптимізацією процесів регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції (зниження реографічного індексу тканин пародонту, індексу периферичного опору судин та покращення їх еластичності та тону.

### Література

1. Бартенева Т.В. Лечение и профилактика заболеваний пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т.В. Бартенева. – Волгоград, 2008. – 19 с.
2. Горбачева И.А. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний па-

3. родонта / И.А. Горбачева, Л.Ю. Орехова, Ю.А. Сычева [и др.] Пародонтология. – 2007. – № 1 (42). – С.50-58.
4. Полторац Н.А. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта с ишемической болезнью сердца : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология", 14.00.06 "Кардиология" / Н.А. Полторац. – М 2007. – 25 с.
5. Юдина Н.А. Экспериментальное обоснование влияния хронического воспалительного процесса в ротовой полости на развитие ишемической болезни сердца / Н.А. Юдина, Н.Н. Вейкина, Г.В. Шерстюк, Т.М. Юрага // Медицина. – 2008. – № 4 – С. 78-81.
6. Чайковская И.В. Роль нарушений метаболизма оксид азота в патогенезе хронического генерализованного пародонтита / И.В. Чайковская // Арх. клин. та експерим. мед. – 2008. – Т. 17, № 2. – С. 226–228.
7. Воскресенский О.Н. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита / О.Н. Воскресенский, Е.К. Ткаченко // Стоматология. – 1991. – №4 – С.5-10.
8. Czerniuk M.R. Inflammatory response to acute coronary syndrome in patients with coexistent periodontal disease / M.R. Czerniuk, R. Górka, K.J. Filipiak, G. Opolski // J. Periodontol. – 2004. – V. 75 №7. – P. 1020-1026.
9. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский А.В. Борисенко – К., 2000. – 462 с.
10. Царинный М.М. Об унификации реографических показателей / М.М. Царинный, В.В. Сюзяев // Стоматология. – 1986. – №1 – С.87-89.
11. Прохончуков А.А. Функциональная диагностика в стоматологической практике. / А.А. Прохончуков, Н.А. Логинова, Н.А. Жижина. – М.: Медицина, 1980. – 271 с.
12. Персин Л.С. Способ фиксации электродов в полости рта для проведения реопародонтографического исследования / Л.С. Персин // Стоматология. – 1978. – №6. – С. 81.
13. Миньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике / Миньшиков В.В. – М.: Медицина, 1987. – 365 с.
14. Методи клінічних та експериментальних досліджень в медицині / [Л.В. Беркало, О.В. Бобович, Н.О. Боброва та ін.]; За ред. І.П. Кайдашева. – Полтава, 2003. – 320 с.
15. Кравченко Н.А. Биохимические и молекулярно-генетические механизмы регуляции синтеза оксида азота эндотелиальными NO-синтазой в норме и при сердечно-сосудистой патологии / Н.А. Кравченко, Н.В. Ярмыш // Укр. терапевт. журн. – 2007. – №1. – С. 82-89.

### Реферат

АНТИГИПОКСАНТИ КАК СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ИБС

Бойченко А.М.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, антигіпоксанти, ИБС.

Целью работы является выяснение эффективности дифференцированного использования антигіпоксанта метаболического действия. Применение в составе комплексной терапии пациентов с ИБС с/с стабильной стенокардией напряжения с ГП I-II степени наряду с назначением мексикора локальной антигіпоксичной терапии сопровождается существенным улучшением клинической картины за суб'єктивными и объективными характеристиками, положительной динамикой пародонтальных индексов, коррекцией показателей антиоксидантной и нитроксидагической системы, что проявляется в увеличении в ротовой жидкости антиоксидантного потенциала.

### Summary

#### ANTIHYPOXIC DRUGS AS A MEANS IN TREATING GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Boichenko A. M.

Key words: generalized periodontitis, antihypoxic, CHD.

The aim of this work is to elucidate the effectiveness of differentiated use of metabolic antihypoxic drugs. Our study has shown applying local antihypoxic therapy in combination with standard administration of Mexicor in the integrated therapy of patients with coronary artery disease and stable angina results in significant improvement of the clinical picture by subjective and objective characteristics, positive dynamics of gingival indices, improved indices of antioxidant and nitrox-ergic systems that is manifested by the increase in oral fluid antioxidant potential.

УДК 616.314 – 089.23 – 76 – 77 – 009

*Довженко А.В., Куросдова В.Д.*

### ОРТОДОНТИЧНИЙ БІЛЬ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗНІМНИМИ ТА НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Ортодонтичне лікування – дуже складний і тривалий процес. Пацієнти різного віку припиняють розпочате лікування у середньому в 35,7%, з яких 50% – це діти. Однією з причин переривання ортодонтичного лікування є складний період адаптації. Існує значна залежність між відчуттям болі та методом лікування. Майже всі пацієнти, які підлягали ортодонтичному лікуванню, незалежно від конструкції, мали труднощі під час жування та відкушування їжі. Саме інформація про больові відчуття в період адаптації у пацієнтів зі знімними та незнімними конструкціями може попередити та знизити частоту переривання ортодонтичного лікування. Наше дослідження показало, що незважаючи на більшу інтенсивність больових відчуттів при лікуванні за допомогою брекет-систем, терміни максимальних больових відчуттів та їх динаміка, як при знімній, так і незнімній ортодонтичній техніці майже однакові.*

Ключові слова: ортодонтичне лікування, біль, адаптація, знімні конструкції, брекет-техніка.

Біль – суб'єктивне людське відчуття, неприємне сенсорне та емоційне переживання, що супроводжується фактичним або можливим пошкодженням тканин або стан, словесний опис якого відповідає подібному пошкодженню (визначення Міжнародної асоціації з вивчення болю).

Ортодонтичне лікування (ОЛ) – дуже складний і тривалий процес. У пацієнтів, які перенесли ОЛ існує цілий ряд реакцій на біль, від звичайного дискомфорту до високого рівню болі. Причини цієї мінливості досі повністю невідомі [6]. Для реєстрації болі в основному використовується опитування. Ще можливе визначення ступеню болі за допомогою РЕГ головного мозку, але дані є відносними, так як організм крім болі сприймає ще й інші подразники [5].

Існує значна залежність між відчуттям болі та методом ОЛ. Майже всі пацієнти, які підлягали ОЛ, незалежно від конструкції, мали труднощі під час жування та відкушування їжі, особливо твердої консистенції, що змусило їх змінити консистенцію їжі [8].

Протягом лікування незнімною технікою спостерігались у пацієнтів сильніші больові відчуття (тиск, напруга та чутливість зубів), ніж при знімній. Найбільш високі значення больових відчуттів спостерігались після встановлення першої дуги 93% і 65% - після її активації. Самолігуюча

брекет-техніка викликала більше больових відчуттів в перші дні після встановлення частіше в боковій ділянці. При ОЛ лінгвальною технікою відчувався сильний біль у фронтальній ділянці, що зазвичай супроводжувався порушенням сну та головним болем на протязі першого тижня [7].

Розпочате ОЛ пацієнти різного віку припиняють у середньому в 35,7%, з яких 50% – це діти [3]. Однією з причин переривання ОЛ є складний період адаптації [4]. Досить багато вчених досліджували період адаптації, але мало інформації щодо термінів болю при ОЛ знімними та незнімними конструкціями.

#### Мета роботи

Визначити особливості больових відчуттів у пацієнтів в період адаптації ОЛ знімними та незнімними ортодонтичними конструкціями.

#### Матеріали та методи дослідження

Для визначення та порівняння больових відчуттів під час ОЛ різними видами ортодонтичних апаратів ми розробили «Анкету відчуттів ортодонтичного пацієнта» [1], яку пропонували заповнити кожному пацієнту в день здачі знімного ортодонтичного апарату або в день фіксації незнімної конструкції (брекет-системи) та просили повернути заповнену анкету на наступне відвідування (через півтора місяця).

Ми вивчали зубний біль в стані спокою, зу-