

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Ярова Світлана Павлівна

доктор медичних наук, професор кафедри стоматології №2,
Донецький національний медичний університет, м.Лиман, Україна

Гензицька Олена Станіславівна

кандидат медичних наук, доцент кафедри стоматології №2,
Донецький національний медичний університет, м.Лиман, Україна

ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІОВАННОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ РІЗНОЇ ГРУПОВОЇ НАЛЕЖНОСТІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ТКАНИН ПАРОДОНТА.

Yarova S. P.

Doctor of medical sciences,
Professor of the Department of Dentistry # 2,
Donetsk National Medical University, Liman, Ukraine

Genzytska O. S.

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of Dentistry # 2,
Donetsk National Medical University, Liman, Ukraine

Summary. The scientific article presents the results of our own laboratory studies, based on which the scheme of differential complex approach was developed, by using desensitizer preparations of local and general action, depending on the course of hyperesthesia in generalized periodontitis (without recession and with recession of gums), and group affiliation of teeth (frontal and lateral). It is proved that the result of the proposed scheme is to increase the effectiveness of treatment of patients with hyperesthesia of the teeth with generalized periodontitis.

Аннотация. В научной статье наведены результаты власних досліджень, на підставі яких була розроблена схема диференційного комплексного підходу, шляхом застосування десенситайзерних препаратів локальної та загальної дії, в залежності від перебігу гіперестезії при генералізованому пародонтиті (без рецесії та з рецесією ясен), та групової належності зубів (фронтальні та бічні). Доведено, що результатом запропонованої схеми є підвищення ефективності лікування пацієнтів із гіперестезією зубів при генералізованому пародонтиті.

Key words: hyperesthesia, group affiliation of teeth, generalized periodontitis, remineralization, deep fluorination.

Ключеві слова: гіперестезія, групова належність зубів, генералізований пародонтит, ремінералізація, глибоке фторування.

Постановка проблеми. Чутливість твердих тканин зуба є однією з найбільш частих скарг в стоматологічній практиці, на яку страждає понад 68% населення та кількість пацієнтів постійно зростає, біль може виникати як в окремих зубах, так і в групі і навіть усіх зубах [1с.338, 9с.34]. Найчастіше привертає увагу гіперестезія, що розвивається у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта, що впливає на складність діагностики і лікування. Це зумовлено з недостатньою інформованістю про патогенетичні механізми виникнення цієї форми гіперестезії [3с.65, 4с.49, 5с.61, 12с.385].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вчені вважають, що патогенез розвитку гіперестезії зубів найдоцільніше розглядати в зв'язку з демінералізацією твердих тканин зуба, що приводить до зміни структури емалі та дентину [2с.35]. Також ряд авторів приділяють важливу роль у виникненні гіперестезії порушенням метаболізму неорганічних іонів – кальцію, фосфору, магнію і інших мікроелементів. Досліджуючи механізми виникнення гіперестезії при захворюваннях тканин пародонта, встановлено

зниження Ca, P і Mg як у ясеневій і ротовій рідині, так і біопаті твердих тканин зуба. Доведено, що порушення обміну неорганічних іонів при захворюваннях пародонту відбуваються як в альвеолярних перетинках, так і на поверхні зубів [10с.4, 4с.49]. Крім того, у процесі лікування захворювань пародонта згладжування та скалінг у кореневій ділянці призводять до виникнення підвищеної чутливості. Отже, цілком очевидним є те, що значного підвищення ефективності лікування пацієнтів із гіперестезією зубів можливо досягти завдяки комплексному підходу до усунення її проявів, який передбачає вибір оптимального засобу місцевої терапії та вплив на загальний стан організму, перед усім на обмінні процеси в ньому [8с.3].

Резистентність емалі та дентина може бути відновлена шляхом введення в ці тканини мінеральних компонентів. В результаті ремінералізуючої терапії при гіперестезії підвищується резистентність твердих тканин зубів, стимулюється утворення третинного дентину. Так, як демінералізація твердих тканин зубів розвивається, як правило, на тлі загальних та

місцевих факторів, то при гіперестезії рекомендується застосування комплексної ремінералізуючої терапії, при якій призначаються фосфорно-кальцієві, фтористі та інші препарати внутрішньо і місцево [7.с.4].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Ефективність використання запропонованих з цієї метою засобів і методів не досить висока, а тому пошук адекватних засобів та методів ремінералізуючої терапії, які забезпечують підвищення резистентності твердих тканин зуба при гіперестезії, є актуальним. Особливо актуальним є питання підбору препаратів, способів їх застосування на етапах лікування [7.с.4].

Мета дослідження - підвищення ефективності лікування пацієнтів із гіперестезією зубів при генералізованому пародонтиті за рахунок диференційного вибору оптимальних десенситайзерних препаратів локальної та загальної дії.

Виклад основного матеріалу. Обстежено 128 хворих, віком від 18 - 71 років (чоловіків - 40, жінок - 88) із захворюваннями тканин пародонта. Абсолютну більшість склали хворі (81,3%) на генералізований пародонтит різного ступеня важкості. З них генералізований пародонтит I ступеня мали 39 пацієнтів (30,5%), генералізований пародонтит II ступеня - 43 (33,6%), генералізований пародонтит III ступеня - 22 (17,2%). Хронічний катаральний гінгівіт був діагностований у 21 (16,4%). На пародонтоз страждали 3 хворих (2,3%).

Серед оглянутих 128 пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту, гіперестезія зубів реєструвалася у 102 пацієнтів (79,7%). З них чоловіків - 32, жінок - 70. Встановлено, що гіперестезія зубів при рецесії ясен зустрічається в 2,3 рази частіше, ніж без клінічно вираженого порушення прикріплення. У хворих на генералізований пародонтит, що супроводжується гіперестезією зубів ураження фронтальних зубів переважало над ураженням бічних в 1,4 рази. Локалізовані форми гіперестезії були наявні у 37 пацієнтів (36,3%), генералізовані форми виявляли у 65 пацієнтів (63,7%). Інтенсивність гіперестезії за Ю.А. Федоровим серед пацієнтів із захворюваннями пародонту була наступною: I ступінь гіперестезії було діагностовано у 45 хворих (44,1%), II ступінь – у 22 хворих (21,6%), III ступінь – 35 хворих (34,3%).

Лабораторно було визначено вміст кальцію (Са) та фосфору (Р) та Са/Р коефіцієнт в усіх твердих тканинах 38 зубів, видалених у практично здорових осіб 35-54 років внаслідок захворювань тканин пародонта та видалених за ортодонтичними показаннями.

Концентрації кальцію та фосфору в твердих тканинах зубів визначали окремо: Са – за допомогою атомно - абсорбційної спектрофотометрії, Р – фотокolorометричним способом.

Лікування хворих із гіперестезією зубів у межах проведеного нами дослідження

ґрунтувалось на уявленнях про системний характер даної патології, що потребує, відповідно, комплексної терапії, яка включає не лише місцевий вплив на структурно-функціональний стан твердих тканин зубів, але й використання засобів загальної дії, здатних нормалізувати обмінні процеси в організмі, особливо їх кальцій-фосфору складову. У зв'язку з цим, хворі, які брали участь у нашому дослідженні, були поділені на 2 групи залежно від способу корекції зазначеної патології.

На підставі отриманих даних лабораторних та клінічних досліджень були розроблені схеми лікування в залежності від перебігу гіперестезії при генералізованому пародонтиті (без рецесії та з рецесією ясен), та групової належності зубів (фронтальні та бічні). Основна група – 52 пацієнти з гіперестезією на тлі генералізованого пародонтиту, лікування яких проводили за запропонованими методиками. При гіперестезії фронтальної групи: без рецесії ясен - застосовували препарати для ремінералізації емалі зубів, курсом 15 аплікацій щодня, кратністю 2 рази на рік; з рецесією ясен – застосовували комбінацію препаратів для ремінералізації емалі та глибокого фторування шийки зуба кратністю 2 рази на рік. При гіперестезії бічної групи: без рецесії ясен - використовували препарати для ремінералізації емалі зубів курсом 10 аплікацій через день, кратністю 1 рази на рік; з рецесією ясен – використовували комбінацію препаратів для ремінералізації емалі та глибокого фторування шийки зуба кратністю 1 рази на рік. Також за показаннями призначали кальційвмісні препарати загальної дії в дозуванні згідно інструкції виробника (наприклад: Кальцемін, Кальцемин Адванс) пацієнтам віком старше 50 років та жінкам в постменопаузальному періоді. Прийом загальних препаратів проводили під контролем вмісту Са в крові та сечі.

Контрольна група - 50 пацієнтів у яких була застосована традиційна схема лікування підвищеної чутливості зубів (Ю.А. Федоров, 1997), яка включала: загальне лікування - прийом гліцерофосфату кальцію протягом місяця. Місцеве лікування, для того, щоб зняти більшість відчуття вже в перші дні лікування, хворим, крім аплікацій фосфатовмісних зубних паст, призначають електрофорез гліцерофосфату кальцію.

Результати проведеного лікування гіперестезії зубів оцінювали за динамікою змін відчуттів пацієнтів, клінічним перебігом та індексами: інтенсивності гіперестезії зубів (ІГЗ), розповсюдженості гіперестезії зубів (ІРГЗ) та індексу ремінералізації (ІР). Терміни спостереження: до лікування, найближчі (через 10 днів, 1 місяць) та віддалені (6 місяців, 1 рік).

Статистичну обробку даних проводили методами варіаційної статистики в пакеті Statistica 6.0 for Windows.

Результати та обговорення. Встановлене системне зниження вмісту Са та Са/Р співвідношення в усіх твердих тканинах (емаль,

дентин коронки, дентин корня, цемент) усіх груп зубів (різці, ікла, премолари та моляри), видалених внаслідок пародонтиту, в порівнянні з видаленими при інтактному пародонті. Результати порівняння вмісту Са, Р та Са/Р співвідношення окремо в усіх твердих тканинах зубів, видалених внаслідок пародонтиту показали, що максимальне зниження вмісту Са в зубах, видалених внаслідок пародонтиту, були визначені в емалі та цементі кореня. Встановлено, що найбільше порушення мінерального обміну за показником Са/Р співвідношення має місце в твердих тканинах фронтальної групи зубів, видалених внаслідок пародонтиту, в порівнянні з бічними. На основі встановлених особливостей мінералізації твердих тканин зубів різної групової належності, обґрунтовано вибір засобів та термінів медикаментозного лікування хворих на генералізований пародонтит, що супроводжується гіперестезією зубів. Виявлені особливості мінералізації різних твердих тканин зуба при гіперестезії довели, що патогенетично спрямоване лікування, а саме насичення тканин Са потребують емаль та цемент кореня.

В основній і контрольній групах в перше відвідування значення ІРГЗ та ІІГЗ були майже однаковими і становили, відповідно, $34,7 \pm 1,9\%$ і $2,01 \pm 0,04$ балів - в основній і $33,8 \pm 1,9\%$ і $1,99 \pm 0,04$ балів - в контрольній. Отримані результати за показниками ІІГЗ та ІРГЗ представлені в таблиці 1.

Так, через 10 діб після початку лікування вивчаємі показники були наступними: в основній групі ІРГЗ та ІІГЗ прийняли значення, відповідно, $4,02 \pm 1,03\%$ і $1,06 \pm 0,03$ балів (зменшилися в 8,6 разів та на 90%), в контрольній - $6,77 \pm 1,41\%$ і $1,24 \pm 0,06$ балів, що в 5,0 разів та на 60% менше в

порівнянні з даними до початку лікування. Отримані показники індексів основної групи, були в 1,7 рази та на 17% меншими в порівнянні з контрольною групою, де була застосована традиційна схема лікування ($p < 0,05$).

Далі показники індексів оцінювали через 1 місяць і в основній групі вони склали $6,98 \pm 1,22\%$ і $0,76 \pm 0,01$ балів (в 5,0 та 2,6 рази менші, ніж до початку лікування), але вони декілька збільшилися в порівнянні з попереднім клінічним обстеженням. В контрольній групі значення ІРГЗ та ІІГЗ теж збільшилися в порівнянні з попереднім терміном обстеження і становили $10,61 \pm 1,04\%$ та $1,28 \pm 0,03$ балів. Але все ж таки вони були меншими в порівнянні з даними вихідного стану, а саме: відповідно, в 3,19 рази та на 55%. Таким чином, після проведеного лікування гіперестезії показники ІРГЗ та ІІГЗ були кращими в основній групі, де застосовували запропоновану схему лікування, ніж в контрольній групі: ІРГЗ на 50%, ІІГЗ на 70% ($p < 0,05$). Через 6 місяців було встановлено подальше, хоча і незначне, підвищення ІРГЗ та ІІГЗ у пацієнтів з ГТГЗ в обох групах в порівнянні з показниками одразу після проведеного лікування. Так, в основній групі вони приймали значення ІРГЗ - $8,53 \pm 1,07\%$ та ІІГЗ - $0,84 \pm 0,02$ балів, що, відповідно, на 20% та 10% більше з попереднім оглядом, але все ж таки в 4,0 та 2,4 рази менше в порівнянні з початковим станом. В контрольній групі, де була застосована традиційна схема, ці показники зменшилися (в 2,7 рази та на 43%) в порівнянні з початковим станом, і склали, відповідно, ІРГЗ - $12,47 \pm 1,12\%$, ІІГЗ - $1,39 \pm 0,04$ балів. Отримані значення в основній групі були, в 1,5 рази та на 65% меншими в порівнянні з відповідними показниками в контрольній групі.

Таблиця 1.

Зміни індексів розповсюдженості та інтенсивності гіперестезії дентину

Група	Термін огляду	ІРГЗ (%)	ІІГЗ (бали)
Основна n = 52	До лікування	$34,7 \pm 1,9$	$2,01 \pm 0,04$
	Через 10 діб	$4,02 \pm 1,03^*$	$1,06 \pm 0,03^*$
	Через 1 міс	$6,98 \pm 1,22^*$	$0,76 \pm 0,01^*$
	Через 6 міс	$8,53 \pm 1,07^*$	$0,84 \pm 0,02^*$
	Через 1 рік	$9,67 \pm 1,07^*$	$1,11 \pm 0,03^*$
Контрольна n = 50	До лікування	$33,8 \pm 1,9$	$1,99 \pm 0,04$
	Через 10 діб	$6,77 \pm 1,41^*$	$1,24 \pm 0,06^*$
	Через 1 міс	$10,61 \pm 1,04^*$	$1,28 \pm 0,03^*$
	Через 6 міс	$12,47 \pm 1,12^*$	$1,39 \pm 0,04^*$
	Через 1 рік	$15,03 \pm 1,21^*$	$1,43 \pm 0,02^*$

Примітка: * дані вірогідні порівняно з показниками до лікування ($p < 0,05$).

У віддалений термін (через 1 рік) продовжувалось підвищення показників ІРГЗ та ІІГЗ в контрольній та основній групах в порівнянні з попереднім терміном (6 місяців). У пацієнтів основної групи збільшились значення індексів на 13% та 32%, відповідно, але все ж таки вони залишилися меншими порівняно з результатами до лікування в 3,6 рази та на 81%. В контрольній групі значення індексів ІРГЗ та ІІГЗ через рік були $15,03 \pm 1,21\%$ і $1,43 \pm 0,02$ балів, що в 2,3 рази та на

40% менш ніж в порівнянні з даними до лікування, але в 1,2 та 1,02 рази більш ніж в порівнянні з попереднім терміном обстеження. Як і під час раніше проведених оглядів, показники індексів в основній групі були меншими (відповідно, на 68% і 17%) в порівнянні з контрольною.

Таким чином, найбільш стабільне та істотне поліпшення показників ІРГЗ та ІІГЗ спостерігалось в основній групі, де була застосована запропонована нами схема лікування гіперестезії,

що виникла на фоні захворювань тканин пародонта. В результаті проведеного дослідження в основній групі показники ІПЗ та ІРГЗ впродовж термінів клінічного огляду (через 10 діб, 1, 6, 12 місяців) зменшувалися вірогідно більше, ніж в контрольній групі ($p < 0,05$). Значення індексу ІРГЗ до початку лікування становило $34,7 \pm 1,9\%$, що відповідає генералізованій формі гіперестезії. Після проведення лікування запропонованим методом значення ІРГЗ знизилися до $4,02 \pm 1,03\%$, що характерно для локалізованої форми гіперестезії. Отримані дані вказують на обмеження розповсюдженості гіперестезії у найближчі терміни після проведеної терапії та збереження локальності процесу у віддалені терміни. Значення ІПЗ в основній групі у вихідному відповідало II ступеню важкості гіперестезії, через рік він прийняв значення $1,11 \pm 0,03$ балів, що характерно для I ступеню важкості. В основній групі протягом року ІРГЗ зменшився в 3,5 рази, в контрольній в 2,3 рази, а ІПЗ зменшився, відповідно, в 1,8 і 1,4 рази.

Через 6 місяців після проведеного комплексного лікування ГТТЗ у хворих основної групи, ремісія була зафіксована у 34 пацієнтів (65,4%). В контролі, де пацієнтам призначали комплексне лікування за традиційною схемою, ремісію спостерігали у 26 пацієнтів (52%). Через 1 рік у 29 пацієнтів (55,76%) з гіперестезією зубів при захворюванні тканин пародонта основної групи зберігався стан ремісії, який показував позитивну динаміку всіх показників. У відповідному контролі кількість хворих, у яких фіксувався стан ремісії, був відмічений у 15 пацієнтів, що 25,76% менше в порівнянні з основною групою.

Як важливу характеристику стану твердих тканин зубів ми розглядали ступінь їх мінералізації. Початкові середні значення індексу ремінералізації зубів до лікування в основній та контрольній групах були співрозмірними. Через 10 діб після лікування гіперестезії ІР в обох групах вірогідно знизився в порівнянні з таким до лікування, відповідно, в 1,4 та 1,2 рази ($p < 0,05$). Через 1 місяць після лікування вивчаємий показник був в 1,3 рази меншим в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Через 6 місяців значення в основній групі були в 1,5 рази меншими в порівнянні з відповідним показником контрольної групи ($p < 0,01$). Через 1 рік у пацієнтів основної групи значення індексу збільшилися в 1,5 рази, але все ж таки він залишився меншим порівняно з результатами до лікування. На всіх етапах спостереження ІР в основній групі був вірогідно нижчим в порівнянні з контролем, що свідчить про більш виражений ремінералізуючий ефект запропонованого методу диференційного лікування гіперестезії зубів у хворих на генералізований пародонтит.

У віддалені терміни (через 6 місяців та 1 рік) в основній групі прояви гіперестезії зустрічалися відповідно на 13 та 26% рідше ніж в контролі, що вказує на значно вищу клінічну ефективність та

стійкість результату при використанні запропонованої методики.

Висновки і пропозиції. Таким чином, аналіз результатів клінічної та індексної оцінки ефективності запропонованих методів лікування гіперестезії зубів у хворих з патологією тканин пародонта свідчить про їх високу клінічну доцільність і стійкості ефекту. Одночасно показники свідчать, що рецидиви гіперестезії – явище досить поширене, отже пацієнти мають знаходитись під диспансерним наглядом, та з періодичністю повторювати курс лікування.

Список літератури:

Пути повышения эффективности лечения гиперестезии зубов у лиц с заболеваниями пародонта / А.Н. Козменко, Г.И. Ронь, Н.А. Белоконова // Мир науки, культуры, образования. – 2014. - №4(47). – С.338-341.

Соматический и стоматологический статус у лиц с гиперчувствительностью дентина / А.А. Бабеня, О.В. Зубачик // Инновации в стоматологии. – 2014. - №3. – С.37-39.

Белоклицкая Г.Ф. Дифференциальные схемы лечения гиперестезии дентина при заболеваниях пародонта / Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Копчак // Стоматология сегодня. – 2008. – №3. – С. 65-69.

Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Копчак Клинико-лабораторное обоснование алгоритма диагностических и лечебных действий при цервикальной гиперестезии, сопутствующей заболеваниям тканей пародонта // Современная стоматология. - №3. – 2006. – С.49-53.

Белоклицкая Г.Ф., Протункевич О.О., Пахомова Е.О. Новые аспекты лечебно-профилактического механизма действия зубной пасты «Sensodyne-F» у больных генерализованным пародонтитом с синдромом цервикальной гиперестезии // Современная стоматология.-2003.- №1.-С. 61-64.

Воронова Ю.Н. Повышение эффективности лечения гиперестезии дентина с помощью озона у пациентов с заболеваниями пародонта: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14. «Стоматология» / Ю.Н. Воронова // Москва, 2011. – 24с.

Григорян, А.С. Остеопластическая эффективность различных форм гидроксипатита по данным экспериментально-морфологического исследования / А.С. Григорян // Стоматология. - 2000. - № 3. - С. 4-8.

Іваницький І.О. Порівняльна характеристика ефективності лікування гіперчутливості зубів із використанням сучасних препаратів: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня кандидата мед. наук: спец. 14.01.22. «Стоматологія» / І.О. Іваницький // Полтава, 2010. – 24с.

Несин А.Ф. Гиперестезия зубов/ И.Ю. Компаниец, Т.В. Компаниец // Современная стоматология. – 2000. - №3. – С.34-38.

Федоров Ю.А., Дрожжина В.А., Рыбальченко О.В., Рубежова Н.В. Сравнительный

электронномикроскопический анализ структуры твердых тканей зубов при некариозных поражениях 2-й группы до и после реминерализующей терапии // Новое в стоматологии.-1996.-№4 (49).-С. 41-49.

Ульяницкая Е.С. Клинико - лабораторное исследование эффективности применения

десенситайзеров при лечении повышенной чувствительности зубов: дис... к. мед. наук: 14.00.21./Ульяницкая Елена Станиславовна. – Москва, 2007. – 166с.

Drisko C.H. Dentine hypersensitivity – dental hygiene and periodontal considerations // International Dental J. -2002. -Vol.52, №5. - P. 385- 393.

УДК: 616.314-089.843

Ishchenko Pavlo Vasyly'ovych

Candidate of medical Sciences,

Donetsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

Borisenko Anatolij Vasyly'ovych

Doctor of medical Sciences, Professor,

Medical University named after. O.O. Bogomolets

ANALYSIS OF THE USE OF CLAIMED AND TRADITIONAL IMPLANTATION SYSTEMS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS IN THE STAGE OF STABILIZATION ACCORDING TO THE PMA INDEX

Ищенко Павло Васильович

Кандидат медичних наук, Донецький Національний медичний університет МОЗ України

Борисенко Анатолій Васильович

Доктор медичних наук, професор, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАЯВЛЕНИХ ТА ТРАДИЦІЙНИХ ІМПЛАНТАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ В СТАДІЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ ЗА ПОКАЗНИКОМ ІНДЕКСУ РМА

Relevance: Generalized periodontitis is one of the common diseases in dentistry, where a comprehensive approach is used in the treatment of this pathology. In the presence of defects in the dentition, it is possible to use a variety of implant systems: subperiosteal, endosseous.

Objective: To demonstrate clinically with the PMA index, which implantation system is more appropriate when operating within the area of responsibility of the provoked periodontist.

Materials and Methods: A clinical study using subperiosteal and endosseous implantation systems was conducted in two groups of patients who had generalized periodontitis in the stabilization stage. Each group consisted of 30 individuals, a study group and a control group. The distribution of patients by age and diagnosis in both groups was identical and comparable.

Results. The analysis of the dynamics of change in the PMA index value for patients with dental defects and implants in the control group and the study group revealed a linear trend of increasing the PMA index value over time in the control group ($p < 0.001$) and in the study group ($p = 0.002$).

The analysis found that after 18 months, the PMA index for patients with dental defects and implants in the control group increased, on average, by $47.1 \pm 2.7\%$, and in the study group - by only $11.1 \pm 2.8\%$ ($p < 0.001$).

Conclusion: For the whole period of the study in the group with defects of the dentition and implants, the dynamics of the inflammatory process in the study group is more restrained compared to the control, which indicates the feasibility of using the claimed structures in this group of patients according to the study index PMA. The percentage improvement was $36.0 \pm 3.5\%$ over the 18 months.

Актуальність. Генералізований пародонтит є одним з поширених захворювань в стоматології, де при лікуванні даної патології застосовується комплексний підхід в лікуванні. При наявності дефектів зубного ряду можливе використання різноманітних імплантацийних систем: субперіостальних, ендоосальних.

Мета. Клінічно довести за допомогою дослідження індексу РМА яка імплантацийна система доцільніша при роботі у зоні відповідальності спровокованого пародонту.

Матеріали та методи. Клінічне дослідження з використанням субперіостальних та ендоосальних імплантацийних систем було проведено у двох групах пацієнтів, які мали генералізований пародонтит у стадії стабілізації. У кожній групі було по 30 осіб – група дослідження та група контролю. Розподіл хворих за віком і діагнозом захворювання в обох групах було ідентичним та порівняним.

Отримані результати. Проведений аналіз динаміки зміни значення індексу РМА для хворих з дефектами зубного ряду й імплантатами в групі контролю й групі дослідження виявив лінійний тренд підвищення значення індексу РМА з часом у групі контролю ($p < 0,001$) і в групі дослідження ($p = 0,002$).

При проведенні аналізу встановлено, що через 18 місяців значення індексу РМА для хворих з дефектами зубного ряду й імплантатами в групі контролю зросло, у середньому, на $47,1 \pm 2,7\%$, а в групі дослідження – лише на $11,1 \pm 2,8\%$ ($p < 0,001$).

Висновок. За весь період дослідження в групі з дефектами зубного ряду й імплантатами динаміка розвитку запального процесу в групі дослідження більш стримана в порівнянні з контрольною, що говорить про доцільність застосування заявлених конструкцій у даній групі пацієнтів за показником дослідження індексу РМА. Покращення у відсотковому співвідношенні склало за 18 місяців спостереження $36,0 \pm 3,5\%$.

Keywords: *generalized periodontitis in the stage of stabilization, PMA index, implantation systems.*

Ключові слова: *генералізований пародонтит у стадії стабілізації, індекс РМА, імплантаційні системи.*

Актуальність. Поширеність захворювання на генералізований пародонтит на даний час досить висока [1, 2]. При лікуванні даної патології, щоб досягти значимих результатів, треба застосовувати комплексні заходи в лікуванні: і терапевтичні, і хірургічні, і ортопедичні [3]. Заміщення кінцевих дефектів зубних рядів у пацієнтів з генералізованим пародонтитом у стадії стабілізації можливо поводити за допомогою імплантаційних систем [4]. Ми для лікування даних пацієнтів застосували субперіостальні заявлені імплантати та порівняли їх з відомими ендосальними конструкціями [5, 6, 7, 8].

Мета дослідження. З'ясувати за допомогою дослідження, які з використаних імплантаційних систем при лікуванні хворих на генералізований пародонтит с стадії стабілізації покажуть себе краще у зоні своєї відповідальності за показником РМА.

Матеріали та методи. Дане клінічне дослідження із застосуванням імплантаційних систем було проведено у двох групах, де застосовувались субперіостальні заявлені імплантати та відомі ендосальні конструкції. У групі дослідження знаходилося 30 осіб з генералізованим пародонтитом у стадії стабілізації, у групі контролю також 30 осіб з генералізованим пародонтитом у стадії стабілізації. Розподіл хворих за віком і діагнозом захворювання в обох групах було ідентичним та порівняним.

Отримані результати: Проведений аналіз результатів за показником рапілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) при поведеному дослідженні дав наступні результати (таб.).

Група пацієнтів з дефектами зубного ряду й імплантатами.

Таблиця

Група	$\bar{X} \pm m$			
	До лікування	6 місяців	12 місяців	18 місяців
Контроль (n=30)	17,6 $\pm$ 1,7	19,9 $\pm$ 1,7	22,5 $\pm$ 1,8	25,9 $\pm$ 1,8
Дослідження (n=30)	18,0 $\pm$ 2,7	19,1 $\pm$ 2,7	19,3 $\pm$ 2,7	20,0 $\pm$ 2,7
Рівень значимості відмінності між групами, p	0,90	0,80	0,33	0,07

При проведенні аналізу встановлено, що до проведення лікування середнє значення індексу РМА для хворих з дефектами зубного ряду й імплантатами в групі контролю (17,6 $\pm$ 1,7) і групі дослідження (18,0 $\pm$ 2,7) статистично значимо не відрізняються (p=0,90). Не виявлено статистично значимої відмінності (p=0,80) середнього значення індексу РМА для хворих з дефектами зубного ряду й імплантатами й через 6 місяців після закінчення лікування: у групі контролю (19,9 $\pm$ 1,7) і групі дослідження (19,1 $\pm$ 2,7). Не була виявлена відмінність (p=0,33) середнього значення індексу РМА через 12 місяців після закінчення лікування: у групі контролю (22,5 $\pm$ 1,8) і групі дослідження (19,3 $\pm$ 2,7). Не виявлена відмінність (p=0,07) середнього значення індексу РМА й через 18 місяців після закінчення лікування: у групі контролю (25,9 $\pm$ 1,8) і групі дослідження (20,0 $\pm$ 2,7).

У групі пацієнтів з дефектами зубного ряду й імплантатами при дослідженні заявлених конструкцій для відновлення цілісності зубного ряду була виявлена перевага в стримуванні запального процесу, що проявляється, у порівнянні з контрольною групою, де використовувалися традиційні ортопедичні конструкції й

внутрішньокісткові імплантати. Динаміка росту запального процесу в досліджуваній групі становить за всі місяці спостереження 2,0 одиниці, а в контрольній 8,3 одиниці приросту.

При аналізі динаміки зміни значення індексу РМА для хворих з дефектами зубного ряду й імплантатами в групі контролю й групі дослідження було виявлено лінійний тренд підвищення значення індексу РМА з часом у групі контролю (p<0,001) і в групі дослідження (p=0,002).

При проведенні аналізу встановлено, що через 18 місяців значення індексу РМА для хворих з дефектами зубного ряду й імплантатами в групі контролю зросло, у середньому, на 47,1 $\pm$ 2,7%, а в групі дослідження – лише на 11,1 $\pm$ 2,8 % (p<0,001).

Висновок: За весь період дослідження в групі з дефектами зубного ряду й імплантатами динаміка розвитку запального процесу в групі дослідження більш стримана в порівнянні з контрольною, що говорить про доцільність застосування заявлених конструкцій у даній групі пацієнтів за показником дослідження індексу РМА. Покращення у відсотковому співвідношенні склало за 18 місяців спостереження $36,0 \pm 3,5\%$.

Список літератури

- Борисенко А. В. Заболевания пародонта / Борисенко А. В. – К.: «Медицина», 2013. – 456 с.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко – К.: Здоров'я, 2000. – 462 с.
- Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта / Копейкин В.Н. – М.: «Триада-Х», 1998. – 176 с.
- Параскевич В.Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики. – 3-е изд. / Параскевич В.Л. – М.: ООО «МИА», 2011. – 400 с.
- Іщенко П.В. Деклараційний патент на корисну модель U200702301 № 25356 А 61С8/00, заявлено 03.03.2007, опубліковано 10.08.2007. / Іщенко П.В., Кльомін В.А., Вольваков В.В. // Бюл. №12.
- Іщенко П.В. Деклараційний патент на корисну модель U200903293 № 44942 А 61С8/00, заявлено 06.04.2009, опубліковано 26.10.2009. / Іщенко П.В., Кльомін В.А., Кашанський І.В. та інші. // Бюл. №20.
- Іщенко П.В. Деклараційний патент на корисну модель U200903295 № 44943 А 61С8/00, заявлено 06.04.2009, опубліковано 26.10.2009. / Іщенко П.В., Кльомін В.А., Неледвє В.В. та інші. // Бюл. №20..
- Іщенко П.В. Деклараційний патент на корисну модель U200910533 № 51497 А 61С8/00, заявлено 19.10.2009, опубліковано 26.07.2010. / Іщенко П.В., Кльомін В.А., Гаврилов О.Є. // Бюл. №14.

K.Yu. Krenov¹, O.V. Kolomiets¹, M.L. Homon²

¹*Khmelnitskyi Regional Hospital, Khmelnytskyi city, Ukraine.*

²*Vinnitsia State Medical University named after M.I. Pirogov. Department of Anesthesiology, Faculty of Postgraduate Education, Vinnitsia city, Ukraine.*

INFLUENCE OF THE POSTOPERATIVE ANALGESIATACTICS ON THE DYNAMICS OF INTRA-ABDOMINAL AND ABDOMINAL PERFUSION PRESSURE IN PATIENTS WITH ACUTE SURGICAL PATHOLOGY OF THE ABDOMINAL CAVITY.

Structured abstract. Introduction: Intra-abdominal hypertension syndrome and abdominal compartment syndrome complicate the course of many surgical diseases of the abdominal cavity and lead to the development and progression of multiple organ failure. Determination of abdominal perfusion pressure and its dynamics allows to predict the development of multiple organ failure and adjust therapeutic tactics timely. The *aim* of the research study was to determine the impact of postoperative analgesia on the dynamics of intra-abdominal pressure and abdominal perfusion pressure in patients with intra-abdominal hypertension syndrome.

Methods: 82 patients with acute surgical pathology of the abdominal cavity and signs of intra-abdominal hypertension were examined. All patients were divided into three groups according to the chosen method of postoperative analgesia: group 1 (n = 30) - opioid analgesia, group 2 (n = 30) - continued intravenous infusion of 1% lidocaine solution in combination with the administration of ketorolac 30 mg three times a day, group 3 (n = 22) - epidural analgesia using 1% lidocaine solution. Intra-abdominal pressure in the bladder was measured in all patients every 6 hours according to the standard method and the calculation of abdominal perfusion pressure. The patient groups were comparable in age, sex, and severity.

Findings: The research study found that no relevant difference in the studied indices of abdominal perfusion pressure when using different types of analgesia was noted, instead, the best profile at the level of intra-abdominal pressure was of epidural analgesia.

Conclusions: use of epidural analgesia significantly reduces intra-abdominal pressure over time. The impact of various methods of analgesia in the postoperative period in acute surgical pathology of the abdominal cavity does not differ in the effect on the abdominal perfusion pressure.

Keywords: *intra-abdominal hypertension, abdominal compartment syndrome, abdominal perfusion pressure*

Abbreviations: IAP - intra-abdominal pressure, APP - abdominal perfusion pressure.

Introduction. The development of multiple organ failure is a leading cause of death in patients with acute surgical pathology. An important role in this is played by the abdominal compartment syndrome, the mortality rate in which, without treatment, is close to 100%. Increase in intra-abdominal pressure above 10 mm Hg during 1-2 days leads to death in 3 - 7% of cases. And when this value is more than 35 mm Hg within 6-7 hours then such increasing results in 100% fatality. The abdominal compartment syndrome is currently defined as a sustained increase in intra-abdominal pressure to a level greater than 20 mm Hg, which is associated with onset of organ failure/dysfunction. Also important is the fact that, unlike the phenomenon of intra-abdominal

hypertension, the abdominal compartment syndrome does not require classification by the level of intra-abdominal hypertension, since this syndrome in modern literature is represented by the phenomenon of "all or nothing" (meaning that further increase of intra-abdominal pressure is of no importance in the developing abdominal compartment syndrome at any degree of intra-abdominal hypertension) [1, 2, 3]. Chad G. Ball [3] et al. indicate that coagulopathy with thrombocytopenia less than 55,000 per μ l, an increase in APTT beyond twice the upper normal limit, prothrombin time more than 1.5 seconds, MHC over 1,5, sepsis, intra-abdominal infections, PS/PEEP, large body mass index (above 30 kg/m²), laparoscopic interventions, position of the patient in prone position, damage control surgery, acute pancreatitis are risk