

10. The HeartQoL: Part II. Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease / N. Oldridge, S. Hufer, H. McGee [et al.] // Eur J Preven Cardiol. 2012 [cited 2012 Jul]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/29438569> The HeartQoL Part II Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease.

Вакалюк І. І., Вирстюк Н. Г., Петрина В. А.

Качество жизни больных стабильной ишемической болезнью сердца, совмещенной с неалкогольной жировой болезнью печени

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичинський університет”, г. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: ivakal5@gmail.com

Резюме. Введение. Оценка качества жизни является неотъемлемой составной частью комплексного лечения больных в современной практической медицине. Интересным и недостаточно изученным остается анализ качества жизни пациента с коморбидной патологией. **Цель исследования** - оценить качество жизни больных с постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от наличия и прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). **Материал и методы исследования.** Обследовано 300 больных стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе 160 пациентов без НАЖБП (I группа); 140 пациентов с НАЖБП (II группа). Среди больных II группы было 89 больных на неалкогольный жировой гепатоз (НАЖГ); 51 больной на неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Оценку качества жизни пациентов проводили с помощью опросников SF-36 и MacNew. **Результаты исследования.** Суммарная оценка по опроснику SF-36 обнаружила значительное снижение качества жизни у обследованных больных за счет низкой физической активности пациентов, психического неблагополучия, ограничения их повседневной деятельности, значительного влияния боли и низкой оценки состояния своего здоровья. Снижение качества жизни четко зависело от стадии НАЖБП и было наиболее низкое в условиях НАСГ. Суммарная оценка качества жизни по опроснику MacNew была в 1,5 раза ниже у больных I группы, по сравнению с контролем, снизилась почти в 1,4 раза у больных на НАЖГ, по сравнению с I группой, и в 1,5 раза была ниже при НАСГ, по сравнению с пациентами на НАЖГ ($p < 0,05$). **Выводы.** Для больных стабильной ИБС, совмещенной с НАЖБП, характерно снижение качества жизни за счет его физической, психоэмоциональной и социальной составляющих. Качество жизни больных с постинфарктным кардиосклерозом достоверно зависит от прогрес-

сирования НАЖБП и является самым низким в условиях НАСГ.

Ключевые слова: качество жизни, постинфарктный кардиосклероз, неалкогольная жировая болезнь печени.

I.I. Vakalyuk, N.G. Virstyuk, V.O. Petryna

Quality of Life of Patients with Stable Coronary Artery Disease Combined with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine,

e-mail: ivakal5@gmail.com

Abstract. Introduction. Quality of life assessment is an integral part of a comprehensive treatment in modern medical practice. Analysis of quality of life of patients with comorbidities is an interesting and poorly understood issue.

The objective of the research was to evaluate the quality of life of patients with postinfarction atherosclerosis depending on the presence and progression of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD).

Material and methods. The research included 300 patients with stable coronary artery disease (CAD). They included 160 patients without NAFLD (Group I) and 140 patients with NAFLD (Group II). 89 patients of Group II suffered from non-alcoholic liver disease (NALD) and 51 patients from non-alcoholic steatohepatitis (NASH). The control group consisted of 20 apparently healthy individuals. SF-36 and MacNew questionnaires were used to assess the quality of life.

Results. The overall estimate according to SF-36 questionnaire detected a significant decrease in the patient's quality of life due to their low physical activity, mental ill-being, limitation of daily activities, significant effect of pain and low assessment of their health. Decrease in the quality of life was clearly dependent on NAFLD stage and was the lowest in case of NASH. The overall estimate of quality of life according to MacNew questionnaire was 1.5 times lower in patients of Group I compared to the control group, decreased almost by 1.4 times in patients with NALD compared to Group I and was 1.5 times lower in case of NASH compared to the patients with NALD ($p < 0.05$).

Conclusions. Patients with stable CAD combined with NAFLD were characterized by decrease in quality of life due to its physical, psycho-emotional and social components. Quality of life of patients with postinfarction atherosclerosis depended on NAFLD progression and was the lowest in case of NASH.

Keywords: quality of life; postinfarction atherosclerosis; non-alcoholic fatty liver disease.

Надійшла: 26.10.2016

Завершено рецензування: 24.11.2016

Прийнято до друку: 25.11.2016

DOI: 10.21802/gmj.2016.4.19

УДК: 616.314-083+616.314.18-002.4

Вівчаренко Т.І., Рожко М.М.

Оцінка стану гігієни ротової порожнини у хворих з генералізованим пародонтитом II ступеня та гіпертонічною хворобою II стадії

Івано-Франківський національний медичинський університет, вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, 76018, Україна

Резюме. Генералізований пародонтит - найпоширеніший вид патології пародонта, особливо у другій половині життя людини. Висока поширеність, схильність до прогресування і багатогранний вплив на зубощелепну систему й організм у цілому, а також неоднозначність лікування дозволяють віднести захворювання пародонта до числа актуальних проблем сучасної медицини. Це диктує необхідність пошуку оптимальних шляхів профілактики та лікування. Установлений тісний зв'язок патології пародонта із загальними захворюваннями організму, особливе місце серед яких займає серцево-судинна патологія, а саме гіпертонічна хвороба, яка зустрічається у кожній 2-3 дорослої людини.

Метою роботи є вивчення гігієнічного стану ротової порожнини у пацієнтів з генералізованим пародонтитом II ступеня, хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Обстежено 30 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії з генералізованим пародонтитом II ступеня, які проходили курс лікування в Івано-Франківському обласному клінічному кардіологічному диспансері. Вік обстежуваних коливався від 35 до 54 років. Дані хворі склали основну групу. Група контролю складала 10 пацієнтів без загальносоматичної патології того ж самого віку.

Гігієнічний стан ротової порожнини хворих визначали за гігієнічним індексом Грін-Вермільйон. При постановці діагнозу захворювань пародонта користувалися класифікацією Данилевського М.Ф. Отримані результати підлягали варіаційно-статистичній обробці із застосуванням статистичного пакету «Stat Soft 6.0», класичних методів варіаційної статистики із використанням середніх величин і оцінкою їх достовірності.

Результати огляду показали низький рівень догляду за ротовою

порожниною майже у всіх обстежених. Аналіз показників гігієнічних індексів показав наступні результати: у хворих основної групи значення індексу Грін-Вермільйон становило $1,99 \pm 0,13$ бали ($p < 0,001$), що відповідає незадовільному рівню гігієни. У пацієнтів ж контрольної рівень гігієни ротової порожнини був задовільним і складав $1,10 \pm 0,17$ бали. Відповідно до індексу в основній групі, у 30,0% пацієнтів (9 з 30 обстежених) реєстрували задовільну гігієну ротової порожнини, у 40,0% пацієнтів (12 з 30 обстежених) – незадовільну гігієну, а у решті 30,0% (9 з 30 обстежених) – погану гігієну ротової порожнини.

Що ж стосується контрольної групи, то показники були наступними: у 2 пацієнтів з 10 була добра гігієна ротової порожнини (20,0%), у 6 пацієнтів – задовільний рівень (60,0%), а у решті 2 пацієнтів – незадовільний рівень гігієни ротової порожнини (20,0%). Пацієнтів з поганим рівнем гігієни ротової порожнини в даній досліджуваній групі не було. Під час аналізу показників індексу Грін-Вермільйона видно, що при поглибленні патологічного процесу спостерігається погіршення стану гігієни ротової порожнини.

Отже, можна зробити наступні висновки: рівень гігієни у хворих є досить низьким, що пов'язано з недостатніми знаннями при виборі індивідуальних засобів гігієни та невчасною їх заміною. У хворих з генералізованим пародонтитом II ступеня та гіпертонічною хворобою II стадії рівень гігієни ротової порожнини нижчий, ніж в соматично здорових: чим гірший гігієнічний стан, тим більше виражені зміни в тканинах пародонту. Можна передбачити, що підвищення артеріального тиску впливає на стан ротової порожнини і створює вищий ризик виникнення та ускладнює перебіг захворювань тканин пародонту.

Ключові слова: генералізований пародонтит, гіпертонічна хвороба, стан гігієни ротової порожнини.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема захворювань пародонта є надзвичайно важливою на сьогоднішній час, що пов'язано зі значним поширенням цієї патології серед працездатної групи населення [1,6,8,12,14]. Генералізований пародонтит є хронічним захворюванням і характеризується прогресуючим руйнуванням та втратою періодонтальних тканин [1,6,14]. При даній патології уражаються такі анатомічні структури як коміркова кістка, періодонтальна зв'язка, цемент кореня зуба, які за даними сучасних досліджень [1,6,9] вимагають тривалого часу для відновлення. Дане захворювання є поліетіологічним, оскільки розвитку та прогресуванню захворювання сприяють як місцеві, так і загальні чинники.

Важливим етіологічним чинником є інфекційний фактор і незадовільна гігієна ротової порожнини. Зубний наліт має особливий склад і різний набір мікроорганізмів. Утворення зубного нальоту (або біоплівки) є одним з найважливіших механізмів персистенції бактерій в ротовій порожнині. Біоплівка – це скупчення мікроорганізмів прикріплених до поверхні або один до одного, занурених у матрикс з екстрацелюлярних полімерних речовин [2,4,7,10,11,13,15,16].

Над'ясенна біоплівка складається переважно з грампозитивних мікроорганізмів: *Streptococcus sanguinis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus salivarius*, *Lactobacilli*; в той час як під'ясенна – з грамнегативних: *Aggregatibacter (Actinobacillus) actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythia*, *Campylobacter spp.*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*. В обох випадках сукупність клітин можуть створювати високі концентрації метаболітів (кислоти, аміак, пероксид водню, оксиданти та ін.), які впливають на видовий склад всередині мікроколонії, так і на організм в цілому. Продукти життєдіяльності патогенної мікрофлори активують секрецію цитокінів, простагландинів, гідролітичних ензимів, що викликають деструкцію тканин пародонту [7].

На даний час не існує засобів, що забезпечують повного та остаточного видалення біоплівки з ротової порожнини. Тим не менш, її патогенність можливо суттєво знизити шляхом порушення цілісності структури та відновлення мікрофлори за допомогою професійної гігієни ротової порожнини [15].

Індивідуальна гігієна ротової порожнини сприяє механіч-

ному видаленню зубного нальоту, що дозволяє запобігти багатом запальним захворюванням. Правда, механічна зубна щітка дозволяє усунути наліт на 43%, а для усунення нальоту на апроксимальних поверхнях варто застосовувати зубну нитку чи зубні йоржички. Але тільки в поєднанні з індивідуальною гігієною ротової порожнини та професійною гігієною можна якісно контролювати утворення біоплівок та запобігти захворюванням, що викликаються ними.

Початкові прояви хвороб пародонту характеризуються хронічним перебігом (клінічні форми гінгівітів відповідно до класифікації ВООЗ) і частіше протікають безсимптомно. Такі хронічні форми захворювання пародонту можуть бути виявлені під час клінічного обстеження ротової порожнини, коли пацієнт звертається за допомогою з проблем карієсу та його ускладнень. Проте, залежно від ступеня тяжкості захворювання пародонту та вираженості клінічних симптомів, пацієнти мають конкретні скарги на кровоточивість ясен, рухомість зубів, неприємні смакові відчуття в порожнині рота, відчуття свербіння в яснах, запах із рота і т. д. При цьому важливо враховувати вік пацієнта і його рівень гігієнічного виховання по догляду за ротовою порожниною, а також наявність соматичної патології.

Що ж стосується загальних чинників, то вагоме місце посідають системні захворювання: цукровий діабет, дифузний токсичний зоб, патологія серцево-судинної системи, патологія шлунково-кишкового тракту. Згідно зі статистичними даними, у 2013 році в Україні нарахували більше 12 млн людей з підвищеним АТ, що складає 32% дорослого населення України [3]. Кардіоваскулярна патологія і зниження мінеральної щільності кісткової тканини – взаємопов'язані процеси, остеопенія та остеопороз прогресують паралельно з атеросклеротичними змінами, що ускладнює перебіг та можливості терапії генералізованого пародонтиту.

Мета дослідження. Метою роботи є вивчення гігієнічного стану ротової порожнини у пацієнтів з генералізованим пародонтитом II ступеня, хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 30 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії з генералізованим пародонтитом II ступеня, які проходили курс лікування в Івано-Франківському обласному клінічному кардіологічному диспансері. Вік обстежуваних коливався від 35 до 54 років. Дані хворі склали основну групу. Група контролю складала 10 пацієнтів без загальносоматичної патології того ж самого віку. Діагноз захворювань пародонта встановлювали на основі результатів анамнезу, клінічного стоматологічного обстеження та даних загальноприйнятих додаткових методів обстеження. Огляд пацієнтів основної групи проводили на 1-5-й день після виписання їх зі стаціонару.

Гігієнічний стан ротової порожнини хворих визначали за гігієнічним індексом Грін-Вермільйон. При постановці діагнозу захворювань пародонта користувалися класифікацією Данилевського М.Ф. Отримані результати підлягали варіаційно-статистичній обробці із застосуванням статистичного пакету «Stat Soft 6.0», класичних методів варіаційної статистики із використанням середніх величин і оцінкою їх достовірності.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати огляду показали низький рівень догляду за ротовою порожниною майже у всіх обстежених. Всі пацієнти користувалися індивідуальними засобами догляду за ротовою порожниною, але у більшості пацієнтів не була правильно підібрана зубна паста чи щітка або ж термін користування щіткою значно перевищував рекомендовані. Лише одиниці з них використовували зубну нитку та ополіскувачі. Аналіз показників гігієнічних індексів показав наступні результати: у хворих основної групи значення індексу Грін-Вермільйон становило $1,99 \pm 0,13$ бали ($p < 0,001$), що відповідає незадовільному рівню гігієни. У пацієнтів ж контрольної рівень гігієни ротової порожнини був задовільним і складав $1,10 \pm 0,17$ бали.

Таблиця 1. Гігієнічний стан ротової порожнини основної та контрольної груп (M±m)

Групи пацієнтів	N	Індекс Грін-Вермільйона	Ступінь гігієни
Основна група (А)	30	1,99±0,13	Незадовільний рівень гігієни
Контрольна група (В)	10	1,10±0,17	Задовільний рівень гігієни
p* (А:В)			p<0,001

Примітка. p – показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп

Відповідно до індексу в основній групі, у 30,0% пацієнтів (9 з 30 обстежених) реєстрували задовільну гігієну ротової порожнини, у 40,0% пацієнтів (12 з 30 обстежених) – незадовільну гігієну, а у решти 30,0% (9 з 30 обстежених) – погану гігієну ротової порожнини.

Що ж стосується контрольної групи, то показники були наступними: у 2 пацієнтів з 10 була добра гігієна ротової порожнини (20,0%), у 6 пацієнтів – задовільний рівень (60,0%), а у решти 2 пацієнтів – незадовільний рівень гігієни ротової порожнини (20,0%). Пацієнтів з поганим рівнем гігієни ротової порожнини в даній досліджуваній групі не було. Аналізуючи показники індексу Грін-Вермільйона видно, що при поглибленні патологічного процесу спостерігається погіршення стану гігієни ротової порожнини (табл. 1).

Висновок

1. Рівень гігієни у хворих є досить низьким, що пов'язано з недостатніми знаннями при виборі індивідуальних засобів гігієни та невчасною їх заміною.

2. У хворих з генералізованим пародонтитом II ступеня та гіпертонічною хворобою II стадії рівень гігієни ротової порожнини нижчий, ніж в соматично здорових: чим гірший гігієнічний стан, тим більше виражені зміни в тканинах пародонту.

3. Можна передбачити, що підвищення артеріального тиску впливає на стан ротової порожнини і створює вищий ризик виникнення та ускладнює перебіг захворювань тканин пародонта.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним є подальше вивчення етіологічних факторів та патогенетичних механізмів розвитку захворювань пародонта на тлі гіпертонічної хвороби й оптимізація існуючих методів їх лікування.

Література

1. Білоклицька Г. Ф. Регенераторний потенціал кісткової тканини у хворих на генералізований пародонтит II, II-III ст. та аналіз його значення при проведенні хірургічних втручань на пародонті / Г. Ф. Білоклицька, Л. М. Панченко, Ю. Є. Браун // Український стоматологічний альманах. – 2016. – №1. – С. 29–30.
2. Грудянов А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов // М.: «Московское информационное агенство». – 2009. – 336 с.
3. Приходько В.Ю. Артеріальні гіпертензії і вік: поширення, особливості перебігу та ускладнення/ В.Ю. Приходько, Л.А.Стаднюк, О.А. Кононенко // Сімейна медицина. – 2015.- №1(57). – с. 93-98.
4. Тончева К. Д. Біоплівка в стоматології / К. Д. Тончева // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2015. – Т.15, №4(52). – С. – 33-35.
5. Юдина Н.А. Контроль биопленки в современной стратегии профилактики и лечения стоматологических заболеваний / Н. А. Юдина, А. Ю. Курочкина // Стоматология. – 2009. - №3. - С. 77-81.
6. Bosshardt D. D. Biological mediators and periodontal regeneration : a review of enamel matrix proteins at the cellular and molecular levels / D. D. Bosshardt // J. Clin.Periodontol. – 2008. – №35. – P. – 87-105. doi:10.1111/j.1600-051X.2008.01264.x
7. Carlsson J. Bacterial metabolism in dental biofilms / J. Carlsson // Adv. Dent. Res. – 1997. – №11. – P. 75–80.
8. Cortellini P. Clinical and radiographic outcomes of the modified

minimally invasive surgical technique with and without regenerative materials: a randomized-controlled trial intrabony defects / P. Cortellini, M. S. Tonetti // J. Clin. Periodontol. – 2011. – №38. – P. 365–373.

9. Deusch D. Amelogenin, a major structural protein in mineralizing enamel, is also expressed in soft tissues: brain and cells of the hematopoietic system / D. Deutsch, A. Haze-Fildelman, A. Blumenfeld // Eur. J. Oral. Sci. – 2006. – №114. – P. 183–189.

10. Dietrich T. Associations between periodontal diseases and systemic disease: evaluating the strength of the evidence / T. Dietrich, R.I. Garcia // J. Periodontol. – 2005. – №76. – P. 3175-3184.

11. Donald R. M. Biofilm: survival mechanisms of clinically relevant microorganisms / R. M. Donald, J. W. Costerton // Clin. Microbiol. Rev. – 2002. – №5(2). – P. 167–193.

12. Hagenaaars S. Soft tissue wound healing following periodontal surgery and Emdogain application / S. Hagenaaars, P. H. Louwerse, M. F. Timmerman // J. Clin. Periodontol. – 2004. – №31. – P. 850.

13. Palmer R. J. Coaggregation-mediated interactions of streptococci and actinomyces detected in initial human dental plaque / R. J. Palmer, S. Gordon, J. O. Cisar // J. Bacteriol. – 2003. – №185(11). – P. 3400–3409.

14. Research Group on Periodontology (Ergoperio) Guided tissue regeneration/deproteinized bovine bone mineral or papilla preservation flaps alone for treatment of intrabony defects. II: radiographic predictors and outcpmes / Research Group on Periodontology (Ergoperio) // J. Clin. Periodontol. – 2006. – №33. – P. 351-359.

15. Thomas G.J. Managing the complexity of a dynamic biofilm / G.J. Thomas, A. Lindsay, B.S. Nakaishi // J. Am. Dent. Assoc. - 2008. - №139(3). - P. 252.

16. Wecke J. A novel technique for monitoring the development of bacterial biofilms in human periodontal pockets / J.Wecke, T. Kersten, K. Madela [et al.] // FEMS Microbiol Lett. – 2000. – №191. – P. 95–101.

Вивчаренко Т.И., Рожко М.М.

Оценка состояния гигиены полости рта у больных с генерализованным пародонтитом II степени и гипертонической болезнью II стадии

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, ул. Галицкая, 2, Ивано-Франковск, 76018, Украина

Резюме. Вступ. Генерализованный пародонтит - самый распространенный вид патологии пародонта, особенно во второй половине жизни человека. Высокая распространенность, склонность к прогрессированию и многогранное влияние на зубочелюстную систему и организм в целом, а также неоднозначность лечения позволяют отнести заболевания пародонта к числу актуальных проблем современной медицины. Это диктует необходимость поиска оптимальных путей профилактики и лечения. Установлена тесная связь патологии пародонта с общими заболеваниями организма, особое место среди которых занимает сердечно-сосудистая патология, а именно гипертоническая болезнь, которая встречается в каждого 2-3 взрослого человека.

Целью работы является изучение гигиенического состояния полости рта у пациентов с генерализованным пародонтитом II степени, больных гипертонической болезнью II стадии. Обследовано 30 больных гипертонической болезнью II стадии с генерализованным пародонтитом II степени, которые проходили курс лечения в Ивано-Франковском областном клиническом кардиологическом диспансере. Возраст обследуемых колебался от 35 до 54 лет. Данные больные составили основную группу. Группа контроля составляла 10 пациентов без общесоматической патологии того же возраста.

Материалы и методы. Гигиеническое состояние полости рта больных определяли по гигиеническому индексу Грин-Вермильон. При постановке диагноза заболеваний пародонта пользовались классификацией Данилевского М.Ф. Полученные результаты подлежали вариационно-статистической обработке с применением статистического пакета «Stat Soft 6.0», классических методов вариационной статистики с использованием средних величин и оценкой их достоверности.

Результаты. Результаты осмотра показали низкий уровень ухода за полостью рта почти во всех обследованных. Анализ гигиенических индексов показал следующие результаты: у больных основной группы значение индекса Грин-Вермильон составило 1,99±0,13 балла (p <0,001), что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены. У пациентов контрольной группы уровень гигиены полости рта был удовлетворительным и составлял 1,10±0,17 балла. Согласно индексу в основной группе, у 30,0% пациентов (9 из 30 обследованных) регистрировали удовлетворительную гигиену ротовой полости, у 40,0% пациентов (12 из 30

обследованных) - неудовлетворительную гигиену, а в остальных 30,0% (9 из 30 обследованных) – плохую гигиену ротовой полости.

Что же касается контрольной группы, то показатели были следующими: у 2 пациентов из 10 была хорошая гигиена полости рта (20,0%), у 6 пациентов - удовлетворительный уровень (60,0%), а в остальных 2 пациентов - неудовлетворительный уровень гигиены полости рта (20,0%). Пациентов с плохим уровнем гигиены полости рта в данной исследуемой группе не было. Анализируя показатели индекса Грин-Вермилльона видно, что при углублении патологического процесса наблюдается ухудшение состояния гигиены полости рта.

Итак, можно сделать следующие выводы: уровень гигиены у больных есть достаточно низким, что связано с недостаточными знаниями при выборе индивидуальных средств гигиены и несвоевременной их заменой. У больных с генерализованным пародонтитом II степени и гипертонической болезнью II стадии уровень гигиены полости рта ниже, чем в соматически здоровых: чем хуже гигиеническое состояние, тем более выражены изменения в тканях пародонта. Можно предположить, что повышение артериального давления влияет на состояние ротовой полости и создает высокий риск возникновения и усугубляет течение заболеваний тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, гипертоническая болезнь, состояние гигиены полости рта.

T.I. Vivcharenko, M.M. Rozhko

Evaluation of Oral Hygiene in Patients with Generalized Periodontitis of II Degree and Stage II Hypertension

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Generalized periodontitis is the most common form of periodontal pathology, especially in the second half of life. Nowadays, the problem of periodontal disease is relevant due to its high prevalence, tendency to progression, multifaceted influence on the dentoalveolar system and the whole organism as well as uncertain treatment. Therefore, there is a need to find optimal ways of prevention and treatment of this disease. Close relationships between periodontal pathology and systemic diseases, such as hypertension, which affects every 2nd -3rd adult were determined.

The objective of the research was to determine the status of oral cavity hygiene in patients with generalized periodontitis of II degree and stage II hypertension.

Materials and methods. The study included 30 patients with generalized periodontitis of II degree and stage II hypertension being treated in the Ivano-Frankivsk Regional Clinical Cardiology Dispensary; the average age ranged from 35 to 54 years (the main group). The control group included 10 patients of the same age without generalized periodontitis and somatic pathology.

The status of oral cavity hygiene was determined using the Green Vermillion index. The diagnosis of periodontal disease was made on the basis of the classification proposed by M.F. Danilevskyi. The obtained results were subjected to variation-statistical analysis using statistical package "Stat Soft 6.0"; classical methods of variational statistics were applied; mean values and their reliability were evaluated.

Results. The results of examination showed poor oral hygiene in almost all patients. The analysis of hygienic indices showed the following results: in patients of the main group, the Green Vermillion index was 1.99 ± 0.13 points ($p < 0.001$) which corresponds to unsatisfactory level of oral hygiene. In patients of the control group, this index was 1.10 ± 0.17 points which corresponds to satisfactory level of oral hygiene. According to the index, 9 (30.0%) patients of the main group had satisfactory oral hygiene, 12 (40.0%) patients had poor oral hygiene, and in 9 (30.0%) patients, poor oral hygiene was observed.

In the control group, 2 (20.0%) patients had good oral hygiene, 6 (60.0%) patients had satisfactory oral hygiene and in 2 (20.0%) patients, unsatisfactory oral hygiene was observed. There were no patients with poor oral hygiene. The analysis of the indicators of the Green Vermillion index showed that in case of the pathological process exacerbation the oral hygiene status in patients deteriorated.

Conclusions. The level of oral hygiene in patients of both groups was low due to incorrect selection of personal hygiene products or their untimely replacement. In patients with generalized periodontitis of II degree and stage II hypertension, the level of oral hygiene was lower than in somatically healthy persons: the worse status of oral cavity hygiene – the more pronounced changes in the periodontal tissues. We can suppose that high blood pressure affects the status of the oral cavity, creates a higher risk and exacerbates the periodontal diseases.

Keywords: generalized periodontitis; hypertension; status of oral cavity hygiene.

Надійшла: 1.11.2016

Завершено рецензування: 25.11.2016

Прийнято до друку: 28.11.2016

DOI: 10.21802/gmj.2016.4.17

L.O. Voloshyna

Main Features of Impaired Fibrinolytic and Proteolytic Activity of Blood Plasma in Patients with Osteoarthritis Depending on Comorbidity

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

voloshka3@mail.ru

Abstract. The objective of the research was to study the features of impaired fibrinolytic and proteolytic activity of blood plasma in patients with osteoarthritis (OA), depending on the age levels of comorbidity.

Material and methods. The age features of comorbid processes prevalence in 120 patients with OA were clinically studied, fibrinolytic and proteolytic activity of blood, levels of fibrinogen and C-reactive protein were also studied using biochemical methods.

Results. Comorbidity in patients with OA at the age under 50 was established low. The level of comorbidity increases to at the age of 51-60, after 60 years the phenomenon of comorbidity is more significant by frequency and severity. The diseases of the cardiovascular system dominated, including metabolic syndrome, diseases of the digestive tract and kidneys were less frequent. Cardiovascular risk (CVR) levels were high after the age of 50, gastrointestinal risk was less frequent. Fibrinolysis minor disorders were observed in patients with low comorbidity, namely fibrinolytic and proteolytic activity of blood as a

part of high CVR progressively deteriorated and the level of fibrinogen and C-reactive protein increased in the patients at the age after 50 (especially 60) on the background of high comorbidity levels.

Conclusions. The level of comorbidity and CVR increased in patients with OA with age, increase in disease severity and duration. These phenomena were accompanied by progressive disorders in fibrinolytic and proteolytic activity of the blood, increased levels of fibrinogen and C-reactive protein as one of the components of CVR.

Keywords: osteoarthritis; comorbidity; fibrinolytic, proteolytic activity levels.

Problem statement and analysis of the recent research

Osteoarthritis (OA) is one of the most common age-dependent diseases which affect joints, with an inflammatory component characterized by high level of poly- and comorbidity [6, 9]. Among them the most common diseases include the