

В.М. Баміг

Віддалені результати комплексного лікування хворих із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту та переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Україна

Актуальність. Особливості клінічного перебігу багатьох захворювань залежать від стану вегетативної системи пацієнта, зокрема від переважання симпатичної або парасимпатичної вегетативної нервової системи. З огляду на тісний взаємозв'язок судинної і нервової систем пародонта, вегетативної нервової системи належить інтегруюча роль. Це необхідно враховувати при лікуванні хворих на генералізований пародонтит, оскільки у цих пацієнтів є певні проблеми зі станом загальної резистентності. З огляду на це, запропонована медикаментозна схема лікування генералізованого пародонтиту у хворих з переважанням симпатичної вегетативної нервової системи.

Мета: визначення у віддалені терміни спостереження клінічної ефективності застосування запропонованого комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу при наявності у них переважання парасимпатичної нервової системи.

Матеріали та методи. Для даного дослідження було відібрано 60 хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу з переважанням парасимпатичної нервової системи. Медикаментозне лікування проводили з використанням запропонованої премедикації. Було проведено комплексне обстеження стану тканин пародонта пацієнтів до лікування і у віддалені терміни після лікування. Для оцінки клінічної ефективності лікування використовували пробу Шиллера-Писарева (1962), індекс ПМА С. Парма (1961), гігієнічний індекс Федорова-Володкіної (1978), вакуумну пробу Кулаженко (1961).

Результати. Було встановлено, що включення запропонованої премедикації в комплексну терапію хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу дозволяє ефективно гасити дистрофічно-запальний процес в тканинах пародонта. Це підтверджують зниження індексу ПМА, збільшення часу утворення гематоми при проведенні вакуумної проби за Кулаженком і підвищення рівня гігієни порожнини рота у віддалені (6, 12, 18 місяців) терміни спостереження.

Висновки. Застосування запропонованої премедикації дозволяє підвищити ефективність лікування генералізованого пародонтиту у пацієнтів з переважанням парасимпатичної нервової системи.

Ключові слова: генералізований пародонтит, пацієнти з переважанням парасимпатичної нервової системи, медикаментозна премедикація.

Актуальність

У виникненні й розвитку дистрофічно-запальних захворювань пародонту особливе місце займає їх поєднання з різними загальносоматичними захворюваннями [5, 9, 14]. При комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит необхідно враховувати клінічну картину захворювання пародонту та загальний стан організму хворого. Наявність певних загальносоматичних захворювань має відчутний вплив на клінічну картину генералізованого пародонтиту. Особливості клінічного перебігу багатьох захворювань залежать від стану вегетативної системи пацієнта, зокрема від переважання симпатичної чи парасимпатичної вегетативної нервової системи [1]. Ураховуючи тісний взаємозв'язок судинної та нервової систем пародонту, вегетативної нервової системи належить інтегруюча роль [3, 7, 8, 11]. Це необхідно враховувати при лікуванні хворих на генералізований пародонтит, оскільки в цих пацієнтів є певні проблеми зі станом загальної резистентності.

Таким чином, у виникненні й розвитку дистрофічно-запальних захворювань пародонту особливе місце займає їх поєднання з різними загальносоматичними захворюваннями [5, 9, 14]. Без урахування цих особливостей захворювання пародонту мають несприятливий перебіг і резистентність до лікування.

Для медикаментозної підготовки пацієнтам із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту та переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи перед кожним відвідуванням стоматолога призначали:

1. Бускопан 0,01 г по одній таблетці три рази на день.
2. Настоянку валеріани по 0,25 краплі три рази на день.
- Після стоматологічного втручання призначають на три дні:
1. Ібупрофен 0,2 г – по дві таблетки три рази на день.
2. Настоянку валеріани по 0,20 краплі три рази на день.
3. Бускопан 0,01 г по одній таблетці три рази на день.

Для визначення ефективності запропонованої фармакологічної лікувально-профілактичної медикаментозної композиції (Патент на корисну модель № 115082, спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу, в яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, від 27.3.2017 р.) та вирішення поставлених завдань було проведено клініко-лабораторне обстеження та лікування 60-ти хворих на генералізований пародонтит з переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи. Їх обстеження та лікування було проведено протягом 2016–2018 рр. у відділенні терапевтичної стоматології та кафедрі терапевтичної стоматології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет».

У даному дослідженні представлені віддалені результати лікування пацієнтів із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту в разі переважання в них парасимпатичної нервової системи.

Мета – визначення віддалених результатів клінічної ефективності застосування запропонованого комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу в разі наявності в них переважання парасимпатичної нервової системи.

Матеріал і методи дослідження

Комплексне лікування генералізованого пародонтиту проведено у групі із 60-ти пацієнтів віком 25–45 років із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту I–II ступеня та переважанням у них парасимпатичної нервової системи. Серед них було 43 (71,67 %) жінки та 17 (28,33 %) чоловіків. Вони були розділені на дві підгрупи – основну (40 пацієнтів) та групу порівняння (20 пацієнтів). Розподіл хворих по підгрупах відповідно ступеня захворювання, віку та статі був практично однаковим.

40 пацієнтів склали основну підгрупу дослідження. Для їх лікування була розроблена схема медикаментозної терапії (Патент на корисну модель № 115082, спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу, в яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, від 27.3.2017 р.). Оцінку стану вегетативної нервової системи проводили шляхом визначення індексу Кердо [13].

Контрольну групу склали 20 хворих із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту I ступеня з переважанням парасимпатичної нервової системи. Лікування захворювання пародонту в них проводили загальноприйнятими методами відповідно до протоколів лікування, затверджених МОЗ України, 2004 р.

Принципально місцеве лікування обох груп хворих на генералізований пародонтит проводили одонтогігієнічно. Для антисептичних полоскань був використаний 0,5 % розчин біглюконату хлорексидину.

Проводили комплексне обстеження тканин пародонту всіх пацієнтів до та після лікування. Вираженість запального процесу в яснах оцінювали за допомогою проби Шиллера-Пісарєва (1962) та індексу ПМА С. Парма (1961). Гігієнічний стан порожнини рота пацієнтів визначали за допомогою гігієнічного індексу Федорова-Володкіної (1978). Стан проникності судин ясен оцінювали за допомогою вакуумної проби за Кулаженком (1961) [4, 10, 12, 15]. Для постановки діагнозу захворювання пародонту використовували класифікацію захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським [2]. Отримані результати обробляли статистичними методами за допомогою персональних комп'ютерів Стьюдента [6].

Результати досліджень

Віддалені результати лікування прослідковано на основі клінічних, рентгенографічних і лабораторних методів дослідження у строки 6, 12 і 18 місяців. Через шість місяців було обстежено 38 (95,0 %) хворих основної підгрупи, через 12 місяців 36 (90,0 %) і через 18 місяців – 33 (82,5 %) хворих. Аналогічно для порівняння результатів було проведено обстеження відповідного відсотка хворих підгрупи порівняння: через 6 місяців – 18 (90,0 %) хворих, через 12 місяців – 17 (85,0 %) хворих і через 18 місяців – 16 (80,0 %) хворих. Був проведений комплекс обстеження стану тканин пародонту всіх пацієнтів, як і перед лікуванням. Після лікування з використанням запропонованої медикаментозної премедикації задовільний стан тканин пародонту через 6 місяців відмічений у 34 (89,47 %) із 38 обстежених пацієнтів, через 12 місяців – у 31 (86,1 %) із 36 пацієнтів і через 18 місяців –

у 28 (84,85 %) із 33-х хворих. Відповідно у підгрупі порівняння задовільні результати лікування виявлені через шість місяців у 15 (83,33 %) з 18 хворих, через 12 місяців – у 13 (76,47 %) із 17 пацієнтів і через 18 місяців – у 12 (75,0 %) із 16-ти обстежених пацієнтів.

Через шість місяців пацієнти основної підгрупи відмічали відсутність неприємних суб'єктивних відчуттів у порожнині рота, болючості та кровоточивості ясен, відчуття тяжкості та свербіжу в яснах. Слизова оболонка ясен була щільною, ясенні сосочки не гіперемовані. Проба Шиллера-Пісарєва у 33 (86,84 %) із 38 обстежених була слабо жовтого забарвлення. У хворих з I ступенем генералізованого пародонтиту виділень з пародонтальних кишень не відмічено. Стан гігієни порожнини рота був задовільним: індекс гігієни з $1,59 \pm 0,09$ до лікування зменшувався в середньому до $0,85 \pm 0,27$. Знижувався й рівень запалення ясен, про що свідчив індекс РМА, – він становив після лікування в середньому $8,6 \pm 0,78$ %, а через шість місяців лише незначно підвищився – до $10,3 \pm 0,95$ %.

У хворих з I–II ступенем генералізованого пародонтиту відмічені незначні відкладення зубного каменю. Глибина пародонтальних кишень була на рівні, отриманому після лікування. Виділення з них відмічені у 5 (13,16 %) хворих, вони були в незначній кількості серозного характеру. Рентгенологічно відмічались ознаки стабілізації патологічного процесу в пародонті.

Отримані сприятливі клінічні результати лікування підтверджувались лабораторними даними. Вакуумна гематома утворювалась у середньому через $34,8 \pm 2,8$ с, що навіть більше, ніж відразу після лікування. На приблизно такому ж рівні залишались показники еміграції лейкоцитів у порожнину рота. У пародонтальних кишнях відмічалась незначна кількість мікрофлори. В основному переважала кокова та змішана флора, у незначній кількості (на тому ж приблизно рівні, як і після лікування, зустрічались дріжджоподібні грибки та найпростіші). У клітинному складі кишень переважали незмінені нейтрофільні гранулоцити, полібласти та епітеліальні тканини.

У хворих підгрупи порівняння аналогічні задовільні клінічні, рентгенологічні та лабораторні результати лікування відмічені у 15 (83,33 %) з 18-ти хворих. У 2-х (11,11 %) з них відмічено подальше незначне прогресування дистрофічно-запального процесу. Як видно з даних таблиць, клініко-лабораторні показники в підгрупі порівняння були задовільними, проте трохи нижче, ніж в основній групі хворих на генералізований пародонтит. Таким чином, виникнення певних ускладнень у підгрупі порівняння можна розглядати як наслідок загострення перебігу дистрофічно-запального процесу в пародонті. Це ще раз підтверджує вірність традиційного твердження про необхідність диспансеризації хворих на генералізований пародонтит у строки 6–8 місяців після курсу лікування.

Через 12 місяців після лікування було обстежено 36 (90,0 %) хворих основної та 17 (85,0 %) хворих підгрупи порівняння. У 29 (80,55 %) із 36 пацієнтів основної підгрупи відмічена відсутність неприємних суб'єктивних відчуттів у порожнині рота, болючості та кровоточивості ясен, відчуття свербіжу в яснах. Слизова оболонка ясен була щільною. Ясенні сосочки не гіперемовані. Проба Шиллера-Пісарєва була слабо жовтою в 11 (30,56 %) із 36 обстежених. Стан гігієни порожнини рота був задовільним: індекс гігієни ОНІ-S з $1,59 \pm 0,09$ до лікування зменшувався в середньому до $0,88 \pm 0,06$ бала. Знижувався й рівень запалення ясен, про що свідчив індекс РМА, – він становив до лікування в середньому $60,9 \pm 2,1$ %, а через 12 місяців – $12,33 \pm 1,15$ %.

Зубні відкладення були відмічені в незначній кількості у 5 (13,89 %) із 36-ти пацієнтів. Патологічна рухомість зубів була значно менше, ніж до лікування. Глибина

пародонтальних кишень зберігалася на рівні, досягнутому відразу після лікування. Рентгенологічно явища остеопору в кістці альвеолярного відростка щелеп були менше, ніж до лікування. Висота міжальвеолярних перетинок зберігалася на тому самому рівні. Отримані дані клініко-лабораторних обстежень свідчили про стабілізацію дистрофічно-запального процесу в пародонті даної категорії хворих.

У пацієнтів зі сприятливими клінічними результатами лікування зберігалася стійкість капілярів ясен, досягнута після лікування. Вакуумна гематома утворювалась у середньому через $29,7 \pm 1,2$ с, що можна розглядати як задовільний результат. Кількість нейтрофільних гранулоцитів, що мігрували в порожнину рота, трималася практично на рівні, досягнутому після лікування. Загальна кількість клітин у вмісті пародонтальних кишень була менше, переважали незмінені нейтрофільні гранулоцити, полібласти та епітеліальні клітини. Кількість мікрофлори

була менше, ніж до лікування, проте більше, ніж у підгрупі порівняння. Переважали коки, змішана мікрофлора, на тому самому рівні виявляли дріжджоподібні грибки.

У хворих підгрупи порівняння аналогічні задовільні клінічні, рентгенологічні та лабораторні результати лікування відмічені у 12 (70,59 %) із 17-ти хворих. У трьох (17,65 %) з них відмічено подальше незначне прогресування дистрофічно-запального процесу (у цих випадках проводили лікування загострення патологічного процесу). Як видно з даних таблиць, клініко-лабораторні показники в підгрупі порівняння були задовільними, проте трохи нижче, ніж в основній групі хворих на генералізований пародонтит. Отримані результати свідчать про сприятливі порівняльні клініко-лабораторні результати лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням запропонованої медикаментозної премедикації.

Таблиця 1

Динаміка клініко-лабораторних показників у хворих на генералізований пародонтит з переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи через 18 місяців після лікування

Клініко-лабораторні показники	Основна підгрупа				Підгрупа порівняння			
	До лікування	Після лікування	Через 18 місяців після лікування	P_1	До лікування	Після лікування	Через 18 місяців після лікування	P_1
ОHI-S, бали	$1,59 \pm 0,09$	$0,79 \pm 0,06$ $p_2 > 0,05$	$0,85 \pm 0,27$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$	$1,48 \pm 0,08$	$0,86 \pm 0,06$	$1,09 \pm 0,06$	$< 0,05$
Проба Шиллера-Пісарєва, бали	$2,6 \pm 0,25$	$1,4 \pm 0,15$ $p_2 < 0,05$	$1,66 \pm 0,15$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$	$2,7 \pm 0,25$	$1,9 \pm 0,18$	$2,2 \pm 0,18$	$< 0,05$
PBI, бали	$2,81 \pm 0,19$	$0,71 \pm 0,02$ $p_2 < 0,05$	$0,86 \pm 0,02$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$	$2,38 \pm 0,22$	$0,89 \pm 0,02$	$1,25 \pm 0,02$	$< 0,05$
Глибина пародонтальних кишень, мм	$2,6 \pm 0,37$	$0,71 \pm 0,02$ $p_2 > 0,05$	$0,9 \pm 0,02$ $p_2 > 0,05$	$< 0,05$	$2,7 \pm 0,35$	$1,1 \pm 0,02$	$1,3 \pm 0,02$	$< 0,05$
РМА, %	$64,15 \pm 2,45$	$8,6 \pm 0,78$ $p_2 < 0,05$	$13,67 \pm 1,15$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$	$65,35 \pm 3,51$	$12,8 \pm 0,98$	$16,63 \pm 1,25$	$< 0,05$
Пародонтальний індекс	$2,49 \pm 0,3$	$0,71 \pm 0,07$ $p_2 > 0,05$	$0,84 \pm 0,07$ $p_2 > 0,05$	$< 0,05$	$2,52 \pm 0,48$	$0,89 \pm 0,07$	$1,21 \pm 0,08$	$< 0,05$
Вакуумна проба за Кулаженком, с	$10,8 \pm 0,5$	$29,7 \pm 1,2$ $p_2 < 0,05$	$27,25 \pm 2,5$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$	$9,8 \pm 0,5$	$20,4 \pm 1,1$	$22,7 \pm 1,1$	$< 0,05$

Примітка p_1 – показник достовірності відмінності даних в основній та підгрупі порівняння до та після лікування;

p_2 – показник достовірності відмінності між даними основної та підгрупи порівняння після лікування.

Таблиця 2

Динаміка міграції лейкоцитів у порожнину рота у хворих на генералізований пародонтит з переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи через 18 місяців після лікування (клітин в 1 мм^3 змивної рідини)

Підгрупи пацієнтів	Час обстеження	Нейтрофільні гранулоцити	P_1	З них живих (%)	P_1	Клітини злуценого епітелію	P_1
Основна підгрупа	До лікування	$342,5 \pm 27,5$	$< 0,05$	$65,2 \pm 2,3$	$< 0,05$	$183,4 \pm 8,2$	$< 0,05$
	Після лікування	$197,5 \pm 13,5$ $p_2 < 0,05$		$84,5 \pm 2,5$ $p_2 > 0,05$		$65,8 \pm 7,5$ $p_2 < 0,05$	
	Через 12 місяців після лікування	$228,3 \pm 26,7$ $p_2 > 0,05$	$< 0,05$	$80,6 \pm 3,6$ $p_2 > 0,05$	$< 0,05$	$79,4 \pm 8,6$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$
Підгрупа порівняння	До лікування	$374,4 \pm 25,2$	$< 0,05$	$70,9 \pm 2,8$	$> 0,05$	$196,2 \pm 8,7$	$< 0,05$
	Після лікування	$246,7 \pm 12,3$		$82,1 \pm 2,6$		$108,6 \pm 8,4$	
	Через 12 місяців після лікування	$274,6 \pm 17,3$	$< 0,05$	$76,6 \pm 3,5$	$> 0,05$	$107,7 \pm 9,8$	$< 0,05$

Примітка: p_1 – показник достовірності відмінності даних в основній та підгрупі порівняння до та після лікування;

p_2 – показник достовірності відмінності між даними основної та підгрупи порівняння після лікування.

Таблиця 3

**Динаміка цитологічного вмісту пародонтальних кишень
у хворих на генералізований пародонтит з переважанням парасимпатичної нервової системи
через 18 місяців після лікування (% виявлення)**

Клініко-лабораторні показники	Основна підгрупа				Підгрупа порівняння			
	До лікування	Після лікування	Через 18 місяців після лікування	p_1	До лікування	Після лікування	Через 18 місяців після лікування	p_1
Епітеліальні	7,25±0,5	14,21±0,9 $p_2 < 0,05$	14,45±0,9 $p_2 < 0,05$	< 0,05	4,43±0,5	6,12±0,8	8,77±0,8	< 0,05
Нейтрофільні гранулоцити: незмінні	29,12±1,37	38,34±1,35 $p_2 < 0,05$	37,67±1,35 $p_2 < 0,05$	< 0,05	28,45±1,27	34,23±1,25	30,09±1,25	< 0,05
фагоцити	0,47±0,12	1,79±0,27 $p_2 < 0,05$	1,57±0,26 $p_2 < 0,05$	< 0,05	0,45±0,11	0,96±0,14	0,73±0,14	< 0,05
зруйновані	61,43±2,45	42,32±2,18 $p_2 < 0,05$	41,96±2,18 $p_2 < 0,05$	< 0,05	61,19±2,81	54,65±2,77	57,33±2,77	< 0,05
Лімфоцити	0,43±0,15	1,47±0,21 $p_2 > 0,05$	1,33±0,21 $p_2 > 0,05$	< 0,05	0,52±0,18	1,15±0,21	1,07±0,21	< 0,05
Полібласти	0,57±0,15	1,45±0,17 $p_2 > 0,05$	1,35±0,16 $p_2 > 0,05$	< 0,05	0,51±0,15	1,13±0,15	0,91±0,13	< 0,05

Примітка: p_1 – показник достовірності відмінності даних в основній та підгрупі порівняння до та після лікування;

p_2 – показник достовірності відмінності між даними основної та підгрупи порівняння після лікування.

Через 18 місяців після лікування було обстежено 33 (82,5 %) хворих основної та 16 (80,0 %) пацієнтів підгрупи порівняння. У 27 (81,82 %) із 33 хворих основної та в 11 (68,75 %) із 16-ти обстежених пацієнтів підгрупи порівняння виявлено задовільний стан тканин пародонту. Слизова оболонка ясен була щільною, гіперемія ясенних сосочків відсутня у 29 (87,88 %) із 33 пацієнтів основної та у 13 (76,47 %) із 17-ти хворих підгрупи порівняння. Проба Шиллера-Писарева була негативною у 24 (72,73 %) із 33 хворих основної та в 11 (64,71 %) із 17 хворих підгрупи порівняння. В іншій частині хворих вона мала жовте забарвлення. Стан гігієни порожнини рота був задовільним: індекс гігієни з 1,59±0,09 до лікування зменшувався в середньому до 0,85±0,27. Знижувався й рівень запалення ясен, про що свідчив індекс РМА, – він становив після лікування в середньому 8,6±0,78 %, а через 18 місяців – 13,67±1,15 % (табл. 1).

Відмічалася незначна кількість зубних відкладень у 14 (42,42 %) із 33 хворих основної та в 9 (52,94 %) із 17 хворих підгрупи порівняння. Патологічна рухомість зубів і глибина пародонтальних кишень залишалися на рівні, досягнутому після лікування у 24 (72,73 %) із 33 хворих основної та в 9 (52,94 %) із 17 пацієнтів підгрупи порівняння. Рентгенологічно явища остеопорозу в кістці альвеолярного відростка щелеп були менше, ніж до лікування. Висота міжальвеолярних перетинок зберігалася на тому самому рівні.

Зберігалася стійкість капілярів ясен, досягнута безпосередньо після лікування на рівні утворення вакуумної гематоми в середньому через 27,25±2,5 с, що можна розглядати як задовільний результат. Кількість нейтрофілних гранулоцитів, що мігрували в порожнину рота,

у більшості – 27 (81,82 %) із 33 хворих основної та 12 (70,59 %) із 17 хворих підгрупи порівняння трималася практично на рівні, досягнутому після лікування (табл. 2). Загальна кількість клітин у вмісті пародонтальних кишень була на рівні, отриманому відразу після лікування, переважали незмінні нейтрофільні гранулоцити, полібласти та епітеліальні клітини (табл. 3). Кількість мікрофлори була трохи підвищеною, проте більше, ніж в аналогічній контрольній групі. Переважали коки, змішана мікрофлора, на тому ж рівні виявляли дріжджоподібні грибки.

Отримані дані клініко-лабораторних обстежень свідчили про стабілізацію дистрофічно-запального процесу в пародонті даної категорії хворих (табл. 1–3) та про виражений сприятливий вплив застосування запропонованої медикаментозної премедикації в лікуванні хворих на генералізований пародонтит з переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи.

Висновки

Проведене клінічне обстеження у віддалені строки спостереження хворих із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту основної групи з переважанням парасимпатичної вегетативної нервової системи після комплексного лікування показало значне зниження рівня запалення у тканинах пародонту. Таким чином, запропонована схема медикаментозного лікування та включення в комплексну терапію запропонованої медикаментозної підготовки дозволяє досягти значної ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит у пацієнтів з переважанням парасимпатичної нервової системи у віддалені строки спостереження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Григорян А.С. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта / А.С. Григорян, О.А. Фролова // Стоматология. – 2006. – № 3. – С. 11–17.
2. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта / Н.Ф. Данилевский // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17–21.

3. Кузьмина В.Ю. Коррекция вегетативных нарушений при цереброваскулярных заболеваниях с применением озонотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец.: 14.01.11 «Нервные болезни» / В.Ю. Кузьмина. – Москва, 2013. – 26 с.
4. Кулаженко В.И. Пародонтоз и его лечение с применением вакуума / В.И. Кулаженко. – Одесса, 1960. – 145 с.

5. Машенко И.С. Заболевания пародонта / И.С. Машенко. — Днепропетровск: КОЛО, 2003. — 272 с.
6. Мінцер О.П. Обробка клінічних та експериментальних даних у медицині / О.П. Мінцер, Ю.В. Вороненко, В.В. Власов. — К.: Вища шк., 2003. — 350 с.
7. Нацикова Н.Л. Повышение эффективности и безопасности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний в зависимости от эмоционально-личностных особенностей пациента: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец.: 14.00.21 «Стоматология» / Н.Л. Нацикова. — Москва, 2011. — 20 с.
8. Пузин М.Н. Клинико-патогенетические особенности изменений нервной системы при генерализованном пародонтите / М.Н. Пузин, Г.С. Молчанова, М.А. Дымочка // Российский стоматологический журнал. — 2002. — № 1. — С. 15–17.
9. Оганян Э.С. Состояние пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом (Клинико-лабораторные исследования): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец.: 14.00.21 «Стоматология» / Э.С. Оганян. — С.-Пб., 2001. — 20 с.
10. Свраков Д. Пародонтопатии (этиология, клиника и лечение) / Д. Свраков, Е. Атанасова. — София: Государственное издательство «Медицина и физкультура», 1962. — 212 с.
11. Сингатуллина Д.Р. Характер течения ретенционного периода у ортодонтических пациентов при различном состоянии вегетативной нервной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец.: 14.00.21 «Стоматология» / Д.Р. Сингатуллина. — Москва, 2014. — 20 с.
12. Федоров Ю.А. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качества ухода за полостью рта / Ю.А. Федоров, В.В. Володкина // Терапевтическая и ортопедическая стоматология. — Киев: Здоров'я, 1971. — Вып. 1. — С. 117–119.
13. Kérdő I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage / I. Kérdő // Acta neurovegetativa. — 1966. — Bd. 29. — № 2. — P. 250–268.
14. Kinane D.F. Causation and pathogenesis of periodontal disease / D.F. Kinane // Periodontology. 2001. — № 25. — P. 192.
15. Parma C. Parodontopathien. / C. Parma. — I.A. Verlag, Leipzig, 1960. — 203 P.

Отдаленные результаты комплексного лечения генерализованного пародонтита хронического течения у больных с преобладанием парасимпатической нервной системы

В.М. Батиг

Актуальность. Особенности клинического течения многих заболеваний зависят от состояния вегетативной системы пациента, в частности от преобладания симпатической или парасимпатической вегетативной нервной системы. Учитывая тесную взаимосвязь сосудистой и нервной систем пародонта, вегетативной нервной системе принадлежит интегрирующая роль. Это необходимо учитывать при лечении больных генерализованным пародонтитом, поскольку у этих пациентов есть определенные проблемы с состоянием общей резистентности. Учитывая это, предложена медикаментозная схема лечения генерализованного пародонтита у больных с преобладанием симпатической вегетативной нервной системы.

Цель: определение в отдаленные сроки наблюдения клинической эффективности применения предложенного комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом хронического течения при наличии у них преобладания парасимпатической нервной системы.

Материалы и методы. Для данного исследования были отобраны 60 больных генерализованным пародонтитом хронического течения с преобладанием парасимпатической нервной системы. Медикаментозное лечение проводили с использованием предложенной премедикации. Было проведено комплексное обследование состояния тканей пародонта пациентов до лечения и в отдаленные сроки после лечения. Для оценки клинической эффективности лечения использовали пробу Шиллера-Писарева (1962), индекс ПМА С. Парма (1961), гигиенический индекс Федорова-Володкиной (1978), вакуумную пробу Кулаженко (1961).

Результаты. Было установлено, что включение предложенной премедикации в комплексную терапию больных генерализованным пародонтитом хронического течения позволяет эффективно подавлять дистрофически-воспалительный процесс в тканях пародонта. Это подтверждают снижение индекса ПМА, увеличение времени образования гематомы при проведении вакуумной пробы по Кулаженко и повышение уровня гигиены полости рта в отдаленные (6, 12, 18 месяцев) сроки наблюдения.

Выводы. Применение предложенной позволяет повысить эффективность лечения генерализованного пародонтита у пациентов с преобладанием парасимпатической нервной системы.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, пациенты с преобладанием парасимпатической нервной системы, медикаментозная премедикация.

Long-term results of complex treatment of chronic periodontitis in patients with a predominance of the parasympathetic nervous system

V. Batig

Objectives. The features of the clinical course of many diseases depend on the state of the patient's autonomic system, in particular, the predominance of the sympathetic or parasympathetic autonomic nervous system. Given the close relationship of the vascular and nervous systems of the periodontium, the vegetative nervous system has an integrating role. This should be taken into account when treating patients with chronic periodontitis, since these patients have certain problems with the state of general resistance. Given this, the proposed drug treatment regimen for the treatment of generalized periodontitis in patients with a predominance of the sympathetic autonomic nervous system.

Aim. The determination of the long-term results clinical efficacy of the proposed complex treatment of patients with chronic course of generalized periodontitis in the presence of parasympathetic nervous system predominance.

Materials and methods. Clinical investigation was conducted on groups of 60 patients with chronic course of generalized periodontitis and prevalence of the parasympathetic nervous system. Medicament treatment was performed using proposed sedation composition.

Patients were conducted a comprehensive examination of periodontal tissue before treatment and after treatment. To evaluate the clinical efficacy of treatment used Schiller-Pisarev test (1962), the index of PMA by C. Parma (1961), hygienic index by Fedorov-Volodkina (1978), the vacuum test by Kulazhenko (1961).

Results. As a result of the investigation it was found that the usage of the proposed sedation composition in the complex therapy of patients with chronic course of generalized periodontitis can effectively inhibit the dystrophic-inflammatory process in periodontal tissues. This confirms by the decline in the index PMA, increase the time of formation of hematoma during the vacuum tests on Kulazhenko, improving oral hygiene in remote observation terms.

Conclusions. Usage of the proposed sedation composition increases the effectiveness of treatment of chronic course of generalized periodontitis in patients with predominance of the parasympathetic nervous system.

Key words: chronic course of generalized periodontitis, patients with predominance of the parasympathetic nervous system, sedation composition.

Батиг Віктор Маркіянович — доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я України.
Тел.: (050) 978-24-16.