

The material and research methods. The reposition of bone fragments was conducted all patients on standard methods. At impossibility of conservative treatment (tooth mobility at generalized periodontitis of II-III degree) was conducted immobilization of the jaws through osteosynthesis. The general treatment and style of life answered the generally accepted standards at the surgical support of patients with fractures of the jaws. Thus, it was additionally appointed patients of the main group photophoresis with the napkins „Koletex-MEX” and the drug „Bivalos”. The efficacy of conducted treatment was evaluated after 7, 14 and 21 days after treatment.

The identification of species and density of colonization of microorganisms in the oral cavity of patients and indicators of humoral and cellular links of the immunity in the blood were performed by standard methods. The obtained results were worked out statistically.

Results of the research and their discussion. It was found that in 30 days after treatment in patients of the main group significantly decreased the density of microbial colonization of fungi of species *Candida* in 3,4 times, *Actinomycetes* in 3.7 times, *Porphyromonas gingivalis* in 4.6 times, *Veillonella* in 5.2 times and *Peptostreptococcus* in 7.4 times, $p < 0.01$. At the same time, in patients of the main group microorganisms of the species *Lactobacillus*, *Bacteroides* and *Fusobacterium* were not identified.

At the same time, in patients of the control group, where treatment of fractures of the jaws on the background of inflammatory diseases of periodontal tissues traditional methods were used, the density of colonization was significantly increased: *Porphyromonas gingivalis*, $p < 0.01$ and *Fusobacterium*, $p < 0.05$ in 1.2 times and fungi of species *Candida* in 1.6 times, $p < 0.01$, relative to the data before treatment.

At determination of efficiency of applied treatment complex in patients with fractures of the jaws on the background of inflammatory diseases of periodontal tissues on immunological status, were taken into account indicators of the blood serum, which before treatment were significantly different from the values of average norm.

In 3 months after treatment in patients with fractures of the jaws on the background of inflammatory diseases of periodontal tissues, the treatment of which was conducted according to our developed methodology, the values of all analyzed immunological indicators answered the data of average norm, $p_i > 0.05$.

The efficiency of application of our proposed treatment complex is emphasized by the increase of content in the patients of the main group of total protein on 20.09%, $p < 0.01$, albumin on 22.95%, $p < 0.01$, titers of lysozyme in 2.3 times, $p < 0.01$, phagocytic index on 45.20%, $p < 0.01$, phagocytic number on 40.16%, $p < 0.05$, index of completeness of phagocytosis on 23.73%, $p < 0.05$ on the background of the decrease of concentrations of γ -globulin on 60.50%, $p < 0.01$, C-reactive protein in 4.0 times, $p < 0.01$ and NK cells CD16+ CD56+ on 73.91%, $p < 0.01$, relative to data of patients in the control group, where for the treatment of fractures of the jaws on the background of inflammatory diseases of periodontal tissues used traditional methodologies.

Conclusions. Thus, the efficiency of application of our worked out therapeutic measures proved of positive dynamics of indicators of the density of microbial colonization in patients of the main group after 30 days of observations. In patients with fractures of the jaws on the background of inflammatory diseases of periodontal tissues as a result of application of our proposed treatment complex were able to improve immunological status of the organism, that is confirmed by the improvement of indicators of cellular and humoral immunity compared with the data in patients of the control group, where treatment was conducted according to traditional methods.

Key words: fractures of the jaws, periodontal diseases, microbiocenosis, the density of colonization, immunological status.

Рецензент – проф. Аветиков Д. С.

Стаття надійшла 05.01.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-351-355

УДК 616.314.17-008.1-76

Бєлікова Н. І.

АНАЛІЗ ПОМИЛОК І НЕДОЛІКІВ АДГЕЗИВНОГО ШИНУВАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ РУХОМОСТІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)

belikova13@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Запропоноване дослідження є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» на тему: «Мультидисциплінарний підхід до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних

захворювань зі збереженням регенеративних властивостей тканин і відновлення протетичних властивостей анатомічних структур у мешканців Північної Буковини» (№ державної реєстрації 0116U002929).

Вступ. Патологічна рухомість зубів є провідним симптомом пародонтиту [5,6], а також може мати травматичний ґенез (вивих, забій зубів, рухомість після використання ортодонтичних апаратів)

Таблиця.

Частота недоліків та ускладнень шинування зубів при різних термінах користування адгезивними шинами (абс., %)

№ з/п	Результати обстеження	Термін користування шиною			
		До 1 року		1 рік і більше	
		абс.	%	абс.	%
1.	Порушення крайового прилягання шини	24	32,00	30	40,00
2.	Тріщини шини	1	1,33	5	6,67
3.	Дефекти в ділянці міжзубних проміжків	8	10,66	12	16,00
4.	Сколювання частин зубів	1	1,33	3	4,00
5.	Сколювання ділянок пломбувального матеріалу	11	14,66	17	22,67
6.	Відрив окремих зубів від загальної конструкції	6	8,00	6	8,00
7.	Естетичний недолік та зміна мовлення	22	29,33	18	24,00
8.	Зміщення зубів вестибулярно	11	14,66	35	46,66
9.	Погіршення гігієни порожнини рота	21	28,00	38	50,66

[8,9,10,14], викликає функціональні та морфологічні порушення єдності зубного ряду [2,11], а у фронтальній ділянці порушує функцію відкушування та викликає косметичний дефект [3,5]. Наявні шинуючі конструкції, які виготовляються безпосередньо самим лікарем, можуть бути використані як за накопичувальною, так і за внутрішньокоронковою методиками, чи в їх комбінації [1,2,7,11,12].

Аналіз недоліків початкового етапу використання такого типу шинуючих конструкцій показав основні принципові помилки: необґрунтоване розширення показань до шинування зубів, коли в шину включаються зуби з третім ступенем рухомості, недотримання біомеханічних законів шинування, коли лікар покладається тільки на міцність адгезивного з'єднання шини із зубами [10,13].

Тому у відомих класичних способів шинування є істотні недоліки, пов'язані із жорстким кріпленням зубів, внаслідок чого виключається можливість мінімальної, але фізіологічно необхідної рухомості зубів [3,4,5].

Мета дослідження. Провести оцінку стану наявних неінвазивних і інвазивних адгезивних шин, у пацієнтів із патологічною рухомістю фронтальних зубів із різним терміном користування.

Об'єкт і методи дослідження. Було оглянуто 73 пацієнти із наявністю у порожнині рота 75 раніше виготовлених за різними методиками конструкцій адгезивних шин фронтальної ділянки зубного ряду. Шинування зубів у зазначених пацієнтів проведено стоматологами клінік м. Полтави, м. Чернівці, Полтавської та Чернівецької області протягом 2013-2017 рр. Серед шинуючих конструкцій було 24 (32,0%) шини виготовлені за неінвазивною методикою шинування, 51 (68,0%) – за інвазивною. При огляді цих конструкцій шин оцінювали порушення крайового прилягання адгезивної шини або її відрив від поверхні зубів, що шиновані. Крайове прилягання шини оцінювали візуально, за допомогою стома-

тологічного зонду, індикаторів карієсу та діагностичного світловода фотополімеризаційної лампи LuxDent при зеленому спектрі світла.

Результати дослідження та їх обговорення. При огляді раніше виготовлених адгезивних шин, які були накладені з орального боку фронтальних зубів у 81,2% пацієнтів було виявлено ряд недоліків та ускладнень шинування (табл.).

Аналізуючи результати таблиці можна констатувати, що у шести (8,0%) пацієнтів мали місце тріщини шини, у 20 (26,66%) – дефекти в ділянці міжзубних проміжків, у чотирьох (5,33%) – сколювання частин зубів, у 28 (37,33%) – сколювання пломбувального матеріалу, у 12 (16,0%) – відрив окремих зубів від загальної конструкції, у 54 (72,0%) – порушення крайового прилягання шини. Термін користування конструкціями, що мали подібні дефекти, складав від шести місяців до 1,5 року після шинування.

При огляді та аналізі цих шинуючих конструкцій було встановлено, що найчастіше зустрічалися такі помилки: у 54 (72,0%) випадках порушення крайового прилягання шини, у 48 (63,9%) – сколювання ділянок композиційного матеріалу та дефектів в ділянці міжзубних проміжків.

Крім того, при користуванні адгезивними шинами 40 (53,33%) пацієнтів скаржилися на естетичний недолік, порушення мовлення. При їх обстеженні у 18 (24,0%) випадках спостерігалася достатньо широка проміжна частина. При виготовленні скловолоконних або поліетиленових шин використовували лише один – два шари армуючої стрічки товщиною 0,1 мм, що змушувало накладати значно більше композиційного матеріалу. Все це призводило до порушення природних контурів зубів, що підлягали шинуванню і утруднювало мовлення пацієнтів.

Відстань від адгезивної шини до ясенного краю у 23 (30,6%) осіб була мінімальною, а у 15 (20,0%) – взагалі відсутня. Це призводило до появи в ділянці міжзубних проміжків ретенційних пунктів і у 49 (65,33%) пацієнтів утруднювало проведення гігієнічних заходів, внаслідок чого швидко скупчувався зубний наліт і утворювався зубний камінь. У 46 (61,33%) пацієнтів спостерігалася зміщення зубів вестибулярно, як наслідок зменшення площі стикання стрічки із зубами при проведенні адаптації адгезивної шини до міжзубних проміжків.

Таким чином, при аналізі адгезивних шинуючих конструкцій, терміном користування до одного року, найчастіше основними недоліками та ускладненнями були порушення крайового прилягання адгезивних шин, естетичні проблеми, порушення мовлення та погіршення гігієни порожнини рота. У пацієнтів, яким проведено адгезивне шинування зубів один рік

і більше, на першому місці констатували погану гігієну порожнини рота, зміщення зубів вестибулярно та порушення крайового прилягання шини.

Причинами діагностованих ускладнень і недоліків попереднього шинування можуть бути: недотримання рекомендацій, наведених в інструкціях фірм-виробників при роботі з армуючими матеріалами і композитами, необґрунтоване введення в конструкцію адгезивних шин зубів з III ступенем рухомості, виготовлення шин пацієнтам з незадовільною гігієною порожнини рота, проведення шинування при аномалійно розташованих зубах (віялоподібне розходження зубів, скупченість зубів, вестибулярні і оральні нахили) без попередньої ортодонтичної підготовки, проведення адаптації адгезивної шини до міжзубних проміжків за допомогою рибальського волосіння, флосів, стоматологічного зонду без використання гумових клинців тощо. Зазначені фактори повинні бути обов'язково враховані на етапах планування адгезивних шин у пацієнтів із рухомими зубами.

Висновки

1. При розміщенні армуючого елемента адгезивної шини з орального боку зубів, що шинують, якими пацієнти користувались близько одного року у 32,0% виявлено порушення її крайового прилягання, у 29,3% – естетичні недоліки та порушення дикції, а у 28,0% – погіршення гігієни ротової порожнини.

2. Серед пацієнтів, яким адгезивне шинування зубів проведено більше року, у 50,7% випадків зареєстровано погіршення гігієни ротової порожнини,

у 46,7% – зміщення зубів вестибулярно, у 40,0% – порушення крайового прилягання шини, у 24,0% – естетичний недолік та порушення дикції, у 22,7% – сколювання ділянок пломбувального матеріалу, у 16,0% – наявність дефектів міжзубних проміжків, у 8,0% – відрив окремих зубів від конструкції, у 6,7% – тріщини шини, у 4,0% – сколи коронкової частини зубів.

3. Серед причин, які призводили до ускладнень адгезивного шинування можна віднести: недотримання рекомендацій, наведених в інструкціях фірм-виробників при роботі з армуючими матеріалами і композитами, необґрунтоване введення в конструкцію адгезивних шин зубів з III ступенем рухомості, виготовлення шин пацієнтам з незадовільною гігієною порожнини рота, проведення шинування при аномалійно розташованих зубах (віялоподібне розходження зубів, скупченість зубів, вестибулярні і оральні нахили) без попередньої ортодонтичної підготовки, проведення адаптації адгезивної шини до міжзубних проміжків за допомогою рибальського волосіння, флосів, стоматологічного зонду без використання гумових клинців тощо.

Перспективи подальших досліджень. На етапах планування адгезивних шин у пацієнтів із рухомими зубами обов'язково треба враховувати зазначені фактори із дотриманням принципів біомеханіки, зі збереженням рухомості блока зубів, що шинують на рівні фізіологічної та використання арматури із еластичними властивостями.

Література

1. Akulovich AV. Adgezivnye sistemy v parodontologii. Parodontologija. 2009;2:26-33. [in Russian].
2. Akulovich AV. Kliniko-laboratornoe issledovanie primeneniya sovremennyh immobilizacionnyh sistem dlja shinirovaniya v kompleksnom lechenii zabolevanij parodonta [avtoreferat]. Sankt-Peterburg; 2010. 18 s. [in Russian].
3. Belikova NI, Petrushanko TI. Biomehanicheskoe obosnovanie shinirovaniya podvizhnyh zubov c sohraneniem ih podvizhnosti na urovne fiziologicheskoy. GSA news. 2013;9(222):23-8. [in Russian].
4. Belousov NN. Opredelenie jeffektivnosti shinirovaniya zubov pri tzhazhelyh formah vospalitel'nyh zabolevanij parodonta. Parodontologija. 2009;1:8-10. [in Russian].
5. Delec AV. Kliniko-laboratornoe obosnovanie shinirovaniya podvizhnyh zubov perednej gruppy pri malyh defektah zubnogo rjada s pomoshh'ju avtorskoj konstrukcii [avtoreferat]. Ekaterinburg; 2010. 25 s. [in Russian].
6. Kapytov AA. «Podatlivost' i ustojchivost' kak faktory, obuslovlivajushhie podvizhnost' zubov. Parodontologija. Nauchno-prakticheskij zhurnal. 2009;1(50):31-3. [in Russian].
7. Luckaja IK, Lopatin OA. Ispol'zovanie steklovolokonnoj lenty v klinike terapevticheskoy stomatologii. Institut stomatologii. 2011;2:92-3. [in Russian].
8. Moroz BT, Smirnova AV. Shinirovanie zubov pri lokalizovannom parodontite travmaticheskoy jetiologii. Institut stomatologii. 2011;1:86-7. [in Russian].
9. Pankratova NV, Slabkovskaja AB. Sostojanie parodonta zubov v processe lechenija ih skuchennogo polozhenija [Internet]. Dostupno: <http://dev.orthos.ru/orthodont/articles/art2.shtml> [in Russian].
10. Salimov TM. Innovacionnyj metod interproksimal'noj adaptacii armirujushhih volokonnyh sistem pri shinirovanii zubov s pomoshh'ju universal'nogo ustrojstva. Kazanskij medicinskij zhurnal. 2009;3(90):435-7. [in Russian].
11. Skorova AV. Kliniko-laboratornaja diagnostika i lechenie okkluzionnyh narushenij pri vospalitel'nyh zabolevaniyah parodonta [avtoreferat]. Moskva; 2009. 22 s. [in Russian].
12. Smirnova AV, Sosnina JuS. Analiz faktorov vozniknovenija lokalizovannogo parodontita. Institut stomatologii. 2010;3:68-9. [in Russian].
13. Chujko AN, Shinchukovs'kij IA. Biomehanika v stomatologii. Monografija. H.: Izd-vo «Fort»; 2010. 468 s. [in Russian].
14. Von Arx T. Splinting of traumatized teeth with focus on adhesive techniques. J Calif Dent Ass. 2005;33(5):409-14.

АНАЛІЗ ПОМИЛОК І НЕДОЛІКІВ АДГЕЗИВНОГО ШИНУВАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ РУХОМОСТІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Белікова Н. І.

Резюме. Патологічна рухомість зубів є провідним симптомом пародонтиту, а також може мати травматичний генез (вивих, забій зубів, рухомість після використання ортодонтичних апаратів), викликає функціональні та морфологічні порушення єдності зубного ряду, а у фронтальній ділянці порушує функцію

відкушування та викликає косметичний дефект. Для обґрунтування тактики шинування фронтальних зубів, розробки показань та протипоказань до шинуючих конструкцій було додатково оглянуто 73 пацієнти із наявністю у порожнині рота 75 раніше виготовлених конструкцій адгезивних шин. Шинування зубів у зазначених пацієнтів проведено стоматологами клінік м. Полтави, м. Чернівці, Полтавської та Чернівецької області за різними методиками протягом 2010-2015 рр. Серед них 24 (32,0%) шинуючі конструкції виготовлено за неінвазивною методикою шинування, 51 (68,0%) – за інвазивною. При огляді раніше виготовлених конструкцій оцінювали порушення крайового прилягання адгезивної шини або її відрив від поверхні зубів, що шиновані. Крайове прилягання шини оцінювали візуально, за допомогою стоматологічного зонду, індикаторів карієсу та діагностичного світловода фотополімеризаційної лампи LuxDent при зеленому спектрі світла.

При розміщенні армуючого елемента адгезивної шини з орального боку зубів, що шинують, якими пацієнти користувались близько одного року у 32,0% виявлено порушення її крайового прилягання, у 29,3% – естетичні недоліки та порушення дикції, а у 28,0% – погіршення гігієни ротової порожнини. Серед пацієнтів, яким адгезивне шинування зубів було проведено більше року, у 50,7% випадків зареєстровано погіршення гігієни ротової порожнини, у 46,7% – зміщення зубів вестибулярно, у 40,0% – порушення крайового прилягання шини, у 24,0% – естетичний недолік та порушення дикції, у 22,7% – сколювання ділянок пломбувального матеріалу, у 16,0% – наявність дефектів міжзубних проміжків, у 8,0% – відрив окремих зубів від конструкції, у 6,7% – тріщини шини, у 4,0% – сколи коронкової частини зубів.

До причин, які призводили до ускладнень адгезивного шинування можна віднести: недотримання рекомендацій, наведених в інструкціях фірм-виробників при роботі з армуючими матеріалами і композитами, необґрунтоване введення в конструкцію адгезивних шин зубів з III ступенем рухомості, виготовлення шин пацієнтам з незадовільною гігієною порожнини рота, проведення шинування при аномалійно розташованих зубах (віялоподібне розходження зубів, скупченість зубів, вестибулярні і оральні нахили) без попередньої ортодонтичної підготовки, проведення адаптації адгезивної шини до міжзубних проміжків за допомогою рибальського волосіння, флосів, стоматологічного зонду без використання гумових клинців тощо.

Ключові слова: патологічна рухомість зубів, адгезивне шинування, помилки та ускладнення.

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ АДГЕЗИВНОГО ШИНИРОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ

Беликова Н. И.

Резюме. Патологическая подвижность зубов является одним из ведущих симптомов пародонтита, а также может быть травматического генеза (вывих, ушиб зубов, подвижность после использования ортодонтических аппаратов), вызывает функциональные и морфологические нарушения единства зубного ряда, а во фронтальном участке имеет косметический дефект и нарушает функцию откусывания пищи. Для анализа ошибок и осложнений ранее проведенного адгезивного шинирования по различным методикам, как этап обоснования и тактики шинирования фронтальных зубов, разработки показаний и противопоказаний к шинирующим конструкциям, было осмотрено 73 пациента с 75 изготовленными конструкциями адгезивных шин. Шинирование зубов у них проведено стоматологами клиник городов Полтавы, Черновцы, Полтавской и Черновицкой областей в течение 2010-2015 гг. Среди них 24 (32,0%) конструкции были изготовлены по неинвазивной методике, 51 (68,0%) – по инвазивной. При осмотре ранее изготовленных конструкций оценивали нарушение краевого прилегания адгезивной шины или ее отрыв от поверхности зубов, шинирования. Краевое прилегание шины оценивали визуально, с помощью стоматологического зонда, индикаторов кариекса и диагностического световода фотополимеризационной лампы LuxDent при зеленом спектре света.

При размещении армирующего элемента адгезивной шини с оральной стороны зубов, которыми пациенты пользовались около года, в 32,0% случаев выявлены нарушения ее краевого прилегания, в 29,3% – эстетические недостатки и нарушения дикции, а в 28,0% – ухудшение гигиены полости рта. Среди пациентов, которым адгезивное шинирование зубов было проведено более года, установлены такие осложнения. В 50,7% случаев пациенты не соблюдали гигиену полости рта, в 46,7% имело место смещение зубов вестибулярно, в 40,0% выявлено нарушение краевого прилегания шини, в 24,0% – эстетический недостаток и нарушение дикции, в 22,7% – сколы участков пломбировочного материала, в 16,0% – наличие дефектов межзубных промежутков, в 8,0% – отрыв отдельных зубов от конструкции, в 6,7% – трещины шини, а в 4,0% – сколы коронковой части зубов.

Среди причин, которые приводили к осложнениям адгезивного шинирования можно выделить: несоблюдение рекомендаций, приведенных в инструкциях фирм-производителей при работе с армирующими материалами и композитами, необоснованное введение в конструкцию адгезивных шин зубов с III степенью подвижности, изготовление шин пациентам с неудовлетворительной гигиеной полости рта, проведение шинирования при аномально расположенных зубах (веерообразные различия зубов, скупченность зубов, вестибулярные и оральные наклоны) без предварительной ортодонтической подготовки, проведение адаптации адгезивной шини в межзубных промежутках с помощью рыболовной лески, флосов, стоматологического зонда без использования резиновых клиньев и тому подобное.

Ключевые слова: патологическая подвижность зубов, адгезивное шинирование, ошибки и осложнения.

ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS OF ADHESIVE SPLINTING WITH THE ABNORMAL MOBILITY OF FRONTAL TEETH

Belikova N. I.

Abstract. Pathological mobility of teeth is one of the leading symptoms of periodontitis, and can also be traumatic genesis (dislocation, tooth contusion, mobility after using orthodontic devices); causes functional and morphological disruption of the unity of the dentition, and in the frontal area has a aesthetic defect and disrupts the function of biting of food.

In order to analyse mistakes and complications of splinting the frontal teeth of previously performed adhesive splinting using various methods, 73 patients with 75 manufactured designs of adhesive tires were examined. Shining of teeth was carried out by dentists of the dental care offices in Poltava, Chernivtsi, Poltava and Chernivtsi regions during 2010-2015. Among them 24 (32.0%) structures were made by non-invasive technique, 51 (68, 0%) – by invasive. When inspecting previously made structures, the violation of the edge adhesion of the adhesive tire or its detachment from the tooth surface, splinting was assessed. The marginal fit of the tire was assessed visually, with the help of a dental probe, caries indicators and a diagnostic light guide of a LuxDent photopolymerization lamp with a green spectrum of light.

When placing the reinforcing element of the adhesive tire from the oral side of the teeth, which the patients used for about a year, in 32.0% of cases, violations of its marginal fit were detected, in 29.3% – aesthetic deficiencies and violation of diction, and in 28.0% – deterioration of hygiene oral cavity. Among the patients who had an adhesive tooth splinting for more than a year, such complications were established. In 50.7% of cases, depravation of oral hygiene was noted. 46.7% had vestibular teeth displacement, 40.0% had an abnormal fit of the tire, 24.0% had an aesthetic flaw and violation of diction, at 22,7% – chipped sections of the filling material, 16.0% – the presence of defects between the teeth, 8.0% – the detachment of the teeth from the design, in 6.7% – the cracks of the tire, and 4.0% – chipped of crown part of the teeth.

Reasons, led to the complications of adhesive splinting are: non-compliance the recommendations given in the instructions of manufacturers during working with reinforcing materials and composites, unreasonable introduction into the design of adhesive tooth tires with the third degree of mobility, the manufacture of tires for patients with low level of oral hygiene, carrying out splinting with abnormally located teeth (fan-shaped differences in teeth, crowding of teeth, vestibular and oral inclinations) without orthodontic preparation, adaptation of the adhesive tire to the interdental spaces with the help of fishing line, flosses, dental probe without the use of rubber wedges and the like.

Key words: abnormal mobility of teeth, adhesive splinting, errors and complications.

Рецензент – проф. Король Д. М.
Стаття надійшла 22.01.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-355-359

УДК 616.314. – 17-008.18-002

Кононова О. В.

ОБГРУНТУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОМПОЗИЦІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ПСИХОСОМАТИЧНИМ СТРЕСОМ

Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України (м. Київ)

vladoks2010@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Проведена наукова робота є частиною планової наукової роботи кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Особливості діагностики, лікування та профілактики карієсу, захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота, що розвиваються на фоні соматичної патології», № державної реєстрації 0107 U002 901.

Вступ. На сьогоднішній день найбільш актуальною проблемою стоматології є захворювання пародонта, особливо генералізований пародонтит. Їх розповсюдженість досягає серед осіб віком 35-44 років і старше 92-98% [8,12] і зростає серед осіб молодого віку (19-24 роки) до 30%, а 25-30 років – більше 60% [3,4,11,16,18].

Серед основних етіологічних факторів захворювань пародонта важливе місце має психологічний стрес. Клінічними дослідженнями показано, що у осіб, які перебувають у стані психологічного стресу виявлена більша розповсюдженість генералізованого пародонтиту [14,15,20,23,25-27]. Дослідники зробили висновок про можливий негативний вплив психологічного стресу на стан тканин пародонта молодих осіб [21-23].

Враховуючи вищевикладене, важливим було виявлення рівня тривоги серед обстежених мешканців міст України та експериментальне обґрунтування комплексу медикаментозних засобів, здатних нейтралізувати можливий вплив психологічного стресу на організм хворих із захворюваннями пародонта. При цьому враховували, певний рівень тривожнос-