

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

РЯБУШКО НАТАЛІЯ ОЛЕКСІЇВНА

УДК: [616.314-77-071:616.12-005.4]-003.96

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ПОКРАЩЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ЗУБНИХ
ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Полтава – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Дворник Валентин Миколайович**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією, завідувач.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Павленко Олексій Володимирович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, кафедра стоматології, завідувач;

- доктор медичних наук, професор **Макєєв Валентин Федорович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра ортопедичної стоматології, професор.

Захист відбудеться « _____ » _____ 2016 року о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України (м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

Автореферат розіслано « _____ » _____ 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є підвищення функціональної ефективності знімних протезів. Це підтверджується тим, що за останнє десятиліття помітна чітка тенденція до значного збільшення кількості хворих, які потребують знімних конструкцій зубних протезів, досягаючи 80% у старших вікових групах (Иордашвили А.К., 2011).

Починаючи з середини 50-х років минулого століття, поширення хвороб системи кровообігу в більшості країн світу набуло епідемічного характеру. Вони займають перше місце в структурі смертності громадян України (62,5%), на кілька порядків випереджаючи смертність від злоякісних новоутворів. Крім того, відбувається щорічне зростання показників, які характеризують серцево-судинну патологію (Лепилин А.В., 2003; Коваленко В.М., 2005; Айстраханов Д.Д., 2007).

Згідно з експертними оцінками ВООЗ ішемічна хвороба серця – одна з найпоширеніших патологій і основних причин смертності. За останні 10 років в Україні поширеність і захворюваність на ІХС зросли у два рази (Чепелевська Л.А., 2012; Бачинська І.В., 2013). За прогнозом Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2030 року смертність від серцево-судинних хвороб складатиме 23,6 млн. осіб. У нашій країні у 2011 році серцево-судинні хвороби діагностовано у 26,1 млн. осіб, тобто в 57,5% усього населення, із них 9,6 млн. людей працездатного віку (Корнацький В.М., 2008; Коваленко В.М., 2012).

Цілісність організму – це ієрархія великої кількості взаємопов'язаних функціональних систем, побудована за принципом багатоланкової, послідовної взаємодії, й ушкодження однієї з них обов'язково призводить до порушення діяльності іншої. Підкреслимо, що зміни в тканинах протезного ложа повністю відображають стан організму в цілому (Горбачева Л.А., 2007; Черета В.В., 2014; Kelly J.T., 2013; Marfil-Alvarer R., 2014).

Однак, нині практично відсутні дані про вплив цієї хвороби на стан слизової оболонки порожнини рота і зміни складових ротової рідини, зокрема активності *a*-амілази і вмісту *a*-дефензину (Ericssen B., 2005; Newton J.T., 2006), що впливає на процес адаптації до знімних конструкцій зубних протезів, ерозії, виразки, крововиливи, сухість і набряк язика, а в тяжчих випадках на його поверхні утворюються ділянки почервоніння неправильної форми й афти (Canaan T.J., 2005; Pressman G.S., 2015).

Несприятливі клінічні умови протезного ложа, якість матеріалу базису протеза, функціональні, мікробіологічні, імунологічні фактори - це ланки єдиного патогенетичного механізму, які можуть упливати на порушення процесу адаптації до знімних конструкцій зубних протезів (Андрійців С.С., 2004; Nargi C., 2007). Не менш важливий пошук шляхів зниження інтенсивності процесів атрофії тканин протезного ложа, вдосконалення методів виготовлення знімних протезів, покращення складових компонентів,

які визначають гомеостаз порожнини рота, і розробка заходів, спрямованих на поліпшення умов адаптації до знімних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця, що і зумовлює актуальність наукової роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією «Нові технології, нові і удосконалені зуботехнічні матеріали реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», державний реєстраційний № 0111U006304. Авторка є безпосереднім виконавцем фрагмента зазначених досліджень.

Мета дослідження – покращити умови процесу адаптації до знімних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця за рахунок додаткового включення до складу реабілітаційних заходів патогенетично обґрунтованого лікувально-профілактичного комплексу.

Для досягнення поставленої мети визначені такі **завдання**:

1. Установити морфологічні зміни в тканинах окремих ділянок протезного ложа і привушних слинних залозах у хворих на ішемічну хворобу серця.
2. Дослідити стан мікроциркуляторного русла протезного ложа у хворих на ішемічну хворобу серця.
3. Дослідити показники нестимульованої ротової рідини для обґрунтування і розробки лікувально-профілактичного комплексу.
4. На підставі клініко-лабораторних досліджень оцінити ефективність розробленого лікувально-профілактичного комплексу, спрямованого на покращення умов адаптації до знімних конструкцій зубних протезів.

Об'єкт дослідження – процес адаптації до знімних конструкцій зубних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця.

Предмет дослідження – ефективність розробленого патогенетично обґрунтованого лікувально-профілактичного комплексу, спрямованого на покращення умов адаптації до знімних конструкцій зубних протезів.

Методи дослідження. Клінічні (збір та оцінка скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження) – для встановлення загальносоматичного і стоматологічного статусів пацієнтів; гістологічні – для визначення змін у тканинах твердого піднебіння, міжзубних ясенних сосочках і привушних слинних залозах, пов'язаних з ішемічною хворобою серця; фізичні (комп'ютерна реовазографія і термометрія) – для визначення ступеня порушень мікроциркуляторного русла слизової оболонки верхньої щелепи; лабораторні (визначення активності *a*-амілази і вмісту *a*-дефензину в ротовій рідині) – для встановлення порушень ферментативної й імунологічної ланок ротової рідини; статистичні – для оцінки вірогідності отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів. Уперше виявлені зміни морфологічної структури тканин окремих ділянок слизової оболонки порожнини рота і привушних слинних залоз, які виникають при ішемічній хворобі серця.

Виявлені атеросклеротичні ураження не тільки судин серця, що є головною причиною виникнення ішемічної хвороби серця, а й судин голови і шиї. Досліджені зміни мікроциркуляторного русла окремих ділянок слизової оболонки порожнини рота дозволили встановити взаємозумовлені зв'язки їх із функціональними і морфологічними порушеннями.

Визначені зміни імунологічних і ферментативних властивостей ротової рідини й обґрунтовано причини погіршення адаптації до знімних конструкцій зубних протезів у хворих з ішемічною хворобою серця.

На підставі клінічних і лабораторних досліджень розроблено патогенетично обґрунтований комплекс лікувально-профілактичних заходів для покращення умов адаптації до знімних конструкцій зубних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця.

Практичне значення отриманих результатів. Проведені клінічні та лабораторні дослідження дозволили підвищити якість ортопедичного лікування знімними конструкціями зубних протезів пацієнтів з ішемічною хворобою серця і покращити процес адаптації до них.

За допомогою гістологічного дослідження привушної слинної залози, твердого піднебіння, міжзубного ясенного сосочка в померлих з ішемічною хворобою серця встановлені стереотипні зміни, викликані насамперед гіпоксичним станом тканин як наслідком хронічної серцево-судинної недостатності, що слід ураховувати при визначенні обсягу лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів, які потребують протезування.

Розроблений пристрій для фіксації ясенних електродів при проведенні реопародонтографії (Деклараційний патент України на корисну модель №91762 U, МПК А61С 9/00, заявл. 06.03.14, опубл. 10.07.14, Бюл. №13) дозволяє індивідуально пристосовувати його до слизової оболонки порожнини рота кожного пацієнта. Спосіб проведення реовазографії регіонарних судин порожнини рота (Деклараційний патент України на корисну модель №91763 U, МПК А61С 9/00, заявл. 06.03.14, опубл. 10.07.14, Бюл. № 13) дає можливість об'єктивно оцінити стан мікроциркуляторного русла протезного ложа. Задекларований оригінальний спосіб визначення ступеня адаптації до знімних конструкцій зубних протезів (Деклараційний патент України на корисну модель № 101852 U, МПК А61С 13/00, заявл. 15.12.14, опубл. 12.10.15, Бюл. № 19) необхідно застосовувати для прискорення строків адаптації, визначення її якості та прогнозування подальшої тактики лікаря.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено:

- в навчальний процес кафедри ортопедичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; кафедри ортопедичної стоматології Харківського національного медичного університету; кафедри ортопедичної стоматології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; кафедри післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів, пропедевтики ортопедичної стоматології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»;

- у клінічну практику обласної стоматологічної поліклініки м. Дніпропетровська; міської стоматологічної поліклініки №4 м. Дніпропетровська; КЗ «Криворізька міська стоматологічна клінічна поліклініка №1 Дніпропетровської обласної ради»; Університетського стоматологічного центру Харківського національного медичного університету; навчально-науково-лікувального підрозділу ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійно завершеним дослідженням авторки, яка виконала літературний пошук, систематизувала і проаналізувала наукову літературу за обраною темою, провела клінічні та лабораторні дослідження, проаналізувала й узагальнила отримані результати. Під керівництвом наукового керівника сформульовані мета і завдання наукового дослідження, основні положення роботи, висновки і практичні рекомендації. Авторка самостійно розробила і застосувала пристрій і спосіб проведення реовазографії регіонарних судин тканин протезного ложа, виконала клінічну і частину морфологічних досліджень, провела статистичне обчислення отриманих результатів.

Лабораторні дослідження виконані за сприяння і консультаційної допомоги працівників Науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава (зав. - д.мед.н., професор Весніна Л.Е.).

В опублікованих працях разом зі співавторами особистий внесок здобувачки складає рівномірну частку науково-практичної участі кожного співавтора. Здобувачка самостійно проаналізувала й узагальнила результати дослідження і виклала їх у вигляді рукопису дисертаційної роботи.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень та основні положення дисертації викладено й обговорено на Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 2014); науково-практичній конференції «Гофунговські читання» (Харків, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми стоматології» (Львів, 2015); на засіданнях кафедри ортопедичної стоматології і вченої ради стоматологічного факультету ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (Полтава, 2016).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 12 наукових праць, із них 7 статей у наукових фахових журналах, рекомендованих ДАК України, в тому числі 1 стаття в закордонному виданні та 1 стаття у журналі, що індексується базою Scopus; 1 тези в збірнику матеріалів конференції. Отримано 3 патенти на корисну модель та 1 авторське право на твір.

Структура та обсяг дисертації. Робота виконана на 159 сторінках принтерного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, чотирьох розділів власних досліджень, розділу аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку використаної

літератури, що містить 255 літературних джерел (170 кирилицею та 85 латиницею). Дисертація ілюстрована 32 рисунками та містить 14 таблиць.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети ми обстежили 81 пацієнта віком від 42 до 67 років.

I (основну) групу склали 53 пацієнти, яким було проведено ортопедичне лікування знімними конструкціями зубних протезів (частковими знімними пластинковими протезами) і які мали в анамнезі основну хворобу - ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги стабільна, ФК II – ФК III.

II група – 31 пацієнт, які пройшли комбіноване лікування спільно з кардіологом (антитромбоцитарна терапія і стоматологічне лікування) і яким призначали лікувально-профілактичний комплекс.

До контрольної групи було залучено 28 осіб віком від 42 до 60 років, які належали до II групи здоров'я за класифікацією ВООЗ, тобто були практично здорові та не мали тяжкої загальносоматичної патології. Також на момент обстеження вони не вживали лікарських засобів, які могли би вплинути на клінічну картину в порожнині рота і стан рН, активність *a*-амілази і вміст *a*-дефензину в ротовій рідині.

Мікроскопічне дослідження проводили на базі кафедри патологічної анатомії із секційним курсом ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Фізичні та біохімічні властивості ротової рідини вивчали на базі державної установи «Науково-дослідний інститут генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики», м. Полтава.

Стоматологічне обстеження і лікування проводили на базі кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

До дослідження і протезування залучали тільки тих хворих, у яких стан серцево-судинної системи констатували як такий, що відповідає терміну реабілітаційного відновного лікування. У дослідження не включали хворих, які потребують довготривалого лікування в стаціонарі та багатоетапних хірургічних втручань.

Під час обстеження пацієнти підлягали клінічним і спеціальним методам дослідження (ангіографія судин серця, голови та шиї, термометрія і реовазографія).

Реографічні дослідження проводили за допомогою тетраполярного двоканального реографа «Ригина» (Росія) і шестиканального електрокардіографа «ЭЛКАР» (м. Санкт-Петербург, Росія). Дані про стан кровообігу в регіонарних судинах отримували за допомогою запропонованих нами електродів власної конструкції (патент на корисну модель України №91762 і №91763 від 10.07.2014). Термометричному дослідженню підлягала слизова оболонка перехідної складки із вестибулярної поверхні альвеолярних

відростків нижньої та верхньої щелеп і передньої третини твердого піднебіння безконтактним інфрачервоним термометром HEACO DT-8806S (Англія).

Клінічна стоматологічна частина охоплювала вивчення скарг хворого, анамнезу захворювання й об'єктивне обстеження: зовнішній огляд пацієнта, огляд порожнини рота, оцінка стану слизової оболонки порожнини рота, реовазографія, термометрія, лабораторні дослідження, що включали визначення активності α -амілази та вмісту α -дефензин (M.D. Howell, 2006).

Водневий показник ротової рідини (рН) визначали за допомогою лакмусового паперу з градуйованою кольоровою шкалою рН 5,6-8,0 із комплекту фармакологічного препарату «Уралит» («Madaus», Німеччина) (К.Э. Совцова, 2008).

Особливу увагу звертали на виявлення супутньої патології та хворих, які описували скарги клінічної картини хвороб серцево-судинної системи.

Під час опитування виявляли хворих, які мали верифікований діагноз «ішемічна хвороба серця». На момент дослідження всі хворі з підтвердженим діагнозом «ІХС, стенокардія напруги стабільна, ФК II – ФК III» отримували стандартну базову терапію (антиагрегаційні препарати, бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ, статини), призначену лікарем-кардіологом на підставі міжнародних критеріїв і стандартів діагностики та лікування МОЗ України, у відділенні інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні на базі кафедри хірургії №1 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Ротову порожнину оглядали за загальноприйнятою схемою, яка охоплює огляд присінка ротової порожнини, власне ротової порожнини, визначення ступеня відкриття рота.

При об'єктивній оцінці стану зубних рядів і окремих зубів звертали увагу на вид прикусу, наявність дефектів зубних рядів, кількість наявних пар зубів-антагоністів, вторинні деформації зубних рядів, наявність зубних протезів і їх відповідність вимогам, рухомість зубів, наявність пломб та їхній стан.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою пакета прикладних статистичних програм «SPSS for Windows 10.0» і «STATISTICA 5,5».

Результати дослідження та їх обґрунтування. Для вирішення поставлених завдань виконана мікроскопія привушної слинної залози, слизової оболонки твердого піднебіння, міжзубного ясенного сосочка померлих, які страждали за життя на хронічну ішемічну хворобу серця, стабільну стенокардію напруги, ФК II – ФК III. У досліджуваних структурах при хронічній ішемічній хворобі серця спостерігаються стереотипні зміни, викликані насамперед гіпоксичним станом тканин, як наслідок хронічної серцево-судинної недостатності.

У привушній слинній залозі наявні атрофічні зміни паренхіматозного компонента, що проявилися зменшенням розмірів кінцевих відділів і

часточок залози. Водночас відбувалося збільшення відносної кількості стромального компонента у вигляді надлишкового розростання волокнистої сполучної і жирової тканини в міжчасточкових прошарках і всередині часточок. Через надлишкове розростання сполучної тканини вивідні протоки стенозуються, а дистальніше місця звуження розширюються.

У венозних кровоносних судинах спостерігалися явища повнокров'я, підвищення проникності як наслідок загального венозного повнокров'я. В артеріальних судинах потовщувалися стінки і звужувалися просвіти, що стає наслідком артеріальної гіпертензії - частого супутника ішемічної хвороби.

У покривному епітелії твердого піднебіння слабшали регенераторні властивості епітелію, про що свідчить зменшення кількості мітотичних фігур у базальному шарі. Наявні зміни у власній пластинці слизової оболонки і підслизовій основі.

Найменше виражені зміни при хронічній ішемічній хворобі спостерігалися в ясенному сосочку, це переважно явища атрофії, зниження регенераторної активності епітелію і зміни кровоносних судин, аналогічні описаним вище.

Для формування клінічних груп ми відібрали 84 хворих, яким проводилася коронарографія і які перебували на лікуванні в Полтавській обласній клінічній лікарні ім. М.В. Скліфосовського.

Оцінивши низку поліпроекційних коронарограм кожного хворого, ми отримали такі дані: в 53 (63,1%) пацієнтів виявлені гемодинамічно значимі стенози (50-100% перекриття просвіту вінцевої артерії), у 28 (33,3%) – гемодинамічно незначимі стенози (до 50% перекриття просвіту коронарної артерії), а в 3 (3,6%) осіб були зафіксовані випадки патологічної звитості вінцевих судин.

З огляду на це ми розподілили хворих на такі групи: 53 хворих, яким було підтверджено діагноз «ішемічна хвороба серця», були віднесені до основної групи; 28 хворих, які не мали ураження судин серця й інших соматичних патологій (II група здоров'я за ВООЗ), – до контрольної. Троє пацієнтів, які мали оклюзію судин не атеросклеротичного ураження, були виключені з дослідження.

Для встановлення змін кровонаповнення і кровопрохідності гілок зовнішньої сонної артерії ми провели ангіографічні дослідження 53 пацієнтів із підтвердженим діагнозом ІХС. За результатами селективних артеріографій сонних артерій було встановлено, що у 40 хворих (75%) був гемодинамічно значимий стеноз (50-95%) проксимального відділу зовнішньої сонної артерії з одного боку.

Нами також були виявлені зміни в гілках зовнішньої сонної артерії: в 8 хворих (15,1%) – оклюзію або субоклюзію (стеноз, що на 95% перекриває просвіт судини) верхньощелепної артерії з одного боку; в 5 хворих (9,4%) – оклюзію або субоклюзію язикової артерії з одного боку; у 3 хворих (5,7%) – оклюзію або субоклюзію лицевої артерії з одного боку; в 10 (18,9%) – поєднання цих уражень.

З метою встановлення порушень мікроциркуляторного русла протезного ложа у хворих на ішемічну хворобу серця нами було проведено реовазографію судин верхньої щелепи та термометрію слизової оболонки верхньої та нижньої щелепи.

У пацієнтів контрольної групи реограма має круту висхідну частину, гостру вершину, плавну низхідну частину з дикротичною хвилею і чітко вираженою на ній інцизурою.

Реографічна крива пацієнтів з ішемічною хворобою серця характеризувалася зниженням крутизни нахилу, збільшенням тривалості анакрати і зменшенням кута підйому анакрати. Хвиля мала аркоподібну форму, знижену амплітуду. Згладжувалися вершина і дикротичний зубець.

Також отримані дані свідчать, що кровонаповнення тканин слизової оболонки порожнини рота в здорових осіб суттєво відрізнялися в порівнянні з пацієнтами з ішемічною хворобою серця. Майже у два рази сповільнювалося кровонаповнення судин, що є ознакою тонічної напруги мікроциркуляторної системи. Це підтверджується збільшенням індексу периферичного опору (ІПО) майже в 2,5 рази. Суттєво зменшився показник реографічного індексу, що свідчить про чітку закономірність негативних змін кровонаповнення і кровопостачання покривних тканин порожнини рота у хворих на ІХС.

За виявленими особливостями реограм можна судити про підвищення тону артерій і артеріол, зменшення артеріального припливу, зниження тону вен і наявність венозного застою.

Привертає увагу і те, що в обстежених з ішемічною хворобою серця наявна асиметрія кровонаповнення тканин, оскільки коефіцієнт асиметрії (КА) збільшувався у 2-3 рази відносно показників здорових осіб.

Досліджуючи середню температуру в основній групі, отримали такі результати: у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на верхній щелепі – $33,15 \pm 0,02^\circ$; у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на нижній щелепі – $33,19 \pm 0,02^\circ$; в передній третині твердого піднебіння – $33,44 \pm 0,02^\circ$ ($p \leq 0,05$).

Порівнюючи температуру в осіб з ішемічною хворобою серця й обстежених контрольної групи, ми встановили, що середня температура слизової оболонки порожнини рота всіх досліджуваних була знижена. Так, у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на верхній щелепі – на $1,13 \pm 0,03^\circ$, у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на нижній щелепі – на $1,24 \pm 0,02^\circ$ та в передній третині твердого піднебіння – на $1,32 \pm 0,03^\circ$ ($p \leq 0,05$).

З метою обґрунтування і розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів ми обрали два основні біохімічні показники нестимульованої ротової рідини, які повною мірою відображають гомеостаз порожнини рота, і проаналізували їхні зміни, що відбувалися в порожнині рота при цій хворобі. Амілолітична активність ротової рідини групи порівняння у межах нормативних значень складала $2156,35 \pm 146,65$ од/л.

Активність амілази ротової рідини – $54,23 \pm 4,66$ од/л у досліджуваних пацієнтів з ішемічною хворобою серця ($p \leq 0,05$).

Аналізуючи отримані результати активності ферменту α -амілази, ми виявили різке її зниження. Це може бути зумовлено ураженням секреторних клітин слинних залоз унаслідок порушення кровообігу, що виникає при ішемічній хворобі серця й уражує всі судини. Своєю чергою ці порушення зсувають рН у кислий бік ($5,83 \pm 0,04$ ($p \leq 0,05$)), що призводить до зниження активності амілази, оскільки відомо, що її активність проявляється при нейтральних значеннях рН або слабколужних.

α -дефензин є одним із показників імунного статусу, який оцінювали в ротовій рідині пацієнтів. Показник групи порівняння у межах нормативних значень складав $638,07 \pm 6,01$ пг/мл слини, що значно вище за дефензин слини основної групи – $328,77 \pm 18,74$ пг/мл у досліджуваних пацієнтів з ішемічною хворобою серця ($p \leq 0,05$).

Генез дефіциту α -дефензину й активності α -амілази у хворих на ІХС, очевидно, має ішемічний характер. Атеросклеротичні ураження судин призводять до загального хронічного венозного повнокров'я. У процесі дослідження ми виявляли зміни в дрібних артеріях і артеріолах, розміщених у міжчасточкових прошарках сполучної тканини і всередині залозистих часточок слинних залоз; досить часто наявне потовщення стінок і, відповідно, деяке звуження просвіту. Ці зміни ми пов'язуємо з пригніченням секреторної та ферментовидільної функцій.

Отримані результати переконливо свідчать про системні зміни, які розвиваються в порожнині рота при ішемічній хворобі серця. Перетворення відбуваються в усіх структурах і тканинах ротової порожнини внаслідок порушення кровообігу. Ці зміни впливають на всі функції, погіршуються травлення і місцевий імунітет.

З метою дослідження змін гомеостазу порожнини рота в пацієнтів з ішемічною хворобою серця до і після лікування ми відібрали 31 пацієнта, яким у короткий термін після діагностики (в середньому через $1,4 \pm 0,39$ дня) було проведене ендovasкулярне лікування (стентування і балонна ангіопластика), у зв'язку з чим хворі мали отримувати по 75 мг клопідогрелю 1 раз за день зранку і 100 мг ацетилсаліцилової кислоти 1 раз за день зранку після їди щодня протягом мінімум 1 року після перкутанного втручання.

Цим хворим, крім основного лікування, було проведено стоматологічне лікування (протезування частковими знімними пластинковими протезами з призначенням лікувально-профілактичного комплексу).

Лікувально-профілактичний комплекс включав ополіскувач для порожнини рота «Корсодил», зубну пасту «Пародонтакс» і ванночки розчину Рингера. Алгоритм застосування лікувально-профілактичного комплексу був такий: ополіскувач для порожнини рота «Корсодил» – 3-5 раз за день після їди; зубна паста «Пародонтакс» – чистити зуби і протези 2 рази за день (зранку та перед сном). За даними дослідників, ці препарати майже не інгібують ферменти порожнини рота (лізоцим, амілазу і пепсин). Указані

ферменти впливають на повноцінне функціонування органів і систем порожнини рота: загоєння ран і ерозій, місцевий захист і травлення. Якщо врахувати, що в пацієнтів з ішемічною хворобою серця знижується салівація, то цих умов потрібно обов'язково дотримуватися.

Як уже зазначалося, головною скаргою хворих була сухість у порожнині рота як зранку, так і протягом дня, тому для послаблення відчуття сухості та підтримання загального гомеостазу в порожнині рота хворим було призначено ванночки розчину Рингера 3-5 разів за день. Цей розчин був обраний тому, що у своєму складі має потрібні мікроелементи і найближчий за своєю осмолярністю до ротової рідини, що забезпечує його добру проникність крізь стінку судин порожнини рота.

Для дослідження стану мікроциркуляторного русла протезного ложа хворим призначено повторне обстеження через 80-100 днів після лікування, при зверненні на планове обстеження. Усім пацієнтам проведено реовазографічне дослідження регіонарних судин порожнини рота і термометрію слизової оболонки порожнини рота.

Проаналізувавши характер реовазографічної хвилі хворих основної групи після лікування, ми виявили тенденції до змін із ригідного типу реографічної хвилі до гіпертонічного.

У хворих з ішемічною хворобою серця після протезування і місцевого лікування зменшилася тривалість анакrotи, але була збільшеною відносно контрольної групи. Помітне закруглення вершини реографічної хвилі. Амплітуда реографічної хвилі підвищилася, однак не досягала показників контрольної групи. На реограмі був наявний нечіткий зміщений дикротичний зубець. Інколи виявлявся асиметричний тип РВГ (зниження амплітуди на боці оклюзії).

Порівнюючи кількісні дані основної групи до і після лікування, ми виявили також певні тенденції до змін на покращення. Розглянувши час висхідної хвилі, ми встановили зменшення його в 1,5 рази в порівнянні з основною групою до лікування, що становить $0,18 \pm 0,02$ с ($p \leq 0,001$). Зміни часу висхідної хвилі свідчать, що покращилися ударний об'єм серця й еластичність судин після лікування у хворих на ІХС.

Також збільшився на 13% показник реографічного індексу – до $1,43 \pm 0,06$ уо ($p \leq 0,001$), що свідчить про покращення кровопостачання і кровонаповнення покривних тканин порожнини рота у хворих на ІХС, яким проведено комплексне лікування.

Індекс еластичності судин основної групи після лікування склав $67,84 \pm 0,18\%$ ($p \leq 0,001$), тобто збільшився на 38,4% у порівнянні з основною групою до лікування. Зміни ІЕ свідчать про покращення еластичності судин слизової оболонки порожнини рота.

Дикротичний індекс, що відображає тонус артеріол, у основної групи після лікування становив $75,67 \pm 0,08\%$ ($p \leq 0,001$), тобто зменшився на 8% відносно основної групи, однак не досяг показників контрольної групи.

Та одним із головних показників є діастолічний індекс, який у основної

групи після лікування склав $65,29 \pm 0,12\%$ ($p \leq 0,001$). ДСІ зменшився на 8,4%, що може вказувати на покращення відтоку крові з артерій у вени, а також на підвищення тонусу вен.

Також нами встановлено покращення кровозабезпечення порожнини рота за рахунок зменшення тонічної напруги мікроциркуляторного русла слизової оболонки. У хворих після проведеного лікування індекс периферичного опору судин зменшився на 67% і становив $140,62 \pm 0,54\%$ ($p \leq 0,001$).

Привертає увагу і той факт, що в обстежених з ішемічною хворобою серця після лікування зберігся коефіцієнт асиметрії, але виявлено незначне його зменшення: КА – $20,31 \pm 0,19$ ($p \leq 0,001$). Це свідчить про те, що асиметрія кровопостачання правої і лівої половин верхньої щелепи зберіглася.

Отримані показники середньої температури слизової оболонки порожнини рота пацієнтів з ІХС було детально проаналізовано. Вони свідчили, що середня температура у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на верхній щелепі становила $33,57 \pm 0,01^\circ$; у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на нижній щелепі – $33,79 \pm 0,01^\circ$ та в передній третині твердого піднебіння – $33,87 \pm 0,02^\circ$ ($p \leq 0,05$).

Як показали наші дослідження при комплексному лікуванні, температура слизової оболонки в порожнині рота достовірно підвищувалася в порівнянні з даними основної групи до і після лікування: у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на верхній щелепі – на $0,42 \pm 0,01^\circ$, у фронтальній ділянці з вестибулярного боку по перехідній складці на нижній щелепі – на $0,6 \pm 0,01^\circ$ та в передній третині твердого піднебіння – на $0,43 \pm 0,01^\circ$ ($p \leq 0,05$).

Проведене комплексне лікування із застосуванням місцевої терапії значно покращувало стан тканин, секреторну функцію слинних залоз, ферментовидільну й імуномодулюючу функції.

У ротовій рідині, після застосування лікувально-профілактичного комплексу, амілолітична активність зросла на $334,793 \pm 63,866$ од/л ($p \leq 0,05$), що в 7 разів більше від групи до лікування. Але активність амілази після лікування все ж залишалася в 5,5 разу менше від контрольної групи. Після проведення комплексного лікування і застосування лікувально-профілактичного комплексу зріс уміст *a*-дефензину ротової рідини до 83,65% у порівнянні з контрольною групою (на $204,98 \pm 10,57$ пг/мл ($p \leq 0,05$)).

Аби з'ясувати, як ці зміни можуть впливати на якість протезування й адаптацію хворих до конструкцій знімних зубних протезів, ми запропонували хворим пройти опитування за нашими анкетами «Спосіб визначення ступеня адаптації до знімних конструкцій зубних протезів» і «Спосіб прискореного визначення адаптації хворих до знімних конструкцій зубних протезів за допомогою скринінг-тесту».

За даними цих анкет ми визначали ступінь адаптації хворих до знімних конструкцій зубних протезів і порівнювали їх. Нами виявлені головні скарги

хворих, які впливають на адаптацію пацієнта до конструкцій знімних зубних протезів. Анкетування проводили одразу після протезування, через 30 днів і через 80-100 днів після початку лікування.

Після опрацювання даних анкетування «Спосіб визначення ступеня адаптації до знімних конструкцій зубних протезів», яке проводив лікар, у всіх хворих основної групи та її підгрупах прогнозувалася добра адаптація до знімних конструкцій зубних протезів.

Та розглядаючи дані анкети «Спосіб прискореного визначення адаптації хворих до знімних конструкцій зубних протезів за допомогою скринінг-тесту» за суб'єктивними відчуттями самих хворих, ми виявили, що майже всі пацієнти з ішемічною хворобою серця погано адаптувалися до знімних конструкцій зубних протезів – 86,8% (46 хворих), при тому, що всі вони відповідали вимогам і враховували всі анатомічні особливості протезного ложа. Проте під час проведення корекцій ми встановили певну тенденцію: хворим контрольної групи проводили від 0 до 2 корекцій, що свідчить про добру пристосованість слизової оболонки порожнини рота до конструкцій знімних протезів. Однак, при підрахунку кількості корекцій ЧЗПП у хворих основної групи встановлена кількість від 2 до 4, що дає нам можливість твердити про незадовільну пристосованість тканин СОПР

Проаналізувавши детальніше анкети, які заповнювали хворі до лікування, їхні скарги й анамнестичні дані, ми з'ясували, що більшість хворих і раніше погано адаптувалися до знімних конструкцій зубних протезів – 71,7% (38 пацієнтів). Обстежені пацієнти скаржилися на пекучість під протезом – 26,4% (14 хворих), часте утворення ерозій і виразок на слизовій оболонці порожнини рота – 35,8% (19 пацієнтів), відчуття затерпlosti в деяких ділянках порожнини рота під протезом – 32,1% (17 хворих), виникнення дискомфорту при пережовуванні їжі – 45,3% (24 хворі) та дискомфорт під час мовлення – 24,5% (13 хворих). Однак головною скаргою майже всіх пацієнтів були сухість у порожнині рота зранку – 92,5% (49 хворих) та відчуття сухості в порожнині рота протягом усього дня – 71,7% (38 хворих). Усе це формувало погану адаптацію до часткових знімних пластинкових протезів.

Відібраним 31 хворому основної групи з ішемічною хворобою серця, які підлягали лікуванню основної хвороби, протезуванню і місцевому лікуванню, запропоновано повторно пройти анкетування через 30 днів. Під час анкетування ми звернули увагу на ті ж показники, що й до лікування: пацієнти скаржилися на пекучість під протезом – 22,6% (7 хворих), часте утворення ерозій і виразок на слизовій оболонці порожнини рота – 32,3% (10 пацієнтів), відчуття затерпlosti в деяких ділянках порожнини рота під протезом – 25,8% (7 хворих), дискомфорт при пережовуванні їжі – 35,5% (11 хворих) і мовленні – 22,6% (7 хворих), сухість у порожнині рота зранку – 83,9% (27 хворих) та відчуття сухості в порожнині рота протягом усього дня – 67,7% (21 хворий).

Хворі основної групи через 80-100 днів після лікування також

проходили контрольне анкетування. Нами виявлені й опрацьовані ті ж показники, що й до лікування та через 30 днів після лікування, а саме: скарги на пекучість під протезом – у 4 хворих (12,9%), утворення ерозій і виразок на слизовій оболонці порожнини рота – в 6 пацієнтів (19,4%), відчуття затерпlosti в деяких ділянках порожнини рота під протезом – у 4 хворих (12,9%). Дискомфорт при переживуванні їжі виникав у 16,1% (5 хворих) та під час мовлення – в 6,4% (2 хворі). Сухість у порожнині рота зранку встановлено в 16 хворих на ІХС після лікування (51,6%), а відчуття сухості в порожнині рота протягом усього дня – в 9 хворих (29,1%).

Крім того, в нашій анкеті відповіді хворих були розділені на три категорії: «Ні, це не так», «Можливо, так», «Правильно», тобто при негативному результаті (неповне зникнення симптому, ми помічаємо його послаблення) ми могли спостерігати динаміку змін у позитивний бік. Обстежені пацієнти (83,9%) зазначали, що навіть за збереження симптомів слабшають їхні прояви і покращуються відчуття. Усе це сприяє покращенню адаптації хворих до знімних конструкцій зубних протезів.

За результатами проведеного анкетування пацієнтів з ішемічною хворобою серця до і після застосування лікувально-профілактичного комплексу ми дійшли висновку, що покращуються загальні відчуття пацієнтів, слабшають відчуття сухості в порожнині рота і дискомфорт при застосуванні зубних протезів, отже, покращується адаптація до знімних конструкцій зубних протезів.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукового завдання, яке полягає в покращенні умов процесу адаптації до знімних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця за рахунок додаткового включення до складу реабілітаційних заходів патогенетично обґрунтованого лікувально-профілактичного комплексу.

1. У привушній слинній залозі, слизовій оболонці твердого піднебіння, міжзубному ясенному сосочку померлих з ішемічною хворобою серця виявлені стереотипні зміни, викликані гіпоксичним станом тканин як наслідком хронічної серцево-судинної недостатності. У венозних кровоносних судинах наявні явища повнокров'я, надмірна проникність як наслідок загального венозного стазу, а в артеріальних судинах виражене потовщення стінок і звуження просвіту. Знижені секреторна активність привушних слинних залоз і регенераторні властивості покривного епітелію ділянок слизової оболонки протезного ложа.

2. У пацієнтів з ІХС виявлено ригідний тип реографічної хвилі, що супроводжується зниженням PI до $1,27 \pm 0,02$ уо та підвищенням ДКІ до $81,69 \pm 0,15\%$ і ІПО до $209,22 \pm 0,28\%$. Після призначення лікувально-профілактичного комплексу встановлено тенденцію до змін із ригідного типу реохвилі до гіпертонічного зі збільшенням на 13% показника реографічного

індексу ($1,43 \pm 0,06$ уо), що свідчить про покращення кровопостачання покривних тканин порожнини рота. Дикротичний індекс у хворих II групи після лікування зменшився на 8% відносно показників I групи і становив $75,67 \pm 0,08$ %, а ПО судин знизився на 67% та склав $140,62 \pm 0,54$ % ($p \leq 0,001$).

3. Порушення мікроциркуляції протезного ложа в пацієнтів з ІХС призводить до зниження температури слизової оболонки порожнини рота в середньому на $1,23 \pm 0,03$ °С (точка 1 – $33,15 \pm 0,02$ °; точка 2 – $33,19 \pm 0,02$ °, точка 3 – $33,44 \pm 0,02$ °) ($p \leq 0,001$). Через 80-100 днів після комплексного лікування середня температура підвищилася і становила в точці 1 – $33,57 \pm 0,01$ °; у точці 2 – $33,79 \pm 0,01$ ° та в точці 3 – $33,87 \pm 0,02$ ° ($p \leq 0,001$).

4. При ІХС у 40 разів знижується активність *a*-амілази ($54,23 \pm 4,66$) ($p \leq 0,05$), у 2 рази - вміст *a*-дефензину ($328,77 \pm 18,73$ пг/мл). Після проведеного комплексного лікування амілалітична активність зросла до $389,03 \pm 68,53$ од/л ($p \leq 0,05$), що в 7 разів більше від групи до лікування. Також зріс вміст *a*-дефензину ротової рідини в 1,5 рази ($533,75 \pm 8,17$ пг/мл ($p \leq 0,05$)).

5. Після протезування ЧЗПП пацієнтів I групи за об'єктивними критеріями оцінки встановлено добру адаптацію в 98,1% хворих. Однак за суб'єктивними критеріями оцінювання якості протезування з використанням розробленого нами скринінг-тесту в 71,7% хворих констатували задовільну адаптацію, а в 17% - незадовільну. Через 80-100 днів після застосування лікувально-профілактичного комплексу покращуються загальні відчуття і підвищується ступінь адаптації до знімних конструкцій: у 41,9% хворих адаптація визначена як добра, а в 58,1% - як задовільна.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Перед ортопедичною реабілітацією хворих необхідно ретельно збирати скарги, анамнез захворювання та життя і в разі констатації факту наявності хвороби серцево-судинної системи лікування проводити комплексно з лікарем-кардіологом. Рекомендовано відтермінувати ортопедичну допомогу та проводити її тільки після поглибленого обстеження, лікування і відповідного висновку лікаря-кардіолога.

2. До і після протезування знімними конструкціями зубних протезів хворих з ішемічною хворобою серця потрібно проводити додаткові обстеження слизової оболонки порожнини рота (реовазографія і термометрія) та біохімічні дослідження ротової рідини з метою визначення ступеня порушень складових компонентів гомеостазу порожнини рота і шляхів їх корекції.

3. Хворим з ішемічною хворобою серця після ортопедичного лікування слід застосовувати лікувально-профілактичний комплекс, який охоплює ополіскування порожнини рота «Корсодилом» 3-5 разів за день після їди, чищення зубів і протезів зубною пастою «Пародонтакс» 2 рази за день

(зранку і перед сном). З метою покращення адаптації до знімних конструкцій зубних протезів необхідно додатково рекомендувати ванночки з розчином Рингера 3-5 разів за день при відчутті сухості в порожнині рота, дискомфорту під час пережовування їжі та мовлення.

4. Для контролю якості виготовлення знімних конструкцій зубних протезів і ступеня адаптації до них доцільно використовувати розроблені нами анкети: для об'єктивної оцінки - «Спосіб визначення ступеня адаптації до знімних конструкцій зубних протезів», для суб'єктивної – «Спосіб прискореного визначення адаптації хворих до знімних конструкцій зубних протезів за допомогою скринінг-тесту».

ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Дворник В.М. Вплив ішемічної хвороби серця та фармакотерапії цього захворювання на тканини порожнини рота / В.М. Дворник, Н.О. Рябушко, І.Л. Дворник // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник УМСА. – 2014. – Т. 14, вип. 1(45).– С. 119-123. *Особистий внесок – автором проведено літературний пошук, проаналізовано результати.*

2. Рябушко Н.О. Гістологічна будова слизової оболонки твердого піднебіння в нормі та при ішемічній хворобі серця / Н.О. Рябушко, В.М. Дворник, Г.М. Баля // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №2. – С.10-13. *Особистий внесок – автором проведено забір матеріалу, проведено літературний пошук, проаналізовано результати.*

3. Рябушко Н.О. Ясеневий міжзубний сосочок: гістологічна будова в нормі та при ішемічній хворобі серця / Н.О. Рябушко, В.М. Дворник, Г.М. Баля // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник УМСА. – 2014. – Т. 14, вип. 4(48). - С. 216-218. *Особистий внесок – автором проведено забір матеріалу, проведено літературний пошук, проаналізовано результати.*

4. Рябушко Н.А. Морфологические изменения в строении околоушной слюнной железы при ишемической болезни сердца / Н.А. Рябушко, В.Н. Дворник // Молодой ученый. – 2015. - №6(86). – С.293-299. *Особистий внесок – автором проведено забір матеріалу, проведено літературний пошук, проаналізовано результати.*

5. Рябушко Н.О. Зміни кровопостачання судин порожнини рота та їх вплив на ортопедичне лікування знімними конструкціями зубних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця / Н.О. Рябушко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник УМСА. – 2015. – Т. 15, вип.1(49). – С.43-46.

6. Рябушко Н. Изменения содержания а-дефензина в ротовой жидкости в процессе лечения больных с дефектами зубных рядов на фоне ишемической болезни сердца / Н. Рябушко, В. Дворник, К. Непорада, М.Микитюк // Oxford Review of Education and Science. – 2016. – №1(11). – С.462-467. *Особистий внесок – автором проведено клінічне дослідження, забір матеріалу, проведено літературний пошук, проаналізовано результати.*

7. Рябушко Н.О. Зміни активності *a*-амілази ротової рідини в процесі комплексного лікування хворих на ішемічну хворобу серця з дефектами зубних рядів / Н.О. Рябушко, В.М. Дворник, А.Ф. Баранова, Г.Н. Баля // Український стоматологічний альманах. – 2016. – №2. – С.48-50. *Особистий внесок – автором проведено клінічне дослідження забір матеріалу, проведено літературний пошук, проаналізовано результати.*

8. Деклараційний патент на корисну модель №91763 U Україна, МПК А61С 9/00. Спосіб проведення реовазографії регіональних судин порожнини рота / Ю.І. Силенко, В.М. Дворник, М.В. Хребор, Н.О. Рябушко; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – №u 2014 02274; заявл. 06.03.14; опубл. 10.07.14, Бюл. № 13. *Особистий внесок – огляд літератури щодо цієї проблеми, участь у проведенні патентного пошуку та клінічній апробації методу.*

9. Деклараційний патент на корисну модель №91762 U Україна, МПК А61С 9/00. Пристрій для фіксації ясенних електродів при проведенні реопародонтографії / Ю.І. Силенко, В.М. Дворник, М.В. Хребор, Н.О. Рябушко; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u 2014 02272; заявл. 06.03.14; опубл. 10.07.14, Бюл. № 13. *Особистий внесок – огляд літератури щодо цієї проблеми, участь у проведенні патентного пошуку та клінічній апробації методу.*

10. Деклараційний патент на корисну модель №101852 U Україна, МПК А61С 13/00. Спосіб визначення ступеня адаптації до знімних конструкцій зубних протезів / Н.О. Рябушко, В.М. Дворник, І.М. Мартиненко; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u 2014 13463; заявл. 15.12.14; опубл. 12.10.15, Бюл. № 15. *Особистий внесок – огляд літератури щодо цієї проблеми, участь у проведенні патентного пошуку та клінічній апробації методу.*

11. Авторське право на твір № 59280. Спосіб прискороного визначення адаптації хворих до знімних конструкцій зубних протезів за допомогою скринінг-тесту / Н.О. Рябушко, В.М. Дворник, О.Б. Тумакова; заявл. 16.02.15; опубл. 15.04.15.

12. Рябушко Н.О. Особливості проведення реовазографічного дослідження в стоматології та методи їх удосконалення / Н.О. Рябушко, В.М. Дворник, А.В. Дворник // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: мат. научно-практической конференции с международным участием «Гофунговские чтения». – Харків, 2015. – Вип. 11, ч. 1. – С. 220-223. *Особистий внесок – автором проведено клінічне дослідження, літературний пошук, аналіз та узагальнення результатів.*

АНОТАЦІЯ

Рябушко Н.О. Клініко-лабораторне обґрунтування покращення процесу адаптації до знімних зубних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, Полтава, 2016.

Дисертація є клінічною роботою, яка присвячена покращенню умов процесу адаптації до знімних протезів у хворих на ішемічну хворобу серця за рахунок додаткового включення до складу реабілітаційних заходів патогенетично обґрунтованого лікувально-профілактичного комплексу.

Як показали наші дослідження при комплексному лікуванні протягом 80-100 днів температура слизової оболонки в порожнині рота достовірно підвищувалася: у фронтальній ділянці з вестибулярної сторони по перехідній складці на верхній щелепі - на $0,42 \pm 0,01$ °, у фронтальній ділянці з вестибулярної боку по перехідній складці на нижній щелепі - на $0,6 \pm 0,01$ ° і в передній третини твердого неба - на $0,43 \pm 0,01$ °. Також за даними реовазографії ми встановили зниження тонуусу артерій і артеріол, збільшення артеріального припливу, підвищення тонуусу вен і зменшення явищ венозного застою. Амілолітична активність зросла в 7,6 рази, а вміст *a*-дефензину в ротовій рідині зріс до 83,65%.

При комплексному лікуванні із використанням лікувально-профілактичного комплексу покращилися процеси адаптації до ЧЗПП та зменшилися негативні прояви ІХС в порожнині рота.

Ключові слова: адаптація, часткові знімні пластинкові протези, сухість, лікувально-профілактичний комплекс, ішемічна хвороба серця.

АННОТАЦИЯ

Рябушко Н.А. Клинико-лабораторное обоснование улучшения процесса адаптации к съёмным зубным протезам у больных с ишемической болезнью сердца. - На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология. Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» МЗ Украины, Полтава, 2016.

Проведенное нами морфологическое исследование межзубного десневого сосочка, твердого неба и околоушной слюнной железы умерших с основным диагнозом ишемическая болезнь сердца, позволило выявить в венозных кровеносных сосудах явления полнокровия, повышение проницаемости как следствие общего венозного полнокровия. В артериях утолщались стенки и сужались просветы.

В клинические исследования были включены 53 пациента, что составили I (основную) группу, которым было проведено ортопедическое лечение съёмными конструкциями зубных протезов (частичными съёмными пластиночными протезами) и которые имели в анамнезе основную болезнь - ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения стабильная, ФК II - ФК III. II группа - 31 пациент, прошедших комбинированное лечение совместно с кардиологом (антиромбоцитарная терапия и стоматологическое лечение) и которым назначали лечебно-профилактический комплекс, включавший ополаскиватель для полости рта «Корсодил», зубную пасту «Пародонтакс» и ванночки раствора Рингера.

Как показали наши исследования, даже при непродолжительном комплексном лечении в течение 80-100 дней температура слизистой оболочки в полости рта достоверно повышалась по сравнению с данными основной группы до и после лечения: во фронтальном участке с вестибулярной стороны по переходной складке на верхней челюсти - на $0,42 \pm 0,01$ °, во фронтальном участке с вестибулярной стороны по переходной складке на нижней челюсти - на $0,6 \pm 0,01$ ° и в передней трети твёрдого неба - на $0,43 \pm 0,01$ °. Также за данными реовазографии мы установили снижение тонуса артерий и артериол, увеличение артериального притока, повышение тонуса вен и уменьшение явлений венозного застоя.

После проведения комплексного лечения и применения лечебно-профилактического комплекса амилазная активность возросла на $334,793 \pm 63,866$ ед / л ($p \leq 0,05$), что в 7,6 раза больше группы до лечения, но активность амилазы после лечения все же осталась в 5,5 раза ниже показателя контрольной группы. Возросло содержание а-дефензина в ротовой жидкости до 83,65% по сравнению с контрольной группой (на $204,98 \pm 10,57$ пг / мл ($p \leq 0,05$)).

После протезирования ЧЗПП пациентов I группы по объективным критериям оценки установлено хорошую адаптацию в 98,1% больных. Однако по субъективным критериям оценки качества протезирования с использованием разработанного нами скрининг-теста в 71,7% больных констатировали удовлетворительную адаптацию, а в 17% - неудовлетворительную. Через 80-100 дней после применения лечебно-профилактического комплекса улучшились общие ощущения и повысилась степень адаптации к съёмным конструкциям: в 41,9% больных она определена как хорошая, а в 58,1% - как удовлетворительная.

Ключевые слова: адаптация, частичные съёмные пластиночные протезы, сухость, лечебно-профилактический комплекс, ишемическая болезнь сердца.

SUMMARY

Ryabushko N.A. Clinical and laboratory steadfastness about improving the process of adaptation to removable dentures in patients with coronary heart disease. - The manuscript.

The dissertation on the receipt of scientific degree of candidate of medical sciences on speciality 14.01.22 - stomatology. Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatology Academy" Ministry of Public Health of Ukraine, Poltava, 2016.

The dissertation is the clinical work, which is dedicated to the improvement of the process of adaptation to dentures in patients with coronary heart disease due to the additional inclusion of rehabilitation pathogenesis reasonable health care industry.

As shown by our study of the complex treatment for 80-100 days, the temperature of the mucous membrane in the mouth significantly increased: in the frontal area of the vestibular side on a transitional fold in the upper jaw - $0,42 \pm 0,01$ °, in the frontal area of the vestibular side on a transitional fold lower jaw - $0,6 \pm 0,01$ ° and the front third of the hard palate - on $0,43 \pm 0,01$ °. Also according rheovasography we have established lower the tone of arteries and arterioles, increasing the blood inflow, toning veins and venous stasis reduce the phenomenon. Amylase activity increased by 7.6 times, and content α -defenziny in oral fluid has increased to 83.65%.

In the combined treatment with the use of health-care complex processes improved adaptation to PPRD and decrease the negative effects of coronary artery disease in the mouth.

Key words: adaptation, partial plate removable dentures, dry, treatment and prevention complex, coronary heart disease.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДСІ – діастолічний індекс

ІПО – індекс периферичного опору

ІХС – ішемічна хвороба серця

КА – коефіцієнт асиметрії

РВГ – реовазографія

СОПР – слизова оболонка порожнини рота

ФК – функціональний клас

ЧЗПП – частковий знімний пластинковий протез

