

УДК 617.3+616. – 08:616.314+616.379 – 008.64

©О. О. Бандрівська¹, Х. О. Дутко²

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»¹
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького²

Особливості ортопедичного лікування часткової втрати зубів конструкціями зубних протезів у пацієнтів із діабетичною кардіоміопатією

Проблема ортопедичного лікування пацієнтів із супутніми захворюваннями серцево-судинної системи є однією з найважливіших у клініці ортопедичної стоматології, що, насамперед, пов'язано з великою поширеністю даної патології та зростанням потреби населення України в ортопедичній допомозі, яка коливається в межах від 74,58 до 84,33 %. Предметом уваги багатьох дослідників етіології та патогенезу ЦД є дистрофія міокарда, що найчастіше спричинює погіршення стану хворих та зростання ризику смерті. Такі наслідки є у 80 % людей з ЦД. На тлі діабетичної кардіоміопатії ортопедичне лікування стоматологічних хворих є серйозним втручанням в організм людини. Відзначається, що при цьому мають місце психологічні труднощі й вегетативні судинні реакції. Питання профілактики і лікування станів психоемоційного напруження й гострого стресу з мінімальною

втратою для організму є фундаментальною та до сьогодні не вирішеною проблемою сучасної медицини. Відвідування лікаря-стоматолога прийнято розглядати в якості однієї з моделей стресу (стоматологічний стрес). Отже, у хворих на діабетичну кардіоміопатію відвідування лікаря-стоматолога може викликати загострення основного захворювання. Компенсована у звичайній ситуації і клінічно тиха ішемія у стресовій ситуації може викликати інфаркт міокарда, серцеві аритмії з серйозними ускладненнями. Викладені вище обставини вимагають вирішення існуючого питання про надання стоматологічної ортопедичної допомоги хворим на діабетичну кардіоміопатію та розробки методів ортопедичного лікування в разі заміщення часткових дефектів зубних рядів залежно від клініко-функціонального стану серцево-судинної системи даної категорії хворих.

УДК 616.37-036, 12+616.314.17]-097

©Н. В. Манащук, Н. В. Чорній

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Протизапальна терапія захворювань пародонта

За світовою статистикою, половина дорослого населення землі страждає від захворювань пародонта і з віком ситуація тільки погіршується. З огляду на це, актуальними залишаються питання раціонального лікування даних патологій.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є практично єдиною групою фармакологічних препаратів, які діють переважно на місцеві реактивні процеси в пародонті. Вони інактивують медіатори запалення, справляють знеболювальну дію і зменшують прояви

запалення. Ці протизапальні засоби використовують місцево у вигляді аплікацій, внесення в просвіт пародонтальних кишень, втирання, ротових ванн і у формі лікувальних пов'язок.

При пародонтиті різного ступеня тяжкості місцево застосовують 3 % ацетилсаліцилову мазь. При аплікації її на ясна відзначається виражена протизапальна дія: зменшується ексудація, набряк, біль. Аналогічну дію має 3 % мазь саліцилату натрію. В якості аплікації застосовують 5 % бутадієнову мазь, що є сильним інгібітором біосинтезу простагландинів і перевершує ацетилсаліцилову кислоту. Надає

анальгезуючу та протизапальну дію. До групи нестероїдних протизапальних засобів відноситься мефемінат натрію, який використовують у вигляді 0,1 – 0,2 % розчину або 1 % пастки, яку вводять у пародонтальні кишені під захисну пов'язку. Крім протизапальної та анальгезуючої дії препарат стимулює регенерацію епітелію.

Таким чином, для ефективного лікування пародонтиту в загальну схему лікування повинні бути включені нестероїдні протизапальні препарати.

УДК 616. 37-036, 12+616. 314. 17] - 097

©Н. В. Чорній, Н. В. Манащук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Нестероїдні протизапальні препарати у фармакотерапії пародонтиту

Одними із фармацевтичних середників, які застосовують у комплексній терапії пародонтиту, де у генезі важливе місце займає запальний компонент, є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Не дивлячись на відмінності у хімічній структурі НПЗП, володіють подібними механізмами протизапальної дії. При цьому важлива роль належить гальмуванню синтезу простагландинів (ПГ), які є медіаторами запалення та болю. НПЗП у більшості діють на дві фази запалення: ексудацію та проліферацію. Пригнічення ексудативної фази запалення пов'язане із гальмуванням синтезу ПГ та інших медіаторів запалення (гістаміну, серотоніну, кінінів, норадреналіну), що, у свою чергу, веде до зменшення гіперемії, набряку, болю. Це сприяє нормалізації процесів мікроциркуляції через пригнічення синтезу тромбоксину і зниження активності гіалуронідази, блокуючи серотонінові рецептори судин, попереджуючи утворення мікро-

тромбів. Вплив на процес проліферації відбувається через зниження активності фібробластів та синтезу колагену.

На процес альтерації НПЗП впливають мало. Проте деякі із них (індометацин, бутадіон, ацетилсаліцилова кислота) знижують рівень вільних радикалів, що утворюються у процесі синтезу ПГ та сприяють розвитку запального процесу.

Підвищення рівня ПГ у тканинах є одним із головних механізмів деструкції кістки, тому зупинити розвиток пародонтиту можна шляхом блокування запального процесу в пародонті. НПЗП блокують метаболізм арахідонової кислоти, знижують рівень активності циклооксигенази у тканинах пародонта, зупиняють запалення в них і зменшують швидкість резорбції кісткової тканини.

Отже, застосування НПЗП у комплексному лікуванні пародонтиту як місцево, так і загально є патогенетично виправданим.