Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

# **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

## НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

імені П. Л. Шупика

**ШИЛІВСЬКИЙ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ**

 УДК:616.314.17–008.1–06:616.62–003.7]–059–085.838.97

ВИКОРИСТАННЯ ПРИРОДНИХ ФАКТОРІВ ПРИКАРПАТТЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

**У ХВОРИХ СЕЧОКАМ’ЯНОЮ ХВОРОБОЮ**

14.01.22 – стоматологія

## АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

 **Київ – 2009**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Заболотний Тарас Дмитрович,**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри терапевтичної стоматології факультету післядипломної освіти

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Борисенко Анатолій Васильович,**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри терапевтичної стоматології

доктор медичних наук, професор **Герелюк Віталій Іванович,**

Івано-Франківський медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри терапевтичної стоматології

Захист відбудеться 25 вересня 2009 року о 13.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.09 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 10А.

З дисертацією можна ознайомитися у бібіліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за адресою: 04112,

м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий 21 серпня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

к.мед.н., доцент О.М. Дорошенко

# ЗАГАЛЬНА  ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

        **Актуальність  теми.** Проблема захворювань пародонта у зв’язку з їх високою поширеністю у людей різного віку, схильністю до прогресування з формуванням комплексу патологічних змін, які призводять до руйнування тканин пародонта і втрати основних функцій зубощелепної системи та відсутністю ефективних методів профілактики і лікування становить важливу медико-соціальну проблему ( Г. Н. Вишняк, 1999; В. С. Иванов, 2001; А. С. Артюшкевич, 2002; Г. Ф. Білоклицька, 2004; Т. Д. Заболотний та співавт., 2004; Л. М. Цепов, А. И. Николаев, 2004; О. В. Павленко, 2005; А. В.  Борисенко, 2005; І. П. Мазур, 2006 та ін.). Україна належить до країн зі значною розповсюдженістю захворювань пародонта: залежно від регіону та віку обстежених вона досягає 85-95% (А. М. Політун, 1996, К. М.Косенко, 2003; О. В. Павленко та співавт., 2005).

       Висліди вивчення захворювань пародонта  дають підставу до узагальненого  висновку, що виникнення патологічних змін у зубоутримуючих тканинах відбуваються при зміні загального стану організму внаслідок дії низки ендогенних і екзогенних чинників, які визначають підходи до лікування і профілактики цих захворювань (Т. Д., Заболотний 1992, 2005; A. D. Haffajee, S. S. Socransky., 1994; Genco R. J. 1996; М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, 2000; Л. М. Цепов, 2000; В. С. Иванов, 2001; Н. І.Смоляр та співавт., 2001; J. D Beck., S. S. Offenbacker, 2001; І. С. Мащенко, А. В. Самойленко, 2002;  В. В. Поворознюк, І. П. Мазур, 2003; Г. Ф. Білоклицька та співавт., 2004; В. Ф. Куцевляк, 2005).

Цікавими  є дані літератури про взаємозв’язок і вплив сечокам’яної хвороби на стан тканин пародонта. В доступній нам літературі ці дані  є поодинокими і різнобічними (Г. М. Барер, Т. И. Лемецкая, 1996;  В. С. Иванов, 2001; Л. В. Гончарук, 2008), але відсутні  цілеспрямовані схеми комплексного лікування та профілактики захворювань пародонта у хворих сечокам’яною хворобою.

      Перспективним і актуальним завданням сучасної стоматології є опрацювання ефективних схем комплексного лікування та профілактики захворювань пародонта (А. В. Борисенко, А. В. Марков, 2001; А. П. Грохольський та співавт., 2002; Т. Д. Заболотний та співавт., 2005) особливо при наявності супутньої патології.

 Увагу дослідників уже тривалий час привертають різні природні курортні фактори, які мають значний терапевтичний ефект при лікуванні захворювань пародонта (И. М. Ахметзянов, Г. Р. Ахметзянова, 1999; М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, 2000; И. В. Безрукова, 2001; А. В. Борисенко, А. В. Марков, 2001, 2002 та ін.). Серед них досить широко для лікування захворювань пародонта використовували різні мінеральні води, лікувальні грязі, гірський віск, нафтопродукти тощо (В. А. Самойлович, 1998, 2002;

А. В. Борисенко, А. В. Марков 1999, 2001; Л. П. Зубкова та співавт., 2004;

Т. Д. Заболотний та співавт., 2005 та ін.). Враховуючи значну розповсюдженість в Україні різних мінеральних джерел наукове обґрунтування їх застосування для лікування захворювань пародонта є досить актуальним і може дати значний лікувальний ефект.

      Одним із унікальних курортів мінеральних вод в Україні є Трускавець. Води цього родовища широко використовують для лікування різноманітних захворювань внутрішніх органів (А. И. Алексеев, 1994; С. В. Івасівка, 1997 та ін.). Вода основного джерела курорту Трускавець - “Нафтуся” є дуже ефективною внаслідок цілого ряду своїх властивостей, маючи протизапальні, стимулюючі та імуномоделюючі властивості впливає на білково-азотистий, ліпідно-пігментний та вуглеводний обмін (С. В. Івасівка, 1997; А. Я. Бульба, 2000 та ін.), що має неабияке значення для нормалізації більшості показників здоров’я людського організму. Проте використання природних факторів курорту Трускавець, зокрема мінеральної води “Броніслава” (джерело № 3) для лікування захворювань пародонта і до нинішнього часу не має широкого і науково  обґрунтованого застосування.

      **Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідницької теми кафедри терапевтичної стоматології факультету післядипломної освіти Львівського Національного медичного університету імені Данила Галицького: “Уточнення механізмів розвитку, клініки, діагностики захворювань пародонта у різного контингенту хворих. Оптимізація методів лікування.” Номер державної реєстрації № 0197000747, шифр ІН.30.00.0005.00.

       **Мета  дослідження -** підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту у хворих на сечокам’яну хворобу на основі визначення стану тканин пародонта, розповсюдженості та інтенсивності їх захворювань, обґрунтуванні та розробці комплексного лікування генералізованого пародонтиту у даного контингенту хворих з використанням природних факторів Прикарпаття.

       **Завдання  дослідження.**

      1.Визначити поширеність та інтенсивність захворювань пародонта у

хворих  на сечокам’яну хворобу.

      2. Визначити особливості клінічної картини захворювань пародонта (хронічного катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту) у хворих на сечокам’яну хворобу.

      3. Визначити стан процесів перекисного  окиснення ліпідів та антиоксидантної системи у хворих з генералізованим пародонтитом  на фоні сечокам’яної хвороби.

      4. Обґрунтувати та розробити схеми комплексного  лікування та профілактики  генералізованого пародонтиту з  використанням природних факторів  Прикарпаття.

      5. На основі клініко-лабораторних методів обстеження визначити  ефективність застосування запропонованих схем комплексного лікування у найближчі та віддалені терміни спостережень.

    ***Об’єкт  дослідження***– тканини пародонта, слина і кров хворих на гененралізований пародонтит із супутньою сечокам’яною хворобою та без супутніх захворювань.

     ***Предмет дослідження***: патогенетичні механізми, що зумовлюють запально-дистрофічні процеси в пародонті у хворих сечокам’яною хворобою та методи їх лікування і профілактики зі застосуванням природних факторів курорту Трускавець Львівської області.

   ***Методи дослідження*:** епідеміологічні – для визначення розповсюдженості та структури захворювань пародонта; клінічні та рентгенологічні – для оцінки пародонтального статусу; функціональні – для визначення стійкості капілярів ясен та щільності кісткової тканини нижньої щелепи; біохімічні – для визначення в крові вмістумалонового діальдегіду і в слині активності супероксиддисмутази, каталазної активності і вмісту сіалових та аскорбінової кислот; статистичні – для оцінки достовірності отриманих результатів.

       **Наукова новизна одержаних  результатів.**

      Вперше  в результаті епідеміологічного обстеження стану тканин пародонта у хворих сечокам’яною хворобою, що знаходились на санаторно-курортному лікуванні в місті Трускавець Львівської області встановлена висока поширеність (94,6%) та інтенсивність захворювань пародонта: у 62,14% - генералізований пародонтит, у 16,6% - катаральний гінгівіт, що перевищує рівень цих захворювань у одночасно обстежених осіб без сечокам’яної хвороби.

      Встановлені певні особливості клінічного перебігу генералізованого пародонтиту у  пацієнтів з сечокам’яною хворобою у порівнянні з хворими без фонової патології: швидке прогресування патологічного процесу вже в перші роки захворювання сечокам’яною хворобою, значне зменшення щільності кісткової тканини альвеолярного відростка та стійкості капілярів ясен.

       У хворих на генералізований пародонтит на фоні сечокам’яної хвороби встановлене посилення процесів перекисного окиснення ліпідів з одночасним зменшенням рівня природних антиоксидантів, зокрема зменшення вмісту аскорбінової кислоти.

     Обґрунтовані  та розроблені схеми комплексного лікування  та профілактики генералізованого пародонтиту у пацієнтів з сечокам’яною хворобою із використанням природних факторів Прикарпаття. Показана висока ефективність запропонованих схем лікування, яка підтверджена подовженням періоду клінічної ремісії; нормалізацією клініко-рентгенологічних, лабораторних та біохімічних показників.

     На основі проведених клінічних досліджень розроблена математична модель прогнозування  перебігу генералізованого пародонтиту, яка дозволяє більш ефективно  проводити профілактичні заходи.

       **Практичне значення одержаних результатів.**

       Встановленіпоширеність та інтенсивність захворювань пародонта, виявлені особливості клінічного перебігу запальних захворювань пародонта при сечокам’яній хворобі дозволяють організаторам практичної охорони здоров’я розрахувати штатний розпис лікарів-стоматологів для проведення диспансеризації та надання пародонтологічної допомоги цій групі населення.

       Обґрунтоване  патогенетичне застосування Трускавецької  сульфатно-хлоридно-натрієво-магнієво-калієвої мінеральної води джерела №3 - “Броніслава” у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит на фоні сечокам’яної хвороби.

       Розроблені  показання, методика та спосіб лікування  хворих на генералізований пародонтит із застосуванням мінеральної води джерела

№ 3 “Броніслава” курорту Трускавець, озокериту та лазерного зрошення ясен.

       Розроблено  метод оцінки ефективності проведеного  лікування та модель прогнозування  тривалості ремісії і термінів диспансерного  спостереження хворих генералізованим  пародонтитом і сечокам’яною хворобою, що дозволяє практичним лікарям ефективно проводити профілактичну роботу.

       Результати  дисертаційної роботи впроваджено у лікувальний процес стоматологічної поліклініки Львівського національного медичного

університету імені Данила Галицького, на кафедрі стоматології Івано-Франківського державного медичного університету, стоматологічної поліклініки Івано-Франківського державного медичного університету, стоматологічних поліклінік м. Львова, Чернівецької та Волинської областей, в стоматологічних кабінетах санаторіїв курорту Трускавець. Матеріали дисертації впроваджені у навчальний процес на кафедрі терапевтичної стоматології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

       **Особистий внесок здобувача.** Робота виконана в Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького на кафедрі терапевтичної стоматології ФПДО (зав. кафедрою – доктор мед. наук, професор Т. Д. Заболотний).

       Автором особисто проведено інформаційний пошук, вивчено та  проаналізовано наукову літературу з даної проблеми, розроблено програму наукових досліджень, визначені мета та завдання роботи, обрані методики досліджень. Самостійно проведено епідеміологічне обстеження пародонта в хворих сечокам’яною хворобою та у осіб контрольної групи, клінічні та лабораторні дослідження. Розроблено та проведено комплекс лікувальних та профілактичних заходів, аналіз всіх отриманих результатів, їх статистична обробка, а також написання дисертації проведені автором самостійно.

       **Апробація результатів дисертації.** Апробацію роботи проведено на між кафедральному засіданні кафедри терапевтичної стоматології ФПДО та кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького (протокол № 8, від 01.10.2008р.), на засіданні Апробаційної Ради інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика по проблемі "Стоматологія" (протокол № 7, від 25.12.2008р.). Результати проведених досліджень доповідались на  засіданні Львівського осередку Асоціації стоматологів України (Львів, 1999), Всеукраїнській науково-практичній конференції “Нові технології в стоматології і щелепно-лицьовій хірургії” (Харків, 2006), Міжнародній науково-практичній конференції “Актуальні проблеми стоматології” (Львів, 2007).

       **Публікації**. За темою дисертації опубліковано 11 наукових робіт, серед них 9 статей, із яких **7** - у виданнях, рекомендованих ВАК України та 2 у наукових збірниках.

       **Обсяг та структура** **дисертації.** Дисертацію викладено українською мовою на 145 сторінках машинописного тексту. Робота складається із вступу, огляду літератури, розділу “Матеріали і методи дослідження”, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку літератури (419 джерел, в тому числі 356 вітчизняних та 63 зарубіжних авторів). Роботу ілюстровано 41 таблицею, 27 рисунками.

 **ОСНОВНИЙ  ЗМІСТ**

     **Матеріали і методи дослідження.** Для досягненняпоставленої мети та вирішення поставлених завдань використовували епідеміологічні, клінічні, рентгенологічні, функціональні, біохімічні методи досліджень та математичні методи статистичної обробки результатів.

     *Клінічні  обстеження***.** Проведено епідеміологічне обстеженнястанутканин пародонта у 2632 осіб у віці 30-65 років, з яких 1054 хворих сечокам’яною хворобою (СКХ) та 1578 практично здорових осіб. Хворі сечокам’яною хворобою знаходились на санаторно-курортному лікуванні в м. Трускавець Львівської області. Переважну частину обстежених склали особи віком 30-44 роки, хворих із сечокам’яною хворобою – 678 пацієнтів (64,3%), в контрольній групі 1136 осіб (72,0%). Усім хворим проводили повне клінічне обстеження порожнини рота та детально вивчали стан тканин пародонта. При постановці діагнозу захворювання пародонта використовували класифікацію захворювань пародонта за М.Ф.Данилевським (1994). Діагноз уточнювали за допомогою індексу кровоточивості ясен по Loe і Silnes (1963), проби Шиллера – Пісарева. індексу РМА, пародонтального індексу (РІ) та СРІТN. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою індексів: Федорова – Володкиной (1990), швидкості утворення зубного нальоту РFRІ по Axelsson (1982) та інтердентальної гігієни АРІ (1990). Отримані результати вносились у розроблену нами для хворих сечокам’яною хворобою карту-протокол.

         Функціональні дослідження - визначали резистентність капілярів ясен по В. И. Кулаженко (1960) та ультразвукову ехоостеометрію (УЕОМ) на ехоостеометрі марки ЭОМ-01-Ц в “абсолютному режимі”. Передаючий та приймаючий ехосигнал датчики знаходилися на відстані 40 мм один від другого ( Т. В. Никитина, 1980; Т. Д. Заболотний, 1988 ).

        Про стан кістки альвеолярного відростка судили за результатами  рентгенологічного дослідження:  ортопантомографія та внутрішньоротова  контактна рентгенографія здійснювалася згідно показань і стандартизації  рентгенологічних досліджень в стоматології  (Н. А. Рабухина, 1991).

*Біохімічні дослідження***.** Вивчення активності процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантної системи (АО) проводили у 45 хворих генералізованим пародонтитом (ГП) та сечокам’яною хворобою та у 13 практично здорових людей.

          Вміст малонового діальдегіду (МДА) в крові визначали за методом

Р.А. Тимирбулатова та Є.С. Селезньова (1981). В слині визначали: активність супероксиддисмутази (СОД) методом, заснованим на реакції окиснення кверцетину (Ю. И. Костюк и соавт., 1990), каталазну активність мікрометодом (А. Н. Бах, Е. А. Зубкова, 1953), вміст сіалових кислот по реакції з резорцином (Свеннерхольм, 1982), вміст аскорбінової кислоти по методу Фармера та Ейбта (1969).

      Комплексне  лікування ГП проводилось у 130 хворих СКХ та у 65 осіб без фонової патології  у віці 30-44 роки, які були поділені за ступенем тяжкості захворювання на дві групи: І група - хворі ГП початкового - І ступеня (97 осіб) і ІІ група – хворі ГП ІІ ступеня (98 осіб). Кожна з цих груп була поділена на три підгрупи, з яких дві групи порівняння: хворі ГП без виявлених фонових захворювань (К2) і хворі ГП на фоні СКХ (К1) – з тривалістю СКХ до 10 років. Пацієнтів в цих групах лікували традиційними методами. Основну групу склали пацієнти з ГП на фоні СКХ (О), яких лікували в санаторно-курортних умовах за розробленим нами методом комплексного лікування з використанням природних факторів курорту Трускавець.

     Клініко-лабораторне  обстеження проводили  до початку та після  завершення первинного лікування, а також  через 6 і 12 міс.

     Статистичну обробку отриманих  результатів виконували на персональному комп'ютері IBM Intel Pentium 200 з пакетом прикладних програм STATISTICA (О.П. Мінцер та співавт., 2003). Розповсюдженість захворювань пародонта в кожній віковій групі (абсолютний рівень), абсолютний їх приріст, темп приросту вираховували за загальноприйнятою методикою (Стентон Гланц, 1999).

      **Результати  досліджень.** В результаті проведеного епідеміологічного дослідження у м. Трускавець (Львівська область), м. Львові та Львівській області серед хворих сечокам’яною хворобою виявлена найбільш висока розповсюдженість захворювань пародонта – 94,59%, а у людей без фонової патології - 79,85%. Із отриманих результатів видно, що відсоток осіб із здоровим пародонтом в основній групі в 4 рази меньший, ніж в контрольній (5,41% та 20,15%, відповідно). Генералізований пародонтит у хворих сечокам’яною хворобою зустрічався найчастіше – 62,14%, хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) склав 16,60%, у той час, як в контрольній групі ці показники становили відповідно - 40,94% та 22,18%. Пародонтоз діагностовано у 6,26%  осіб основної групи при 4,56% у практично здорових людей. Аналіз отриманих даних дає змогу зробити наступне заключення: сечокам’яна хвороба сприяє раннім проявам та більш швидкому розвитку та інтенсивнішому перебігу катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту.

      Аналіз розповсюдження захворювань пародонта в залежності від віку в осіб із сечокам’яною хворобою та у практично здорових людей показав наступне. Особи зі здоровим пародонтом в основній групі виявлені лише у віці 30-44 роки, в той час, як в контрольній групі у віці 45-54 роки нами виявлено 8,68% осіб із здоровим пародонтом. У віці 30-34 роки осіб із здоровим пародонтом в основній групі в 2,6 рази менше, ніж в контрольній.

      Більш показовим є аналіз основних показників динамічного ряду: розповсюдженість захворювань пародонта в кожній віковій групі (абсолютний рівень), абсолютний їх приріст і темп приросту. Нами виявлено від’ємний приріст осіб із здоровим пародонтом  та ХКГ із збільшенням віку обстежених, але при практично однаковому показнику розповсюдженості ХКГ в основній та контрольній групах у віці 30-34 роки (34,5% та 33,4% відповідно) вже в наступній віковій групі 35-44 роки кількість осіб контрольної групи з діагнозом ХКГ у два рази перевищує таку в основній групі.

      Розвиток ГП характеризується позитивним приростом із збільшенням віку. В основній групі найбільший приріст хворих ГП відбувається в віці 35-44 роки і складає 318 хворих на 1000 обстежених, що в два рази перевищує цей показник в контрольній групі. Темп приросту ГП в основній групі вищий в 1,3 рази. В контрольній групі найвищий приріст цих хворих спостерігався у віці 45-54 роки.

      Проведений  аналіз особливостей розвитку ГП різного ступеня тяжкості в обох групах у віковому аспекті дозволяє зробити висновок, що сечокам’яна хвороба більш агресивно впливає на пародонт в молодому віці, збільшуючи швидкість глибини ураження пародонта в порівнянні з контрольною групою на 25%. Характер перебігу ГП І та ІІ ступеню у осіб обох груп залежав від віку, але в контрольній групі ми спостерігали пряму залежність, а в основній – зворотню. Розповсюдженість ГП ІІІ ступеня також збільшувалась з віком в обох групах, але у хворих СКХ вже у віці від 32 до 39,5 років кількість хворих з цим діагнозом збільшується в 2,3 рази, тоді як в практично здорових людей  тільки в 1,2 раза.

      Наступним етапом дослідження було визначення впливу тривалості СКХ на розвиток ГП та ступінь його тяжкості. Нами встановлено, що СКХ прискорює розвиток патологічних процесів в пародонті,  що проявляється різким зниженням розповсюдженості ГП початкового та І ступеня тяжкості при тривалості основного захворювання до 10 років і значно вищим рівнем розповсюдженості ГП ІІ та ІІІ ступеню при більшій тривалості СКХ.

     Таким чином, враховуючи виявлені особливості перебігу і швидкість розвитку уражень пародонта, слід починати лікування та диспансеризацію таких хворих в ранні терміни захворювання СКХ.

     Вивчення механізмів розвитку захворювань пародонта на фоні СКХ з використанням функціональних досліджень: ехоостеометрії та стійкості капілярів ясен до вакууму дозволило встановити випереджуюче наростання патологічних змін відносно клінічних проявів захворювань пародонта у хворих СКХ по даних функціональних методів обстеження. Співставлення показників ультразвукової ехоостеометрії показало, що її величини при різних захворюваннях пародонта характеризуються певною закономірністю. Порівнюючи ці дані з даними літератури (Т.В.Нікітіна, 1982; Т.Д.Заболотний, 1992) про щільність кісткової тканини нижньої щелепи у практично здорових людей з ураженням пародонта, слід відмітити, що зміни в кістці при цих же формах захворювання у хворих СКХ мали більш виражений характер. Так, при ІІІ ступені ГП у хворих СКХ ехосигнал проходив за 19-21 мкс при 17-18 мкс у людей без фонової патології.

     При вивченні інтенсивності ПОЛ у хворих ГП на тлі СКХ ми виділили дві групи. До першої групи ввійшли особи з низьким вмістом малонового діальдегіду (МДА) в крові – 88,16±2,82 мкг/мг, у другу з високим – 125,40±7,91 мкг/мг.

              У групі з низьким вмістом МДА в крові активність супероксиддисмутази до каталази було вищим ніж у групі з високим вмістом МДА. Вміст сіалових кислот у слині коливається у вікових групах ів залежності від тривалості СКХ. Так, у молодому віці (30-34 роки ) в обох групах та у осіб, що хворіли СКХ 1-5 років, ми виявили високий вміст сіалових кислот, що свідчить про швидку деструкцію тканин пародонта. Цим можна пояснити високу інтенсивність уражень тканин пародонта в хворих СКХ у молодому віці. У віці 35-44 роки концентрація сіалових кислот у слині дещо зменшується, але надалі з віком знову зростає. Концентрація аскорбінової кислоти в слині при високому вмісті МДА в крові була в два рази вищою, ніж в осіб із низькою резистентністю. У практично здорових осіб (контрольна група) підвищення вмісту сіалових кислот відмічалося зі зростанням віку, а в молодому віці цей показник найнижчий. Активність СОД і каталази у здорових осіб була значно нижчою, ніж у хворих СКХ, і знаходилась в межах норми. Вміст аскорбінової кислоти набагато вищий в слині у здорових осіб у всіх вікових групах порівняно з хворими сечокам’яною хворобою. Після лікування в групі, де застосовували комплексне лікування з використанням природних факторів курорту Трускавець, вдалось досягнути активізації ферментів антиоксидантного захисту (СОД та каталази) у слині, знизити рівень вмісту сіалових кислот, що свідчило про значне сповільнення процесів деструкції у тканинах пародонта, а також підвищення концентрації аскорбінової кислоти в слині. У групі, де використовували загальноприйняту методику лікування ГП, показники менш виражено наближались до норми.

 Клінічна оцінка ефективності лікування хворих ГП на фоні СКХ проводилась після повного обстеження і лікування згідно з протоколом обстеження хворих СКХ.

        При оцінці запального процесу по індексу РМА відмічено, що при ГП початкового-І ступеня та при ГП ІІ ступеня у всіх групах показники індексу відповідали “гінгівіту середньої тяжкості”. При ГП  початкового - І ступеня показники індексу РМА знаходяться біля нижньої межі інтервалу “середня тяжкість”, а при ГП ІІ – ступеня рівень РМА вищий на 13% і знаходиться біля верхньої границі інтервалу.

        Індекс інтердентальної гігієни – АРІ, як при початковому - І ступені, так і у пацієнтів з ІІ ступенем відповідає визначенню “задовільний рівень гігієни”. Але слід відмітити, що відсоток осіб з “незадовільним” рівнем гігієни коливається від 7 до 18% в різних групах обстежених, в той час, як  “оптимальний” та “достатній” рівні гігієни дуже низькі: від 0% до 6% і від 6% до 12% відповідно. Таке співвідношення вказує на потребу обстежених хворих в навчанні методики догляду за ротовою порожниною.

      Після обстеження хворих їм була проведена  професійна гігієна, після якої була визначена швидкість утворення  зубного нальоту індекс РFRІ. У осіб із СКХ швидкість утворення зубного нальоту найбільш висока (відповідає V ступеню) і складає від 30% до 57,58%, тобто, така кількість хворих генералізованим пародонтитом мають високий ризик більш швидкого розвитку патологічного загострення, у той час, як у осіб генералізованим пародонтитом без фонових захворювань ці показники вдвоє нижчі і коливаються від 15,62% до 35%. В загальному, в усіх групах індекс РFRІ можна оцінити як високий, що вказує на те, що всі хворі потребують усунення місцевих ушкоджуючих факторів і обов’язкової консультації лікаря - дієтолога.

      Лікування хворих в усіх групах складалося з  місцевих і загальних заходів  та фізіотерапії з обов’язковою санацією порожнини рота, а також навчання правилам гігієни та її контролю. Місцево  проводилось видалення зубних відкладень у супроводі антисептичної обробки ясенного краю, потім виконувалось хірургічне лікування пародонтальних кишень по показаннях, а також вибіркове пришліфовування зубів для вирівнювання оклюзійних взаємовідношень і усунення ранніх точок змикання. У контрольних групах хворих з ГП  лікували загальноприйнятими методами.

Ефективність лікування ГП і прогнозування його подальшого перебігу грунтувалося на об’єктивній  оцінці стану пародонта. Для отримання  об’єктивних показників, необхідних для прогнозування перебігу захворювання, нам був необхідний репрезентативний банк даних різних статистичних показників, що характеризують не тільки стан пародонта, але і результати його лікування. Обстеження хворих проводили за вищезазначеною схемою. Лікування кожного хворого будувалося за принципом індивідуального підходу і складалося з наступних етапів:

#  Початкове лікуванняз наступними заходами:

І. Навчання індивідуальної гігієни порожнини рота і підбір засобів гігієнічного догляду. Проведення ретельної мотивованої індивідуальної гігієни порожнини рота було одним з важливих етапів комплексної профілактики і лікування генералізованого  пародонтиту.

        Запропонована схема індивідуальної гігієни порожнини рота:

      1. Використовувати дві зубні пасти: 1 – з антисептичними добавками (триклозан, хлоргексидин і т.д.) - вранці; 2 – з фітодобавками – відвари і екстракти трав і рослинні масла (ввечері). Через кожні 1,5-2,0 місяці міняти пасти на аналогічні інших фірм виробників, щоб уникнути звикання.

      2. Використовувати зубні щітки  з вираженим активним пучком  і індивідуально підібраним ступенем  жорсткості  щетини (soft або media). Заміна  щіток через 2-2,5 місяці.

      3. Щодня використовувати засоби  інтердентальної гігієни: флоси,  йоршики, монопучкові зубні щітки залежно від стоматологічної ситуації.

     4. Після кожного прийому їжі  виполіскувати порожнину рота.

       Проводили контроль якості гігієни із застосуванням індексу API.

ІІ. Усунення чинників, сприяючих ретенції зубної бляшки, особливо в міжзубних проміжках, що утруднюють проведення професійної гігієни:

* + видалення нависаючих країв пломб;
	+ відновлення контактних пунктів;
	+ полірування шорстких поверхонь пломб;
	+ заміна неякісних пломб;
	+ пломбування каріозних порожнин.

ІІІ. Проведення професійної гігієни порожнини рота по схемі:

* + візуалізація зубних відкладень (color-test), анестезія за показами;
	+ видалення над- і підясенних зубних відкладень – скейлінг;
	+ полірування оголених поверхонь кореня і коронки зуба з постійним зрошуванням мінеральною водою “Броніслава” в основній групі і з застосуванням ополіскувачів, що містять, хлоргексидин, або триклозан і 1% розчин фториду натрію (Flax, Стоматидин) для забезпечення антибактеріального ефекту і десенситайзерної дії в контрольних группах;
	+ усунення травматичних супраконтактів методом вибіркового пришліфовування зубів.

  ІV. Місцеве протизапальне лікування проводилося в 2 етапи:

      1. Після скейлінгу і всього комплексу  гігієнічних процедур призначали  аплікації озокериту – 15 хвилин.

      2. Зрошування мінеральною водою  “Броніслава”  і гідромасаж з  лазерним орошенням ясен.

       У кожне відвідування перевіряли гігієнічний  стан порожнини рота і вносили  відповідні корективи. Всі пацієнти основної групи отримували санаторно-курортне лікування, призначене лікарем-урологом, в т.ч. пили мінеральну воду “Нафтуся”. Лікування і спостереження закінчували тільки після отримання стійких позитивних результатів як клінічних, так і індексної оцінки стану ясен і гігієни порожнини рота.

# *Підтримуюча терапія*

       Повторний огляд пацієнтів проводили через 6-7 та 12-13 місяців із використанням пародонтологічних та гігієнічних індексів і функціональних проб. За необхідністю повторна мотивація пацієнтів до дотримання якісної індивідуальної гігієни і корекція засобів індивідуальної гігієни; професійна гігієна з аналізом стану пломб і реставрацій, особливо в апроксимальних ділянках і їх поліруванням (або заміною).

      При незадовільних результатах обстеження після з'ясування причини загострення  проводили протизапальну терапію  з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і характеру загострення.

      Рентгенологічне і ехоостеометричне обстеження проводили 1 раз на рік, якщо не було загострень або за показами.

      Лікування пацієнтів контрольної групи  проводилося по тій же схемі за винятком п. IV. Протизапальну терапію в контрольних групах проводили із застосуванням антисептичних зрошувань і аплікацій Метрогил-дента, за показами застосовували препарат Імудон (фірма Solvay Pharma, Бельгія). Загальне лікування призначали за узгодженням із лікарями-урологами та терапевтами.

      Клінічна  оцінка ефективності лікування хворих ГП у всіх групах була позитивною, проте, аналіз динаміки індексів, що характеризують інтенсивність запального процесу, стан мікросудин пародонта, рівень гігієни порожнини рота, а також ступінь ризику розвитку загострення процесу був різним і залежав від ступеня тяжкості ГП і комплексу лікувально-профілактичних заходів.

      Результати, отримані до кінця лікування всіх хворих ГП початкового-I ступеня свідчили про достатньо  високу ефективність проведених гігієнічних і лікувальних заходів. Так, інтенсивність запального процесу в основній  групі і в групі К2 зменшилася в 3 рази, а в групі К1 ( хворі з СКХ) лише в 1,5 рази і складала по індексу РМА 23,6%. тобто наближалось до оцінки “середній ступінь гінгівіту”, пацієнти цієї групи мали реальний ризик загострення процесу. Це підтверджується і результатами вивчення антигеморагічного ефекту проведеного лікування.

      До  лікування показники індексу Loe-Silness характеризувалися як “гінгівіт  середньої тяжкості” і “значна кровоточивість” у всіх групах. Після першого етапу лікування кровоточивість знизилася майже в 5 разів в основній і другій контрольній групах, а в першій контрольній групі тільки в 2 рази, тобто стандартні методи лікування ГП для хворих СКХ не є достатньо ефективними. Це підтверджує аналіз проникності стінок мікросудин.

      Після проведеного курсу лікування  висока проникність стінок мікросудин, виявлена у всіх пацієнтів до лікування  значно знизилася, проте рівень її зниження неоднаковий. Так, в основній групі час появи гематоми збільшився після лікування на 9-10 сек., тоді як в першій контрольній групі цей показник був в 2 рази нижчий.

      Високий протизапальний, антигеморагічний і  капіляропротекторний ефект проведеного  лікування в основній групі можна  пояснити патогенетично направленим впливом курортних чинників Трускавця на мікросудинне русло пародонта.

      Враховуючи, що найближчі результати лікування  хворих ГП початкового-І ступеня  оцінювалися через 3-4 тижні після  першого огляду, їх можна розглядати як хорошу прогностичну ознаку і підтвердження ефективності курортних чинників Трускавця в комплексному лікуванні ГП у хворих СКХ.

      Аналіз найближчих результатів лікування хворих генералізованим пародонтитом ІІ ступеня показав, що запропонована  схема лікувально-профілактичних заходів майже в два рази ефективніша, ніж стандартна схема, використана для лікування хворих ГП і СКХ в умовах стоматологічних клінік. Кількість сеансів лікування багато в чому залежала від форми і ступеня тяжкості симптоматичного гінгівіту. У переважного числа пацієнтів спостерігався симптоматичний катаральний гінгівіт, клінічні симптоми якого зникали після полокання водою “Броніслава”, 2-3 сеансів лікування озокеритом і лазерним орошенням. У осіб контрольних груп терміни лікування подовжувалися, кількість відвідин на першому етапі збільшувалася. Курс лікування був довший на 25-30%, у порівнянні з основною групою.

      Повторні  огляди та реєстрацію віддалених результатів  лікування здійснювали через 6-7 місяців  у 195 пацієнтів і через 12-13 місяців  – у 187 хворих генералізованим пародонтитом.

      Практично всі хворі, як в основній, так і в контрольних групах, вже через 6-7 місяців відзначали зниження кровоточивості ясен, зменшення рухомості зубів, зникнення неприємних відчуттів в порожнині рота. Клінічно спостерігалося ущільнення маргінального краю ясен, відсутність або незначна гіперемія ясенних сосочків. Глибина пародонтальних кишень відповідала ступеню тяжкості патологічного процесу, виділення з них були мінімальними, в основному, слизисто-серозного характеру.

      Рентгенологічно стабілізація патологічного процесу у хворих початкового – І ступеню захворювання відмічена у 93,55% хворих основної групи, у 53,00% хворих першої контрольної групи (К1) і 93,75% у пацієнтів другої контрольної групи (К2). При генералізованому пародонтиті ІІ ступеня тяжкості ці показники були 75,76%, 40,00% і 86,87% відповідно.

      Не  дивлячись на отримані сприятливі клініко-рентгенологічні  результати лікування хворих, індексна оцінка стану тканин пародонта, дозволила  конкретніше оцінити пародонтальний статус і індивідуально підійти  до питання про призначення того або іншого виду превентивного лікування.

       Під час епідеміологічного обстеження хворих ГП нами було відмічено, що “слабка” кровоточивість діагностувалася при  значенні індексів РМА і GI характерних  для початкових проявів симптоматичного  гінгівіту середнього ступеню тяжкості, а саме РМА=0,26-0,30 балу або 26%-30%, а GI=1,18-1,30 балів, при цьому, середнє значення гігієнічного індексу API дорівнювало 0,40-0,50 балу (40%-50%), що відповідало “задовільному” гігієнічному стану порожнини рота. Ці інтервали значень індексів нами і були вибрані як еталони потребності хворих ГП початкового-I та II ступеня тяжкості в проведенні протирецидивного лікування.

      Так, на підставі клінічних і індексних  даних в основній групі при  ГП початкового-I ступеня виявлено 6,5% хворих, що потребують превентивного лікування, приблизно така ж кількість хворих була і в другій контрольній групі К2 – 6,3%. У першій контрольній групі (К1) 45% хворих мали різний ступінь тяжкості симптоматичного гінгівіту і потребували протирецидивного лікування, з них 21% хворих потребували вказаного лікування вже до кінця третього місяця. При генералізованому пародонтиті II ступеня запальний процес в пародонті поступово наростав, значення індексу РМА в групі К1 перевищувало аналогічні показники в основній і К2 групах на 48% і 85% відповідно. У основній і контрольній групі К2 ступінь гінгівіту оцінювався як “легкий”, а в групі К1 як “середній” ступінь.

      Паралельно  із запаленням погіршувався стан гігієни  порожнини рота: у основній і в  К2 групах рівень гігієни характеризувався як “оптимальний”, а в контрольній групі К1 він вже відповідав “задовільній” оцінці. У пацієнтів з генералізованим пародонтитом II ступеня у 24% основної групи, у 13% - К2  і у 60% групи К1 при клінічному обстеженні виявлені ознаки загострення, в групі К1 вже через 3 місяці 29% обстежених потребували проведення лікувальних заходів.

      Проведений  аналіз клініко-рентгенологічних і  індексних показників стану тканин пародонта дозволив розробити диференційований підхід до призначення протирецидивного лікування і об’єм лікувально-профілактичних втручань при різному ступені тяжкості ГП.

      Розроблена  методика санаторно-курортного лікування  хворих генералізованим пародонтитом на фоні СКХ  дозволила добитися стійкої  стабілізації дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта через 6-7 місяців: у 94% початкового – I ступеня і 76% II ступеня тяжкості пацієнтів основної групи, тоді як в контрольній групі К1 цей показник складав 53% і 40% відповідно.

      Проведений  аналіз клінічних і індексних  показників стану тканин пародонта після лікування генералізованого пародонтита через 12-13 місяців дозволяє вважати, що ефективність лікування генералізованого пародонтиту в основній групі в 2 рази вище, ніж у таких же пацієнтів контрольної групи К1, тривалість періоду ремісії, в середньому, збільшилася більш, ніж на 6 місяців.

      Цей висновок підтверджується  даними потреби в різних видах лікування. У групі  пацієнтів з СКХ і генералізованим  пародонтитом початкового – I ступеня, пролікованих по запропонованій нами методиці (основна група), 13,8% хворих навіть через 12 місяців не потребували лікування. Ми продовжили термін спостереження за цими пацієнтами і виявилось, що через 13 місяців вони потребували тільки превентивного лікування. 9,7% пацієнтів СКХ і ГП II ступеня не потребували лікування впродовж року, а 54,8% було показане комплексне лікування.

      У першій контрольній групі всі  хворі генералізованим пародонтитом початкового-I та II ступеня в 100% потребували  комплексної терапії в повному  об'ємі вже через 9 місяців, тобто  традиційні методи лікування ГП у хворих СКХ не є достатньо ефективні.

      Таким чином, застосування запропонованого нами комплексу профілактичних лікувально-курортних заходів у хворих СКХ і ГП приводило до стійкого клінічного ефекту. Найближчі і  віддалені клініко-рентгенологічні результати, ехостеометричні дані, показники індексної оцінки стану пародонта у хворих генералізованим пародонтитом початкового-I та II ступеня на фоні СКХ до лікування, на етапах лікування, а також у віддалені терміни спостереження, вирахувані приріст і темп зростання кожного показника за 6-7 і 12-13 місяців дозволили створити математичну модель прогнозування перебігу ГП. Порівняльний аналіз на основі t критерію дослідних і теоретичних характеристик тривалості періоду ремісії при 95% рівні значимості не виявив статистичної достовірної відмінності P>0.05.

      Розроблена  нами модель у вигляді номограми  може бути використана, як  для визначення тривалості періоду ремісії у хворих генералізованим пародонтитом початкового-I і II ступеня тяжкості на фоні СКХ, так і для визначення термінів проведення  протирецидивного лікування і його об’єму.

      Запропонований метод оцінки ефективності проведеного лікування і прогнозування термінів ремісії (номограма) дозволяє визначити  терміни диспансерного спостереження індивідуально для кожного пацієнта, з мінімальною витратою робочого часу лікаря, що поза сумнівом, підвищить ефективність лікування хворих генералізованим пародонтитом і сприятиме профілактиці ускладнень.

      Таким чином, розроблена схема комплексних лікувально-профілактичних заходів пацієнтів курорту Трускавець надала стійкий клінічний ефект у 93,5% хворих СКХ і ГП початкового – I ступенів і у 76% хворих  генералізованим пародонтитом II ступеня. Тривалість ремісії досягала 12-13 місяців, що більш ніж в 1,5 рази вище, ніж у таких же пацієнтів без санаторно-курортного лікування (контрольна група К1).

      Розроблений метод оцінки ефективності лікування  ГП і прогнозування тривалості ремісії, що проводиться, дозволяє визначити  терміни диспансерного спостереження, уникнути загострення патологічного процесу і сприяє профілактиці ускладнень. Метод простий, доступний, економить час лікаря-стоматолога і може бути рекомендований до впровадження в лікувальних установах будь-якого рівня, де лікуються хворі на генералізований пародонтит із сечокам’яною хворобою.

 **ВИСНОВКИ**

У дисертації представлено теоретичне обґрунтування та удосконалене рішення актуальної задачі сучасної стоматології – підвищення ефективності профілактики і лікування генералізованого пародонтиту в хворих сечокам’яною хворобою на підставі визначення особливостей розвитку захворювання, розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів з використанням санаторно-курортних чинників Прикарпаття.

     1. Поширеність захворювань пародонта у хворих сечокам’яною хворобою  дуже висока і досягає 94,6%, що на 14,7% вище, ніж у осіб без супутньої загальної патології. Найбільш поширеними є генералізовані захворювання пародонта: генералізований пародонтит – 62,14% і хронічний катаральний гінгівіт – 16,6%. Інтактний пародонт виявлений у 5,4% обстежених, що в 3,7 рази менше, ніж у пацієнтів без сечокам’яної хвороби.

     2. Особливості перебігу та тяжкість  генералізованих захворювань пародонта у хворих сечокам’яною хворобою залежать від давності основного захворювання більше ніж від віку пацієнтів. Генералізований пародонтит у осіб із сечокам’яною хворобою виникає в перші роки основного захворювання і характеризується швидким переходом початкових стадій у тяжчі з частими загостреннями та вираженою прогресуючою деструкцією кісткової тканини.

     3. В осіб із генералізованим пародонтитом при сечокам’яній хворобі порушення процесів перекисного окиснення проявилось у частини хворих у значному підвищенні вмісту малонового діальдегіду в крові, а в інших – у його зниженні. Проте в усіх хворих встановлено підвищення в слині активності супероксиддисмутази і значне зменшення концентрації аскорбінової кислоти. Вміст сіалових кислот коливався залежно від віку хворих та тривалості сечокам’яної хвороби і свідчив про інтенсивні процеси деструкції тканин пародонта вже в молодому віці при тривалості фонового захворювання 1-5 років.

     4. Розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів з використанням санаторно-курортних чинників курорту Трускавець виявився ефективним у 100% хворих на генералізований пародонтит з супутньою сечокам’яною хворобою (основна група): показники протизапального, капіляропротекторного і антигеморагічного ефектів в них були в 2 рази вищі, ніж в контрольній групі. Розроблена схема комплексних лікувально-профілактичних заходів надала стійкий клінічний ефект при генералізованому пародонтиті початкового – першого ступеню у 93,5%, при генералізованому пародонтиті другого ступеню - у 76% хворих.

     5.Розроблений метод оцінки ефективності лікування генералізованого

пародонтиту і прогнозування тривалості ремісії, дозволяє визначити терміни диспансерного спостереження, уникнути загострення патологічного процесу і сприяє  профілактиці ускладнень. Метод простий, доступний, економить час лікаря-стоматолога і може бути рекомендований до впровадження в лікувальних установах будь-якого рівня, де лікуються хворі генералізованим пародонтитом із сечокам’яною хворобою.

 **ПРАКТИЧНІ  РЕКОМЕНДАЦІЇ**

 1. Запропонована методика лікування генералізованого пародонтиту в осіб із сечокам’яною хворобою не викликає побічних реакцій, проста та економічна і рекомендується до використання у стоматологічних відділеннях в  санаторіях та поліклініках курортів Прикарпаття. Схема профілактики повинна використовуватись на преморбідних та ранніх стадіях, а також у період ремісії захворювань пародонта у хворих сечокам’яною хворобою.

      2. Запропонована схема диспансерного спостереження, терміни

контрольних  оглядів і об’єм гігієнічних  і лікувально-профілактичних заходів сприяють стабілізації процесу, подовженню термінів ремісії і профілактиці ускладнень. Номограма диспансеризації може бути використана лікарями-стоматологами в стоматологічних установах будь-якого рівня, де проводять лікування хворих генералізованим пародонтитом.

     3. Всі хворі сечокам’яною хворобою, особливо у молодому віці, повинні  бути на диспансерному обліку  у лікаря-стоматолога з перших  днів встановлення діагнозу – “сечокам’яна хвороба”, незалежно від стану пародонта на момент обстеження. У хворих генералізованим пародонтитом початкового - I ступеня на фоні сечокам’яної хвороби лікар-стоматолог повинен здійснювати профілактичний диспансерний нагляд 2 рази на рік, у пацієнтів з генералізованим пародонтитом II ступеня – не менше одного разу в квартал.

##

##  СПИСОК  ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Немеш  О. М. Використання препарату  імудон у лікуванні запальних захворювань пародонту / О. М. Немеш, А. М. Романишин, І. В. Шилівський // АСТА МЕDІСА LЕОРОLIENSІА. - 2002. - Т.8, №2. – С. 19-21. *Дисертантом здійснено обстеження та лікування хворих, проведено аналіз отриманих результатів та підготовано статтю до друку. Співавтори: доцент*

*О. М. Немеш надала консультативну допомогу і провела загальне редагування; старший лаборант кафедри А. М. Романишин виконав комп’ютерний набір статті.*

2. Шилівський  І. В. Стан пародонту у хворих  із сечо-кам’яною хворобою / Шилівський  І.В. // Галицький лікарський вісник. - 2003. - Т.10, №1, ч. 2. –

С. 166-169.

3. Шилівський  І. В. Гігієнічний стан порожнини  рота у хворих на сечо-кам’яну  хворобу / І. В. Шилівський // Практична медицина. — 2004. – Т. 10, №1. - С.100-103.

4. Шилівський І. В., Немеш О. М., Васьків Н. Б. Важкість перебігу

генералізованого пародонтиту у хворих із сечокам’яною хворобою / Стомато-логічні новини: збірник праць з актуальних  проблем стоматології. – Вип. 4-5. -  Львів, 2004-2005. - С.60-63. *Дисертантом особисто здійснено клінічне обстеження хворих, проведено аналіз та статистичну обробку отриманих результатів і підготовано статтю до друку. Співавтори: доцент*

*О. М. Немеш провела загальне редагування статті; лікар-стоматолог*

*Н. Б. Васьків виконала комп’ютерний набір.*

5. Шилівський І. В. Особливості клінічного перебігу генералізованого

пародонтиту  у хворих  на сечокам’яну хворобу  / І. В. Шилівський,

О. М. Немеш, Н. Б.  Васьків // Практична медицина. - 2006. Т. 12, №2. –

С. 106-108. *Дисертантом особисто здійснено клінічне обстеження хворих, проведено аналіз отриманих результаті, статистичну обробку отриманих результатів та підготовано статтю до друку. Співавтори: доцент*

*О. М. Немеш провела загальне редагування статті;  лікар-стоматолог*

*Н. Б. Васьків виконала комп’ютерний набір.*

6. Заболотний Т. Д. Щільність кісткової тканини у хворих із сечокам’яною

хворобою / Заболотний Т. Д., Шилівський  І. В., Немеш О. М. // Імплантологія,  пародонтологія, остеологія. - 2006. - №1. – С. 98-99. *Дисертантом особисто здійснено клінічне обстеження хворих, проведено аналіз отриманих результатів і підготовано статтю до друку. Співавтори: професор Т. Д. Заболотний надав консультативну допомогу та провів загальне редагування статті; доцент О. М. Немеш допомогла виконати статистичну обробку отриманих результатів.*

7. Зв’язок  захворювань пародонта з загальносоматичною  патологією. / Немеш О. М., Гонта  З. М., Шилівський І. В., Скалат  А. П. // Новини стоматології – 2006. - № 2. - С. 34-37. *Дисертантом особисто здійснено пошук і аналіз літературних джерел та написання статті. Співавтори: доцент О. М. Немеш провела загальне редагування статті; асистент З. М. Гонта допомогла  провести аналіз літературних джерел; асистент А. П. Скалат виконала комп’ютерний набір.*

8. Шилівський І. В. Лікувальні властивості мінеральних вод та їх

застосування  у комплексній терапії захворювань  пародонту / Шилівський

І. В., Немеш  О.М.  // Імплантологія, пародонтологія, остеологія. – 2006. –

№ 2. –  С. 78-80. *Дисертантом особисто здійснено* *пошук і аналіз літературних джерел та написання статті. Співавтор доцент О. М. Немеш провела  загальне редагування  статті.*

9. Шилівський  І. В. Індексна оцінка стану  тканин пародонту у хворих  із сечокам’яною хворобою / Шилівський І. В. // Новини стоматології. –  2006. - № 4. - С. 78-81.

10. Озокеритотерапія в комплексному лікуванні хвороб пародонту / Марков А. В., Гонта  З. М., Шилівський І. В., Тлустик  Л. І. // Стоматологічні новини: збірник  праць з актуальних проблем стоматології. – Львів, 2006 - 2007. – Вип. 6-7. – С. 31. *Дисертантом проведено лікування хворих та написання статті. Співавтори: асистент к.м.н. А. В. Марков провів загальне редагування статті; асистент Гонта З. М. допомогла в оформленні статті; клінічний ординатор Л. І. Тлустик виконав комп’ютерний набір.*

11. Шилівський І. В. Прогнозування тривалості ремісії і термінів

диспансерного спостереження хворих генералізованим пародонтитом та

сечокам’яною хворобою / І. В. Шилівський // Практична медицина. – 2008. – Т. 14, № 6. – С. 79-83.

##

##  АНОТАЦІЯ

     **Шилівський  І.В. Використання природних  факторів Прикарпаття  в комплексному лікуванні  захворювань пародонта  у хворих сечокам’яною хворобою.** – Рукопис.

      Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, 2009.

       Обстежено 1054 хворих сечокам’яною хворобою, серед яких  частота захворювань пародонта склала 94,6%, що на 14,7% більше ніж у осіб такого самого віку у цьому ж регіоні, але без сечокам’яної хвороби. Найчастіше у осіб із сечокам’яною хворобою діагностували генералізований пародонтит (62,14%) та хронічний катаральний гінгівіт (16,60 %). Вивчено особливості клінічного перебігу захворювань пародонта при сечокам’яній хворобі, які полягають у швидшому переході ранніх стадій захворювання в більш тяжкі, у всіх вікових групах у порівнянні з обстеженими без фонової патології. Вивчено функціональний стан судин пародонта, щільність кісткової тканини, інтенсивність процесів перекисного окиснення ліпідів та стан антиоксидантної системи у хворих сечокам’яною хворобою.

     Комплекс лікувальнопрофілактичнихзаходів з використанням природних факторів курорту Трускавець (озокеритотерапія, лазерне орошення ясен, гідромасаж та полоскання ротової порожнини мінеральною водою “Броніслава” джерела № 3) ефективний у 100% пацієнтів основної групи. Запропоновані схеми комплексних лікувально-профілактичних заходів для пацієнтів курорту Трускавець надали стійкий клінічний ефект у 93,5% хворих сечокам’яною хворобою із генералізованим пародонтитом початкового – I ступеня і у 76% хворих  генералізованим пародонтитом II ступеня.

     Тривалість  ремісії досягала 12-13 місяців, що більш  ніж в 1,5 рази вище, ніж у таких же пацієнтів без санаторно-курортного лікування.

      ***Ключові слова***: генералізований пародонтит, хронічний катаральний гінгівіт, сечокам’яна хвороба, комплексне лікування та профілактика, мінеральна вода “Броніслава” джерела № 3 курорту Трускавець.

######

######  АННОТАЦИЯ

**Шиливский И.В. Использование природных факторов Прикарпатья в комплексном лечении заболеваний пародонта у больных мочекаменной болезнью. –** Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, 2009.

Диссертационная работа посвящена проблеме комплексного леченияи профилактики генерализованного  пародонтита у больных мочекаменной болезнью с использованием природных факторов курорта Трускавец, в том числе минеральной воды “Бронислава” источника № 3.

            Обследовано 1054 больных мочекаменной болезнью, среди которых частота болезней пародонта составила 94,6%, что на 14,7% больше, чем у людей аналогичной возрастной группы в этом регионе, но без мочекаменной болезни. Наиболее часто у больных мочекаменной болезнью диагностировали генерализованный пародонтит (62,14%) и хронический катаральный гингивит (16,60%).

            Изучены особенности клинического течения заболеваний пародонта у больных с мочекаменной болезнью в возрасте от 30 до 64 лет, которые состоят в более быстром переходе начальных стадий заболевания в более тяжелыепо сравнению с лицами аналогичного возраста, нобез фоновой патологии. У больных мочекаменной болезнью изучено функциональное состояние тканей пародонта с помощьювакуумной пробы и показателей плотности костной ткани (данные ультразвуковой эхоостеометрии).

           При развитии генерализованного пародонтита на фонемочекаменной болезни установлены изменения активности процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в крови и слюне: повышение активности супероксиддисмутазы, значительное уменьшение концентрации аскорбиновой кислоты. Количество сиаловых кислот колебалось в зависимости от возраста больных и длительности мочекаменной болезни, и свидетельствовало об интенсивных процессах деструкции тканей пародонта в молодом возрасте и при длительности фонового заболевания 1-5 лет.

Разработанный и апробированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий с использованием природных факторов курорта Трускавец (озокеритотерапия, лазерное орошение десен, гидромассаж и полосканиеполости рта минеральной водой “Бронислава” источника № 3) оказался эффективным у 100 % больных генерализованным пародонтитом с мочекаменной болезнью по сранению с использованными стандартными методами лечения в группе сравнения.

         Предложенные нами схемы комплексных  лечебно-профилактических мероприятий для пациентов курорта Трускавец дали стойкий терапевтический эффект у 93,5% больных мочекаменной болезнью с генерализованным пародонтитом начальной- І степени и у 76% больных генерализованным пародонтитом ІІ степени. Продолжительность ремиссии у этих пациентов достигала 12-13 месяцев, что в 1,5 раза выше, чем у пациентов группы сравнения.

        Разработанный метод оценки эффективности лечения генерализованного пародонитита и прогнозирование длительности ремиссии (номограмма) дает возможность определить сроки диспансерного наблюдения, не допустить обострения в течении заболевания, а также способствует профилактике осложнений.

          **Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, хронический катаральный гингивит, мочекаменная болезнь, комплексное лечение и профилактика, минеральная вода “Бронислава” источника № 3 курорта Трускавец.

 **Summary**

**Shylivsky I.V. Usage of natural factors of Prykarpattya in the complex treatment of periodontal diseases of persons suffering from urolithiasis. –**Manuscript.

       Dissertation for the Candidate of Medical Degree in speciality 14.01.22 – Stomatology. –National Medical Academy of Post**-**Graduate named after P. L. Shupik, Kyiv, 2009.

       Examination was carried out with 1054 patients suffering from urolithiasis between them the frequency of periodontal diseases was 94,6% which is higher for 14,7% than of persons of the same age in this region, who don’t suffer from urolithiasis. Mostly patients suffering from urolithiasis was diagnosed generalized periodontitis (62,14%) and chronic cataral gingivitis(16,60%).

       The specialities of clinical course of generalized periodontal diseases of people suffering from urolithiasis were studied. These specialities consist in faster transition from early phase to more difficult phase. It was noticed in all age groups regarding to examined patients without background pathology.

       The functional state of periodontal tissues of people suffering from urolithiasis was studied regarding to Kulazhenko’s test and tissues density regarding to results of ultrasound echo-osteometria and X-ray radiography. The study of lipid peroxydation and antyoxidant defence processes in blood and saliva.

       The developed complex of medical – prevenative actions with usage of natural factors of health resort Truskavets was effective in 100% of patients of the main group.

       The schemes, which we offered for patients of health resort Truskavets were effective in 93,5% of people suffering from urolithiasis and generalized periodontitis the initial and first phase and 76% of patients of generalized periodontitis second phase

       The term of remission was 12-13 months, which is higher in 1,5 times as in patients without sanitary-resort treatment.

       **Key words:** generalized periodontitis**,** chronic cataral gingivitis, urolithiasis, complex treatment and prevention, mineral water “Bronislava” spring № 3 of health resort Truskavets.

Підписано до друку 12.08.09 р.

Формат 61х86.16. Умовн. друк. арк. 0,9. Зам. 081-27

Друк офсетний. Наклад 100 прим.

Друкарня ЛНМУ імені Данила Галицького

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>