

вмістом мінеральних солей, смол, численних різновидів глини (Боголюбов В.М., 1985; Улащик В.С., 1994, 1997). Підтвердженням зазначеного є, зокрема, дослідження ефективності місцевого використання в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту пілоїдотерапії (Лисев І.Н., 1978, 1986; Френзель Г.М., 1987), рідкої фракції лікувальної грязі (Головинов В.Г., 1991; Райда А.І., 1988–2000), мінеральних вод (Борисенко А.В., 2001; Самойлович В.А., 2002), полімінеролу (Бакшутова Н.О., 1996), полікатуану (Спасов А.А. і співавт., 1999), бішофіту (Лагун А.І., 1999; Білоклицька Г.Ф., Дзицюк Т.І., 2010).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За останні роки в загальномедичній літературі з'явилися деякі узагальнені дані про використання природного засобу мінерального походження (кембрійської глини) з підвищеним вмістом каолініту, гідрослюди, хлориту, монтморилоніту, мінеральних макро- та мікроелемент-

них сполук — діоксиду кремнію, алюмінію, оксиду заліза тощо з метою покращення метаболічних процесів в організмі, стимуляції синтезу колагенових волокон, протизапальної дії.

Відсутність даних про використання такого засобу у стоматології, зокрема у хворих на генералізовані захворювання пародонту, обумовлює значний інтерес до вивчення його властивостей у дії на тканини пародонту і дає в подальшому можливість для створення нових методик на етапах реабілітації пародонтологічних хворих.

ВИСНОВКИ

Ми вважаємо перспективною подальшу розробку нових підходів до такого роду лікувально-профілактичних заходів і прогнозуємо в майбутньому отримання позитивних результатів, урахувавши унікальний склад і властивості заявленого в дослідженні мінерального засобу природного походження.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ В ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ

О.М. Бойченко

УМСА «Українська медична стоматологічна академія»

АКТУАЛЬНІСТЬ

Хвороби пародонту займають друге місце за поширеністю серед стоматологічних захворювань. Генералізований пародонтит — найпоширеніший вид патології пародонту, особливо у другій половині життя людини. Установлений тісний зв'язок патології пародонту із загальними захворюваннями організму, особливо місце серед яких займає серцево-судинна патологія, найчастіше — ішемічна хвороба серця (ІХС) (Бартенева Т.В., 2008; Goteiner D. et al., 2008; Blazit A. et al., 2009). Повідомляється про наявність спільних ланок патогенезу, зокрема розвитку як у серцевому м'язі, так і у тканинах пародонту гіпоксичного некробіозу (Шварц Ю.Г. і співавт., 2006; Czerniuk M.R. et al., 2004; Oikarinen K. et al., 2009; Renvert S. et al., 2010.).

Актуальним є комплексне дослідження сучасних аспектів патогенезу окиснювальних розладів, порушень регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції, які в пацієнтів із захворюваннями пародонту на тлі ІХС не проводилися. Крім того, не встановлені провідні патогенетичні фактори при різній тяжкості захворювань пародонту, що визначають вибір лікувального та профілактичного впливу. У той же час важливим і необхідним компонентом комплексного лікування захворювань пародонту в пацієнтів на ІХС є адекватна корекція патогенетичних порушень, перш за все метаболічних, гемо-реологічних і міроциркуляторних змін.

Мета роботи — з'ясування ефективності диференційованого використання антигіпоксантів (мексикору, препарат і в коензиму Q10) для корекції метаболічних і гемодинамічних порушень у пародонті в залежності від тяжкості перебігу генералізованого пародонтиту в пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження за участю кардіолога (терапевта) було залучено 72 хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги та хворих на генералізований пародонтит І–ІІ ст. хронічного перебігу. Оцінку стану гемодинаміки та мікроциркуляції тканин пародонту проводили за даними реопародонтографії (РПП). Для оцінки стану тканин пародонту користувались комплексним пародон-

тальним індексом СРІТН ВООЗ (1995), папілярно-маргінально-альвеолярним індексом РМА. Попередній стан порожнини рота оцінювали за допомогою індексу Гріна-Вермільйона (Oral Hygiene index simplified, ОНІ-S). Ступінь запалення ясен визначали за допомогою індексу кровоточивості, ступінь тяжкості пародонтиту — за пародонтальним індексом (РІ). Рівень пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) у пацієнтів оцінювали за утворенням у реакції тіобарбітурової кислоти (ТБК) з ТБК-активними продуктами забарвленого триметінового комплексу. Активність антиоксидантної системи оцінювали за активністю антиоксидантних ферментів — супероксиддисмутази та каталази.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлено, що у групі хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги І функціонального класу без серцевої недостатності з генералізованим пародонтизом І–ІІ ст. хронічного перебігу, яким на тлі лікування за стандартами ведення стоматологічного хворого призначали мексикор протягом 10 діб (у капсулах по 100 мг три рази на добу), усунення гострих запальних явищ з покращенням показників пародонтальних індексів: індексу Гріна-Вермільйона, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА, індексу кровоточивості за Muhlemann-Cowell відбувалося швидше в середньому на 3–4 доби ($p < 0,05$), зменшувалась інтенсивність вільнорадикального окиснення та збільшувався антиоксидантний захист.

Найбільш успішним було лікування з одночасним введенням 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату у тканини пародонту шляхом проведення інстиляції 5 % розчину та накладання твердіючої пов'язки, що містить препарат, на слизову оболонку ясен з вестибулярної та оральної сторін відростків верхньої та нижньої щелеп.

Виявлено, що застосування мексикору в комплексній терапії генералізованого пародонтиту І–ІІ ст. у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги ІІ–ІІІ функціонального класу, серцевою недостатністю І, ПА ст., ІІ–ІІІ класу NYHA потребує певної корекції дози препарату (по 100 мг три рази на добу) унаслідок більш інтен-

сивного системного гіпоксичного впливу та ступеня гіпоксичних порушень. Це, на наш погляд, потребує залучення препаратів, здатних відновлювати електронно-транспортну функцію дихального ланцюга не тільки через активацію альтернативних НАДН-оксидазному шляху компенсаторних метаболічних потоків, а й на рівні коензиму Q10 — цитохромів b-c1. Результат лікування хронічного генералізованого пародонтиту I–II ст. за цих умов виявився найкращим при доповненні комплексної терапії препаратами коензиму Q10 (убіхінон композитум або вітрум бют1 Q10).

ВИСНОВКИ

Відмічається висока ефективність сукцинатвмісних антигіпоксантів, похідних 3-оксипіридину (мексикору) у хворих на генералізований пародонтит I–II ст. за умов ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу без серцевої недостатності. При збільшенні інтенсивності системного гіпоксичного впливу (за умов розвитку серцевої недостатності) і ступеня гіпоксичних порушень у пародонті доцільним є доповнення комплексної терапії генералізованого пародонтиту препаратами коензиму Q10.

АДАПТОВАНА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ УРОКІВ ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП, ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ В БУДИНКАХ-ІНТЕРНАТАХ

Т.А. Вертецька, І.О. Моложанов

Київський медичний університет УАНМ

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Медична реабілітація дітей-інвалідів є актуальним завданням сучасної медицини. Складність надання стоматологічної допомоги хворим на ДЦП обумовлена вагомністю клінічних проявів ДЦП, значними порушеннями зубощелепної системи, труднощами виконання лікувально-профілактичних заходів. Запропоновано різні комплекси для лікування та профілактики карієсу та зубощелепних аномалій. Однак терапії запальних захворювань пародонту приділяється зовсім недостатньо уваги, хоча їх поширеність та інтенсивність у дітей-інвалідів із ДЦП висока.

У хворих на ДЦП важливою ланкою патогенезу є розвиток комбінованої хронічної гіпоксії (циркуляторної та респіраторної), на тлі якої знижуються імунобіологічні властивості слизових і створюються умови для активації патогенної та умовно-патогенної мікрофлори.

У наш час недостатньо програм диференційованого навчання профілактики та надання професійної стоматологічної допомоги дітям, хворим на церебральний параліч, з урахуванням ступеня важкості рухових та інтелектуальних дефектів. Вирішення цих проблем можливе при правильному підході з медичної, психологічної та соціальної точок зору.

Мета дослідження — адаптація стандартної методики санітарно-просвітньої роботи для дітей, хворих на ДЦП, для покращення їх стоматологічного статусу.

Завдання дослідження полягало в тому, щоби з'ясувати особливості профілактики гігієни ротової порожнини в дітей із захворюванням на ДЦП для подальшої адаптації стандартної методики санітарно-просвітньої роботи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети вирішено такі основні завдання:

- визначено особливості гігієнічного стану порожнини рота в дітей, хворих на ДЦП, з урахуванням того ускладнюючого аспекту, що діти є вихованцями будинку-інтернату;
- проведено навчання гігієни порожнини рота з адаптацією мануальних навичок чищення зубів для дітей з даною патологією;
- проведено динамічне спостереження.

Дослідження проводились на базі Ніжинського та Святошинського (м. Київ) дитячих будинків-інтернатів. Обстежено по 60 дітей з кожного будинку-інтернату віком від 7 до 17-ти років.

Перед дослідженням і після нього проводились огляд та індексна оцінка рівня гігієни порожнини рота за Федоровим-Володкіною.

Діти ділились на групи таким чином:

I група — від 7 до 10 років;

II група — від 11 до 17-ти років у кожному з будинків-інтернатів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати індексної оцінки дітей за Федоровим-Володкіною з Ніжинського будинку-інтернату. До проведення гігієнічного навчання: I група — 2,7; II група — 3,2. Через рік після проведення гігієнічного навчання були отримані такі результати:

I група — 1,05; II група — 1,4.

Результати індексної оцінки дітей за Федоровим-Володкіною зі Святошинського будинку-інтернату м. Києва. До проведення гігієнічного навчання: I група — 2,4; II група — 3,5. Через рік після проведення гігієнічного навчання були отримані такі результати: I група — 1,3; II група — 1,5.

У дітей-інвалідів виявлено поганий гігієнічний стан порожнини рота, що формується як через недосконалість мануальних навичок, так і через недостатній процес самоочищення порожнини рота на тлі зубощелепних аномалій і порушення функцій слинних залоз, жувальної мускулатури, мови. Безперечно, переаховані вище особливості стоматологічного статусу є причинами інтенсивного протікання захворювань пародонту. При порівняльних дослідженнях було встановлено, що захворюваність пародонту в дітей з неврологічною патологією у 3–4 рази вище, ніж у соматично здорових школярів 11–12-ти років. Серед клінічних форм запальних захворювань пародонту переважає хронічний катаральний гінгівіт.

Запропоновано методику адаптації проведення уроків гігієнічного стоматологічного навчання дітей хворих ДЦП, які виховуються в будинках-інтернатах і не мають можливості отримати навіть елементарні навички самостійкої гігієни порожнини рота від батьків.

ВИСНОВОК

У ході дослідження було встановлено, що адаптована методика проведення уроків гігієни порожнини рота для дітей, хворих на ДЦП, ефективна, оскільки показники індексної оцінки свідчать про покращення гігієнічного стану порожнини рота досліджуваних в обох будинках-інтернатах.