

hovoyni Rady Ukrainy 05.04.2011 № 3194-VI [The annual report on the observance and protection of human rights and freedoms in Ukraine the Verkhovna Rada of Ukraine on Human Rights: Resolution of the Verkhovna Rada of Ukraine of 05.04.2011, № 3194-VI] (2011). Voice of Ukraine, 35, 23–29.

3. Selten, J. P., Veen, N., Feller, W. et al. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. British Journal of Psychiatry, 178 (4), 367–372. doi: 10.1192/bjp.178.4.367

4. Gavin, B. E., Kelly, B. D., Lane, A. et al. (2001). The mental health of migrants. Irish Medical Journal, 94, 229–230.

5. Lauber, C., Lay, B., Rossler, W. (2006). Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland. Swiss Medical Weekly, 135, 50–56.

6. Harmz, V. A. (2000). Mediko-psihologicheskie aspekty narusheniya psichicheskoy adaptatsii emigrantov [Medical and psychological aspects of disturbance of mental adaptation of immigrants]. Sankt-Peterburg State University, SPb, 186.

7. Kolyanov, V. B., Boryak, V. P., Barnash, N. V., Mi-haylenko, L. V. Nekotoryye osobennosti psichologicheskoy adaptatsii migrantov [Some features of the psychological adaptation

of migrants]. Available at: http://migrocenter.ru/publ/konfer/kavkaz/m_kavkaz030.php

8. Kirilenko, Ya., Chumanskaya, E. (2011). Interdistsiplinarnyye aspekty migratsii [Interdisciplinary aspects of migration]. Archive of National Library of Vernadsky, 15/2 (55), 52–53.

9. Bodnar, A. M., Nam, En Dya (2008). Sravnitelnoye issledovaniye lichnostnykh osobennostey emigrantov iz Rossii, prozhivayuschih v SShA, i ih rossiyskikh rodstvennikov [A comparative study of personality characteristics of immigrants from Russia, living in the US, and their Russian relatives]. Psychological Gazette Ural State University, 6, 380–388.

10. Gurevich, A. M. (2005). Motivatsiya emigratsii [Motivation of emigration]. SPb.: Rech, 272.

11. Stefanenko, T. G. (1999). Etnopsihologiya [Ethnopsychology]. Moscow: Institut psichologii RAN, «Academy project», 279–300.

12. Sobchik, L. N. (1991). Standartizirovannyiy mnogofaktornyyiy metod issledovaniya lichnosti [A standardized method of multivariate study of personality]. Moscow: MKTs, 76.

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Гнатишин М. С.
Дата надходження рукопису 14.04.2015

Венгер Олена Петрівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра неврології, психіатрії, наркології та медичної психології, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського», майдан Воли, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001

УДК 616-311-2-002.153-036-12-007-08-084:616-314-77

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.43292

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ ТА РЕЦЕСІЇ ЯСЕН У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЗУБНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

© А. М. Петрушанко

У статті автором наведені розроблені ним схеми профілактики та лікування хронічного катарального гінгівіту та рецесії ясен у пацієнтів при зубному протезуванні незнімними конструкціями. Доведена їх клінічна ефективність та розроблені критерії оцінки рецесії ясеневого краю. Після застосування профілактично-лікувальних комплексів у пацієнтів спостерігали поліпшення гігієнічного стану ротової порожнини, що підтверджують доцільність їх застосування

Ключові слова: профілактика, лікування, клінічна ефективність, критерії оцінки, хронічний катаральний гінгівіт, рецесія ясен, профілактично-лікувальні комплекси

Schemes of prevention and treatment of chronic catarrhal gingivitis and gingival recession in patients with non-removable dental prosthesis designs. It is proved their clinical effectiveness and evaluation criteria of developed gum recession land. After application of preventive and therapeutic complexes, which observed in patients, improve the hygienic condition of the mouth, confirming the feasibility of their application.

Methods. It is included 153 patients with various defects of individual teeth and dentition, including 85 women (55.6 %) and 68 men (44.4 %) aged from 25 to 55 years. The control group consisted of 35 healthy individuals of the same age without metallic inclusions in the mouth.

Results. In analyzing the evaluation index hygienic condition of the oral cavity in patients 25–34 years of gingivitis against the backdrop of orthopedic treatment non-removable denture constructions the indices Green-Vermillion and Silness-Loe following data were obtained: patients of the main group before treatment, the rate Green Vermillion index was an average of $1,70 \pm 0,07$ points to $1,75 \pm 0,08$ points, indicating a satisfactory level of oral hygiene. After application of preventive and therapeutic complexes improve the hygienic condition of the oral cavity, which marked the studied index indicators hygiene.

Analyzing the data should be noted that positive changes of hygienic condition of the oral cavity were observed throughout the study period in all age groups of patients in both subgroups of observation and comparison.

Conclusions. We offer health care systems for the prevention and treatment of gum recession and chronic catarrhal gingivitis in patients after dental prosthetics of non-replaceable constructs allowed to suspend pathological processes in the gums and improve oral hygiene

Keywords: prevention, treatment, clinical efficacy, evaluation criteria, chronic catarrhal gingivitis, gum recession, preventive and therapeutic complexes

1. Вступ

Сучасна стоматологія досягла значних успіхів у профілактиці та лікуванні хронічного катарального гінгівіту. На теперішній час запропонована низка різних лікувально-профілактичних комплексів [1, 2]. Проте дані про ефективність їх застосування в ортопедичній клініці ще недостатньо висвітлені в спеціальній літературі. Потребують подальшого вивчення також питання, що стосуються особливостей таких лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів з дефектами зубних рядів (ДЗР). Саме вивчення захворювань тканин пародонту, зокрема рецесії ясен, при застосуванні різних конструкцій знімних та незнімних зубних протезів є актуальним завданням не тільки терапевтичної, а й ортопедичної стоматології [1, 2].

2. Обґрунтування дослідження

Дослідженнями різних авторів доведено, що своєчасне усунення патології тканин пародонту, що виникають під час або після протезування дефектів окремих зубів та зубних рядів, має велике значення для профілактики розвитку більш складних стоматологічних захворювань у цих пацієнтів [3].

Відомо, що систематичне застосування гігієнічних засобів у пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом забезпечує певний профілактичний ефект. Однак рекомендації стоматологів зводяться переважно до використання зубних щіток і різних зубних паст. Такий підхід не може гарантувати позитивний результат – досягнення адекватного гігієнічного стану органів порожнини рота і усунення ознак запалення в тканинах пародонту, особливо у пацієнтів із запаленням та рецесією ясен, які виникли під час ортопедичного лікування. Тому вимога до гігієни порожнини рота у пацієнтів, які мають ортопедичні незнімні конструкції в порожнині рота в аспекті профілактики захворювань пародонту, повинні ґрунтуватися на нових підходах до вирішення даної проблеми.

Мета: підвищити ефективність профілактики і лікування хронічного катарального гінгівіту та рецесії ясен у пацієнтів після зубного протезування незнімними конструкціями шляхом розробки лікувально-профілактичних комплексів з індексною оцінкою стану гігієни порожнини рота.

3. Матеріал та методи дослідження

Нами було взято для обстеження та лікування 153 пацієнта з різними дефектами окремих зубів та зубних рядів, із них 85 жінок (55,6 %) та 68 чоловіків (44,4 %) у віці від 25 до 55 років. Контрольну групу склали 35 практично здорових осіб (без супутніх захворювань) такого ж віку та без металевих включень в порожнині рота (амальгамових пломб). Всі обстежені

пацієнти раніше не лікувались у стоматолога-ортопеда і потребували протезування незнімними конструкціями. Зокрема 44 (29 %) пацієнта мали значний дефект коронкової частини зуба (ІЗОПЗ 0,6–0,8), що є показанням до застосування штучних коронок. Дефект коронкової частини зуба компенсувався нами металокерамічними та металопластмасовими коронками. Включені дефекти зубних рядів мали 109 (71 %) пацієнтів, у яких використовувались різні конструкції литих незнімних зубних протезів.

Обстеження пацієнтів з дефектами окремих зубів та зубних рядів проводилося в стандартних умовах стоматологічного кабінету з використанням спеціального стоматологічного інструментарія і включало: огляд, з'ясування скарг, пальпацію, рентгенографію та інші методи [4]. Дані стану твердих тканин зуба і тканин пародонту фіксували в картках обстеження, розроблених на основі карти обстеження ДУ «Інститут стоматології АМН України» (м. Одеса) відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Крім того, вивчали анамнестичні дані, медико-соціальні умови життя сім'ї, перенесені і супутні захворювання (соматичний статус), регулярність і кратність чищення зубів.

Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували індекс *Грін-Вермільона*, який полягав у фарбуванні зубного нальоту на вестибулярній та оральній поверхнях зубів. Критерієм оцінки гігієни порожнини рота слугував умовний підрахунок поверхні зуба, покритого зубним нальотом, виражений у цифрах.

Для визначення товщини зубного нальоту використовували гігієнічний індекс *Silness Loe*.

Стан ясен вивчали за *індексом кровоточивості* за допомогою зондової проби за Мюллеманом пугувчатим зондом.

Для оцінки тяжкості хронічного катарального гінгівіту і реєстрації динаміки процесу використовували папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (*PMA*). Індекс визначали в процентах за формулою [5].

Індекс *PMA*, рекомендований ВООЗ при обстеженнях пародонту, який частіше за інші індекси зустрічається в спеціальній літературі, дозволяв отримати нами дані співставляти з результатами інших дослідників.

Для оцінки динаміки запального процесу в тканинах пародонту використовували *метод термометрії* [6], враховуючи те, що вираженість температурної реакції залежить від характеру перебігу запалення, його поширеності, ступеня пошкодження тканин і ефективності проведеного лікування. Крім того, метод контактної термометрії характеризував стан кровоточу та обміну речовин в тканинах пародонту.

Визначення індексу рецесії ясен (IR) проводили за допомогою розробленого нами «Стоматологічного вимірювача» (патент на корисну модель №41881 від 10.06.2009, бюл. № 11), який складається зі спеціального мікрометра зі шкалою від 0 до 1 см (величина ділень 0,1 мм) та знімними щічками. Інтенсивність рецесії ясен вимірювали, як відстань від краю штучної коронки до рівня краю ясен. Вимірювання проводили на всіх поверхнях зуба згідно «Способу вимірювання розмірів в порожнині рота» (патент на корисну модель № 46211 від 10.12.2009, бюл. № 23).

Для визначення кількісної та якісної характеристики рецесії ясен було взято за основу методику Казеко Л. А. Для отримання більш точних результатів дослідження та критеріїв оцінки рецесії ясеневих країв нами був розроблений «Спосіб визначення індексу рецесії ясен щелепи» (патент на корисну модель № 49378 від 26.04.2010, бюл. № 8).

Розроблені нами критерії оцінки рецесії ясеневих країв визначали в балах:

0 балів – рецесія ясенного краю відсутня;

1 бал – рецесія ясенного краю до 1 мм на одній поверхні зуба,

2 бали – рецесія ясенного краю до 1 мм на двох і більше поверхнях зуба,

3 бали – рецесія ясенного краю більше 1 мм на одній поверхні зуба,

4 бали – рецесія ясенного краю більше 1 мм на двох і більше поверхнях зуба,

5 балів – рецесія ясенного краю більш ніж 2 мм на одній чи більше поверхні зуба.

Індекс рецесії індивідуально розраховувався за формулою

$$IR = \frac{\sum \text{зубів}}{n \text{ зубів}}$$

де n – кількість зубів, покритих штучними коронками, Σ – сума балів величини рецесії.

Середній індекс рецесії ясен обстежуваної групи пацієнтів визначали шляхом знаходження середнього числа індивідуальних значень індексу. В залежності від значень IR визначали ступінь тяжкості, що представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Ступені тяжкості рецесії ясен

Ступінь тяжкості рецесії ясен	Значення індексу рецесії (мм)
Легкий	0,1–2,0
Середній	2,1–3,5
Тяжкий	Більше 3,5

Повторні обстеження проводилися через місяць, 3, 6 місяців та через рік.

Для оцінки динаміки патологічного стану тканин пародонту, а саме, запалення та рецесії ясен, нами були розроблені «Спосіб профілактики рецесії ясен» (патент на корисну модель № 43746 від 25.08.2009, бюл. № 16) та «Спосіб аплікації лі-

кувальних речовин для профілактики рецесії ясен» (патент на корисну модель № 77945 від 11.03.2013, бюл. № 5).

Розподіл пацієнтів, які брали участь у клінічних дослідженнях, для вивчення ефективності розроблених лікувально-профілактичних комплексів, проводився методом рандомізації, що представлено в табл. 2. Перша схема лікування складалася з гігієни порожнини рота (ГПР) в комбінації «Лізомукоїдом» та «Флавогелем». Друга схема складалася також з ГПР в комбінації «Лізомукоїда» та «Флавогелем», але призначали ще додатково «Йоддіцерин». У порівняльній групі схема лікування складалася лише ГПР та полоскання «Лізомукоїдом».

Таблиця 2

Розподіл хворих залежно від застосування розроблених лікувально-профілактичних комплексів

Групи	Варіанти лікування	Кількість пацієнтів
основна	I ГПР+«Лізомукоїд»+аплікації «Флавогель»	57
	II ГПР+«Лізомукоїд»+аплікації «Флавогель»+«Йоддіцерин»	61
Порівняння	ГПР+полоскання «Лізомукоїд»	35
Всього		153

Для оцінки впливу розроблених нами лікувально-профілактичних комплексів на динаміку стану гігієни порожнини рота визначали гігієнічні індекси ОНІ-S (спрощений індекс гігієни порожнини рота за Грін-Вермільйоном) та індекс зубного нальоту за Сілнес-Лое.

При аналізі гігієнічного стану порожнини рота звертали увагу на характер нальоту на зубах. Крім м'яких зубних відкладень відзначали тверді: зубний камінь і щільний пігментований зубний наліт. Розташовувався щільний пігментований наліт найчастіше на шийках зубів з вестибулярної і оральної поверхонь. Слід зазначити, що наліт, який діагностували на зубах, не був монохромним, відзначалася різниця в кольорі: від жовтого до коричневого та сіро-чорного.

Ефективність варіантів лікувально-профілактичних заходів оцінювали за зміною показників індексів гігієни у всіх вікових групах пацієнтів в кінці лікування через 2 тижні, один місяць, 6 місяців і через рік. Оцінка гігієнічного стану порожнини рота у обстежених пацієнтів, а також його динаміка на етапах лікування представлені в табл. 3–5.

4. Результати дослідження

Проведені дослідження засвідчили, що при аналізі індексної оцінки гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів 25–34 років із запаленням ясен на тлі ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів за індексами Грін-Вермільйона та Сілнес-Лое були отримані наступні дані (табл. 3).

Таблиця 3

Індексна оцінка стану гігієни порожнини рота до та після застосування ЛПК у пацієнтів з литими незнімними ортопедичними конструкціями у динаміці, $M \pm m$

Гігієнічні індекси	Групи		25–34 роки				
			до лікування	через 2 тижня	через 1 міс.	через 6 міс.	через 12 міс.
Індекс Грін-Вермільйона, Бали	Основна	I n=18	1,73±0,07 $p_1 > 0,05$	0,76±0,03 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	0,70±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,11±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,25±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		II n=19	1,75±0,08 $p_1 > 0,05$	0,74±0,03 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	0,69±0,03 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,09±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,21±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
	порівняння, n=11		1,70±0,07	0,79±0,04 $p < 0,05$	0,72±0,04 $p < 0,05$	1,13±0,05 $P < 0,05$	1,26±0,05 $p < 0,05$
Індекс Сілнес-Лое, Бали	Основна	I n=18	1,75±0,08 $p_1 > 0,05$	0,85±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	0,96±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,11±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,23±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		II n=19	1,78±0,09± $p_1 > 0,05$	0,82±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	0,91±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,06±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,18±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
	порівняння, n=11		1,75±0,09	0,93±0,05 $p < 0,05$	1,02±0,06 $p < 0,05$	1,21±0,06 $P < 0,05$	1,28±0,06 $p < 0,05$

Примітки: p – показник вірогідності відмінностей порівняно з вихідними даними; p_1 – показник вірогідності відмінностей порівняно з групою порівняння

Так, у пацієнтів порівняльної та основної групи до початку лікування, показник індексу Грін-Вермільйона становив у середньому від 1,70±0,07 бала до 1,75±0,08 бала, що свідчить про задовільний рівень гігієни ротової порожнини. Після застосування профілактично-лікувальних комплексів у пацієнтів спостерігали поліпшення гігієнічного стану ротової порожнини, що відмічено показниками вивчаемого індексу гігієни.

Аналізуючи отримані дані слід зазначити, що позитивні зміни гігієнічного стану порожнини рота відзначалися на протязі всього періоду досліджень в усіх вікових групах пацієнтів, як в підгрупах спостереження так і порівняння.

Це можна пояснити тим, що пацієнти груп порівняння застосовували для полоскання порожнини рота гігієнічний еліксир „Лізомукоїд”, який володіє високими очисними властивостями, ефективно знижує швидкість утворення зубного нальоту, усуває запальні зміни слизової оболонки і пригнічує розвиток патогенних бактерій (табл. 4). Однак, найбільше покращення гігієнічного стану порожнини рота відбувалося у пацієнтів, яким призначали курс розроблених ЛПК, при цьому через півроку і один рік індекси гігієни в групах спостереження були достовірно нижче, ніж у групах порівняння ($p < 0,05$).

Разом з тим, більш істотне поліпшення гігієнічного стану порожнини рота за даними визначення індексу Грін-Вермільйона, спостерігалось у всіх вікових групах пацієнтів, які застосовували комплексне лікування, що включало аплікації препаратів „Флавогель” самостійно або разом з препаратом „Йоддіцерин”. Так, у пацієнтів, що мали литі незнімні ортопедичні конструкції в порожнині рота у віці 25–34 роки через 6 місяців досліджень виявлено поліпшення показника індексу Грін-Вермільйона, який достовірно знизився з 1,73±0,07 бал. до 1,11±0,05 бал. та з 1,75±0,08 бал. до 1,09±0,05 бал. при цих варіантах лікування. Через один

рік спостережень значення цього показника незначно збільшилися і його цифрові дані стали на 0,14 балів та 0,12 балів більше в порівнянні з вихідними даними, але в той же час вони достовірно відрізнялись від цифрових значень вивчаемого індексу на початку лікування.

Це свідчить про те, що застосування препарату „Флавогель” як самостійно, так і в комплексі з препаратом йоду „Йоддіцерин” достовірно знижує показники індексу Грін-Вермільйона у пацієнтів з литими незнімними ортопедичними конструкціями в порожнині рота у всіх вікових групах ($p < 0,05$). Так, зменшення показників цього індексу у пацієнтів 35–44 років з 1,81±0,09 балів до 1,22±0,06 балів та до 1,37±0,07 балів через 6 місяців та один рік відповідно, вказує про суттєве покращення гігієнічного стану порожнини рота при застосуванні другого способу лікування (ГПР+Лізомукоїд+Флавогель+Йоддіцерин) (табл. 4).

При вивченні гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів 45–55 років, які також мали різні конструкції зубних протезів у порожнині рота, показники індексів гігієни через один рік досліджень змінювалися з тією ж закономірністю як і у пацієнтів в інших вікових групах (табл. 5). Однак значення показників індексу Грін-Вермільйона 2,15±0,11 балів та 2,16±0,11 балів, що визначено в основній групі до початку лікування, відповідали незадовільному рівню гігієни порожнини рота.

Після проведеного лікування через 6 місяців, а також через один рік спостережень, найбільше поліпшення гігієнічного стану порожнини рота, що відмічено показниками 1,59±0,08 балів та 1,57±0,07 балів відповідно, встановлено у пацієнтів, які отримували лікування запалення та рецесії ясен шляхом аплікацій препаратом „Флавогель” самостійно і в комплексі його з препаратом „Йоддіцерин”. Отримані цифрові значення вивчаемого індексу свідчили про «хорошу» гігієну порожнини рота у даних груп пацієнтів після проведеного лікування.

Таблиця 4

Індексна оцінка стану гігієни порожнини рота до та після застосування ЛПК у пацієнтів з литими незнімними ортопедичними конструкціями у динаміці, $M \pm m$

Гігієнічні індекси	Групи		35–44 роки				
			до лікування	через 2 тижня	через 1 міс.	через 6 міс.	через 12 міс.
Індекс Грін-Вермільюна, Бали	Основна	1 n=19	1,81±0,09 $p_1 > 0,05$	0,83±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	0,87±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,22±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,37±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		2 n=21	1,79±0,08 $p_1 > 0,05$	0,81±0,03 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	0,85±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,21±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,29±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
	порівняння, n=11		1,77±0,08	0,85±0,04 $P < 0,05$	0,88±0,04 $p < 0,05$	1,24±0,05 $p < 0,05$	1,34±0,07 $p < 0,05$
Індекс Сілнес-Лое, Бали	Основна	1 n=19	2,29±0,10 $p_1 > 0,05$	1,17±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,27±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,33±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,45±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		2 n=21	2,31±0,11 $p_1 > 0,05$	1,15±0,05 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,26±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,30±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,42±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
	порівняння, n=11		2,30±0,12	1,23±0,06 $p < 0,05$	1,31±0,07 $p < 0,05$	1,48±0,07 $p < 0,05$	1,52±0,08 $p < 0,05$

Примітки: p – показник вірогідності відмінностей порівняно з вихідними даними; p_1 – показник вірогідності відмінностей порівняно з групою порівняння

Проведений аналіз через 6 місяців спостережень показав, що у пацієнтів молодшого віку (25–34 роки) показники індексу Сілнес-Лое мали більш позитивну динаміку при використанні обох варіантів лікувально-профілактичних комплексів (з 1,75±0,08 бал. та 1,78±0,09 бал. до 1,23±0,06 бал. та 1,18±0,06 бал.). Через рік досліджень динаміка вивчених показників по відношенню до початкового рівня змінилася наступним чином.

Гігієнічний стан порожнини рота в групах пацієнтів 25–34 років покращився як в основній групі, так і в групі порівняння, з достовірною відмінністю індексу ОНІ-S (Грін-Вермільюна) ($p < 0,05$). Показники індексу Сілнес-Лое знизилися в обох підгрупах на 0,52 та 0,60 бала, а також в групі порівняння на 0,47 бала відповідно, проте з достовірною відмінністю цих показників лише у пацієнтів основної групи.

При цьому у пацієнтів 35–44 років показники індексів гігієни порожнини рота (ГПР) через рік досліджень змінювалися з тією ж закономірністю (табл. 4). Якщо в основній групі індекс Сілнес-Лое за вихідними даними був 2,29±0,10 балів, то після корекції з використанням мукозального гелю "Флавогель" він склав 1,17±0,05 балів.

Подібна тенденція спостерігалася і при використанні лише еліксиру „Лізомукоїд” в групі порівняння, де в кінці дослідження зареєстровано деяке зниження даного показника вивчаемого індексу і в групі порівняння. При цьому індекс Сілнес-Лое у групі порівняння при первинному огляді був незадовільним – 2,30±0,12 балів, але після застосування ЛПК в кінці дослідження став задовільним, як і в ос-

новній групі пацієнтів, достовірно знизився і склав 1,52±0,08 балів.

Найбільш виражені позитивні зміни показників індексу Сілнес-Лое встановлені при використанні лікувально-профілактичного комплексу мукозального гелю "Флавогель" з препаратом "Йоддіцерин". Так, цифрові дані вивчаемого індексу за час спостереження знизилися майже вдвічі з 2,31±0,11 до 1,42±0,07 ($p < 0,05$).

При аналізі індексної оцінки гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів 45–55-літнього віку за індексом Сілнес-Лое були отримані наступні дані (табл. 5). Значення вивчаемого показника в обох підгрупах основної групи до початку лікування складало 2,69±0,13 та 2,73±0,13, що відповідало незадовільному рівню гігієни порожнини рота. У групі порівняння значення цього індексу становило 2,73±0,14 балів на початку спостереження. Дані значення свідчать також про незадовільну гігієну порожнини рота у пацієнтів даної групи.

Після проведеного лікування за допомогою аплікацій мукозальним гелем "Флавогель" та його в комплексі з препаратом "Йоддіцерин" динаміка вивчаемого показника у групах була різною. Як видно з табл. 5, гігієнічний стан порожнини рота у пацієнтів обох груп спостереження значно покращився. «Добрий» рівень гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів було встановлено через два тижні, проте, через один рік після початку лікування в динаміці вивчення гігієнічного стану порожнини рота з'явилася тенденція до погіршення, хоча рівень гігієни продовжував відповідати критерію «задовільно».

Таблиця 5

Індексна оцінка стану гігієни порожнини рота у пацієнтів з різними видами незнімних ортопедичних конструкцій в динаміці, М±m

Гігієнічні індекси	Групи		45–55 років				
			до лікування	через 2 тижня	через 1 міс.	через 6 міс.	через 12 міс.
Індекс Грін-Вермільйона, Бали	Основна	1 n=20	2,15±0,11 p ₁ >0,05	1,11±0,05 p<0,05 p ₁ >0,05	1,100,05± p<0,05 p ₁ >0,05	1,590,08± p<0,05 p ₁ >0,05	1,590,08± p<0,05 p ₁ >0,05
		2 n=21	2,160,11± p ₁ >0,05	1,070,05± p<0,05 p ₁ >0,05	1,090,05± p<0,05 p ₁ >0,05	1,480,07± p<0,05 p ₁ >0,05	1,570,07± p<0,05 p ₁ >0,05
	порівняння, n=13		2,140,10±	1,130,06± p<0,05	1,190,06± p<0,05	1,550,08± P<0,05	1,630,07± p<0,05
Індекс Сілес-Лое, Бали	Основна	1 n=20	2,690,13± p ₁ >0,05	1,610,08± p<0,05 p ₁ >0,05	1,770,09± p<0,05 p ₁ >0,05	1,980,09± p<0,05 p ₁ >0,05	2,080,10± p<0,05 p ₁ >0,05
		2 n=21	2,730,13± p ₁ >0,05	1,580,08± p<0,05 p ₁ >0,05	1,740,08± p<0,05 p ₁ >0,05	1,960,09± p<0,05 p ₁ >0,05	2,050,11± p<0,05 p ₁ >0,05
	порівняння, n=13		2,730,14±	1,610,09± p<0,05	1,770,08± p<0,05	2,010,09± p<0,05	2,110,09± p<0,05

Примітки: p – показник вірогідності відмінностей порівняно з вихідними даними; p₁ – показник вірогідності відмінностей порівняно з групою порівняння

5. Обговорення результатів

Застосування запропонованих нами лікувально-профілактичних комплексів для профілактики та лікування рецесії ясен та хронічного катарального гінгівіту у пацієнтів після зубного протезування незнімними конструкціями дозволило призупинити патологічні процеси в яснах та поліпшити стан гігієни порожнини рота. Так, зміни гігієнічного стану порожнини рота відзначалися на протязі всього періоду досліджень у пацієнтів основної і порівняльної групи від 25 років до 55-літнього віку. Така закономірність змін рівня гігієнічних індексів відзначалася у пацієнтів з литими незнімними конструкціями зубних протезів в порожнині рота основних груп і в групі порівняння через один рік. Найбільш ефективний результат лікування отримано при застосуванні лікувально-профілактичного комплексу № 2 (поєднання мукозального гелю "Флавогель" в комплексі з препаратом "Йоддіцерин" разом з використанням еліксиру "Лізомукоїд"), що підтверджено покращеними даними індексної оцінки гігієнічного стану порожнини рота.

6. Висновки

Запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс дозволяє провести ранню і своєчасну адекватну терапію, яка базується на загальних та індивідуальних патогенетичних особливостях, критеріїв норми і патології зубо-ясеневі борозни, що сприятиме підвищенню ефективності профілактики рецесії ясен.

Лікування і профілактика уражень ясен, які виникають під час протезування дефектів зубних рядів

різними видами литих незнімних конструкцій, повинні бути комплексними і спрямованими на нормалізацію загального стану організму пацієнта, зокрема гігієнічного стану порожнини рота, покращуючи якість його життя.

Література

1. Акулович, А. В. Патология пародонта [Текст] / А. В. Акулович // Мир медицины. – 2003. – № 3-4. – С. 9–11.
2. David, L. Inflammation and Bone Loss in Periodontal Disease [Text] / D. L. Cochran // J. Clin. Periodontol. – 2000. – Vol. 29. – P. 18–21.
3. Цепов, Л. М. Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям [Текст] / Л. М. Цепов, Е. А. Михеева, Н. А. Голева, М. М. Нестерова // Пародонтология. – 2010. – № 1 (54). – С. 3–7.
4. Белолицкая, Г. Ф. Клинические методы обследования больных с заболеваниями тканей пародонта [Текст] / Г. Ф. Белолицкая // Дентальные технологии. – 2003. – № 5 (13). – С. 15–18.
5. Parma, C. Parodontopathien [Text] / C. Parma, I. A. Verlag. – Leipzig, 1960. – P. 203–204.
6. Данилевський, М.Ф. Терапевтична стоматологія (том 3). Захворювання пародонту [Текст] / М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, А. М. Політун, М. Ю. Антоненко. – Київ: Медицина, 2008. – С. 91–92.

References

1. Akulovich, A.V. (2003). Patologiya parodonta. [Pathology of periodontal]. Mir meditsinyi, 3-4, 9–11.
2. David, L. (2000). Cochran Inflammation and Bone Loss in Periodontal Disease. J. Clin. Periodontol, 29, 18–21.
3. Tsepov, L. M., Miheeva, E. A., Goleva, N. A., Nesterova, M. M. (2010). Hronicheskiy generalizovannyiy parodontit:

remarki k sovremennym predstavleniyam [Chronic periodontitis: remarks to the modern ideas]. Parodontologiya, 1 (54), 3–7.

4. Beloklitskaya, G. F. (2003). Klinicheskie metodyi ob sledovaniya bolnyih s zabolevaniyami tkaney parodonta [Clinical methods of examination of patients with diseases of the periodontal tissues]. Dentalnye tehnologii, 5(13), 15–18.

5. Parma, C., Verlag, I. A. (1960). Parodontopathien, Leipzig, 203–204.

6. Danilevskiy, M. F., Borisenko, A. V., PolItun, A. M., Antonenko, M. Yu. (2008) Terapevtichna stomatologiya. Zahvoryuvannya parodontu [Therapeutic dentistry. Periodontal disease]. Ukraine, Kyiv: Meditsina, 91–92.

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Дорошенко С. І.
Дата надходження рукопису 14.04.2015

Петрушанко Анатолій Михайлович, асистент, кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції, ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», вул. Ежена Потье, 7, м. Київ, Україна, 03057
E-mail: ortstom@gmail.com

УДК 61.611.7: 616-071.1-3:616-001.5-7:616.72:796.012

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.43301

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПЛАНУВАННЯ ТРЕНУВАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У ОСІБ З ОЗНАКАМИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

© О. Б. Неханевич

Метою дослідження стало удосконалення медичного забезпечення тренувального процесу спортсменів з ознаками дисплазії сполучної тканини. Було обстежено 188 спортсменів, з них 59 з ознаками системного залучення сполучної тканини у диспластичний процес. Встановлено медичні критерії допуску та планування тренувально-змагальних навантажень у спортсменів з урахуванням впливу зовнішніх та вісцеральних ознак дисплазії сполучної тканини на функціональний стан організму

Ключові слова: спортсмени, фізичні навантаження, дисплазія сполучної тканини

Introduction. When dealing with issues of access and planning of training and competitive pressures special interest cause the person with signs of connective tissue dysplasia.

Aim. Improvement of medical support of training process of athletes with signs of connective tissue dysplasia.

Materials and methods. 188 athletes are examined, including 59 with signs of connective tissue dysplasia. There are made the basic group. Signs of systemic involvement of connective tissue are determined using anthropometry and somatoscopy. An echocardiographic examination is conducted for all athletes at rest and during bicycle ergometry in regenerative period conducted.

Results. Underweight body, acromacria, hypermobility of joints and flat feet are often observed with signs of systemic involvement of connective tissue.

During veloergometry it was established deterioration of myocardial relaxation during diastole core group of athletes while performing load average power, which led to a drop in ejection fraction at submaximal levels of exertion.

Conclusions. Existence of connective tissue dysplasia in athletes with different prognosis states requires sports physicians an in-depth analysis and differential diagnosis of clinical forms in order to prevent complications during training and competitive pressures. Early signs of cardiac strain while performing physical activity in athletes with signs of connective tissue dysplasia were symptoms of myocardial relaxation on indicators of diastolic heart function. Ejection fraction at rest remained at normal levels

Keywords: athletes, physical activity, connective tissue dysplasia

1. Вступ

При вирішенні питань допуску та планування тренувально-змагальних навантажень особливий інтерес спеціалістів викликають особи з ознаками дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Під ДСТ розуміють спадкові порушення сполучної тканини, які об'єднані в синдроми і фенотипи на основі спільності зовнішніх та/чи вісцеральних ознак і характеризуються генетичною неоднорідністю й різноманіттям клінічних про-

явів від доброякісних субклінічних форм до розвитку поліорганної і полісистемної патології з прогредієнтною течією [1]. Основні риси цих порушень: широке розповсюдження, прогредієнтний характер течії, поліорганність ураження і нерідко несприятливий результат даної патології. Найбільш частими ознаками ДСТ є м'язово-скелетні аномалії, пролапси мітрального (ПМК) та інших клапанів, аневризми аорти та крупних судин, додаткові (аномальні) сухожилкові струни