

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН НЕСПЕЦИФІЧНИХ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Л. Х. Дурягіна

ДУ «Кримський медичний університет ім. С.І. Георгієвського»,
м. Сімферополь

Резюме. У статті наведені дані про вплив психічного стану людини на розвиток неспецифічних адаптаційних реакцій у хворих із запальними захворюваннями тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота. Показана висока ефективність використання препарату «Циталопрам» у комплексному лікуванні хворих.

Ключові слова: захворювання пародонту, психічний стан, адаптаційні реакції.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Л. Х. Дурягина

Резюме

В статье приведены данные об изучении корреляционных связей психического состояния и неспецифических адаптационных реакций у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта. Определена высокая эффективность использования препарата «Циталопрам» в комплексном лечении пациентов.

Ключевые слова: заболевания пародонта, психологическое состояние, реакции адаптации.

INFLUENCE OF COMPLEX THERAPY ON THE STATE OF NONSPECIFIC ADAPTIVE REACTIONS IN PATIENTS WITH PARODONTIUM INFLAMMATORY DISEASES AND MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

L. Duryagina

Summary

This paper presents data on the study of correlations and mental condition of adaptive reactions in patients with inflammatory periodontal disease and oral mucosa. A high efficiency of the drug «Tsitalopram» in the complex treatment of patients.

Key words: parodontium diseases, mental state, adaptive reactions

Запальні захворювання пародонту займають друге місце за своєю поширеністю серед стоматологічних захворювань після карієсу зубів [3, 5]. В Україні запальні захворювання пародонту є найбільш масовими захворюваннями дорослого населення [2, 5]. Зараз є загальноприйнята концепція важливої ролі центральної нервової системи в утворенні патогенетичних і клінічних детермінант захворювань [1, 4, 6]. Ми детально дослідили джерела літератури та не знайшли необхідних даних про вплив психічного стану людини на розвиток неспецифічних адаптаційних реакцій у хворих [4, 6].

МАТЕРИАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстеження проводили впродовж 2004–2007 років на базі кафедри терапевтичної стоматології ДУ «Кримський медичний університет імені С.І. Георгієвського» й міської стоматологічної поліклініки м. Сімферополь, а також відділення неврозів міського психоневрологічного диспансера із приводу хвороб тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота (СОПР). Усього обстежено 562 особи віком від 16 до 44-х років. Жінок було 360, чоловіків – 182. Розподіл пацієнтів згідно з даною віковою періодизацією було таким: юнацького віку (17–21 рік юнаки, 16–20 років дівчата), I період зрілого віку (22–35 років чоловіки, 21–35 років жінки), II період зрілого віку (36–60 років чоловіки, 36–55 років жінки). Ураховуючи те, що в дослідженнях були відсутні пацієнти літнього та похилого віку, ці вікові категорії не виділяли.

Проблема адаптації людини як загально-біологічна набуває особливої актуальності при розробці методів лікування та профілактики хвороб. У сучасній медицині зростає інтерес до проблеми неспецифічної резистентності організму людини до мінливих умов зовнішнього та внутрішнього середовища й пошуків шляхів її підвищення [2, 7]. За результатами остаточних досліджень [8], важливу роль у розвитку захворювань пародонту та СОПР мають порушення адаптаційно-компенсаторних реакцій у порожнині

рота та організму в цілому. Для оцінки їх рівня були вивчені типи неспецифічних адаптаційних реакцій (НАР) за показниками лейкоцитарної формули. Забір капілярної крові проводили вранці натще за загальноприйнятною методикою. При оцінці неспецифічних адаптаційних реакцій урахували дані літератури [1, 10] про те, що складні нейроендокринні зміни, які характеризують кожну з адаптаційних реакцій, знаходять відображення у складі білої крові: загальної кількості лейкоцитів, відсотковому складі лімфоцитів, еозинофілів, нейтрофілів та їх співвідношення в лейкоцитарній формулі. Інші показники формених елементів крові були додатковими і свідчили про ступінь неповноцінності адаптаційних реакцій. У зв'язку з цим за компонентами лейкоцитарної формули можна судити про тип адаптаційної реакції у кожного хворого [3, 6, 7, 8]. Виходячи з результатів лейкограм, установлювали такі типи фізіологічних неспецифічних адаптаційних реакцій (НАР) організму – реакцію тренування (РТ), реакцію спокійної активації (РСА) й реакцію підвищеної активації (РПА), не фізіологічних – гострий стрес (ГС), хронічний стрес (ХС), реакцію переактивації (ПА), неповноцінної реакції тренування та активації (НР).

При аналізі лейкограм визначали індекс адаптації (ІА) за формулою:

$$IA = \frac{L_{\phi}}{H_{c/я}},$$

де L_{ϕ} – показник відносної кількості лімфоцитів;
 $H_{c/я}$ – показник відносної кількості сегментоядерних нейтрофілів.

Індекс адаптації є додатковою ознакою НАР, значення якого в нормі складає 0,55.

Дослідження неспецифічних адаптаційних реакцій проводили у 186 хворих у процесі постановки діагнозу та після проведення лікувально-профілактичних заходів, а також у 120 практично здорових осіб контрольної групи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Можливим фактором, що регулює метаболізм тканин ротової порожнини, від яких залежить характер реакції організму у відповідь на патогенну дію, є стан неспецифічних реакцій адаптації [6]. На сьогодні обґрунтовано уявлення про те, що однією і причиною розвитку та хронізації захворювань є порушення процесів адаптації, тобто неспецифічних захисно-приспосувальних реакцій стійкості до мінливих умов зовнішнього та внутрішнього середовища організму [5]. У цьому зв'язку вивчені типи неспецифічних адаптаційних реакцій у хворих з одночасним ураженням тканин пародонту й СОПР, що поєднані з депресивними розладами.

Дослідження характеру неспецифічних адаптаційних реакцій у хворих із поєднаними захворюваннями тканин пародонту та СОПР і високим ступенем депресивних переживань, які проведені після лікувально-профілактичних заходів, показали, що типи захисно-приспосувальних реакцій обстежених основної й порівнювальної груп відрізнялись. При цьому у хворих основної групи після проведення лікувально-профілактичного комплексу спостерігали достовірні зміни позитивної динаміки розвитку та підтримки фізіологічних реакцій тренування й активації, а у хворих групи порівняння вказані зміни були частіше недостовірними або мали негативну динаміку.

Звертає на себе увагу відсутність реакції хронічного стресу в усіх хворих дослідної групи після лікування, у той час як у групі порівняння даний тип нефізіологічної реакції виявляли в усіх хворих. Крім того, після лікування не встановлено реакції переактивації в жодного

хворого як основної, так і порівнювальної групи, що вказувало на зворотний механізм адаптаційних порушень в організмі обстежених.

Корекція адаптаційних реакцій за допомогою препарату «Циталопрам» сприяла розвитку найбільш позитивною в енергетичному відношенні гармонічної реакції спокійної активації, яка встановлена у 22,2 % хворих на м'яку лейкоплакію, поєднану з депресивними розладами, та достовірно відрізнялась від відповідного відсотка до лікування ($p < 0,01$). Однак в юнацькому віці та при в'язло текучих процесах, до яких можна віднести м'яку лейкоплакію, що є наслідком депресивних розладів, найбільш ефективною може бути реакція підвищеної активації. Цей тип неспецифічної адаптаційної реакції був зареєстрований у 58,3 % цієї групи хворих, що достовірно частіше порівняно з вихідним рівнем 2,8 % при ($p_1 < 0,001$). У цій групі обстежених також спостерігали істотне зменшення неефективної у прогностичному відношенні дисгармонічної реакції – від 69,4 % (до лікування) до 5,6 % (після лікування) ($p_1 < 0,001$). Розвиток такої нефізіологічної реакції, незважаючи на клінічне покращення й відсутність статистично достовірної розбіжності в цьому показнику зі здоровими особами контрольної групи, указував на неповне відновлення адаптаційно-приспосувальних функцій організму й необхідність диспансерного спостереження за цими хворими та проведення курсу профілактики.

На відміну від основної в порівнювальній групі після лікування за показниками лейкоцитарної формули встановлені нефізіологічні реакції: хронічного стресу (11,1 %) і неповноцінні (41,7 %), а кількість хворих з позитивною реакцією спокійної та підвищеної активації трохи збільшилась відповідно до 11,2 % і 8,3 %, але результати відносно до початкового рівня недостовірні ($p_1 > 0,05$).

Після лікування обстеження 24-х хворих основної групи на хронічний катаральний гінгівіт, поєднаний з депресивними розладами, виявило, що в юнацькому віці реєструвались лише фізіологічні реакції тренування (12,5 %) спокійної та підвищеної активації (25 % і 62,5 %). Дані результати дослідження хворих свідчать про гармонічну роботу систем, відповідальних за імунний захист, і підтверджують високу ефективність розробленого лікувально-профілактичного комплексу.

У той самий час 33,3 % хворих групи порівняння із хронічним катаральним гінгівітом, поєднаним з депресивним станом, мали напружені реакції тренування та активації, а 12,5 % – хронічного стресу, який сприяє дестабілізації всіх захисних систем організму. Активні захисні реакції, які проявляються спокійною та підвищеною активацією, що найбільш ефективні в цьому віковому періоді і при розвитку хронічного запального процесу, виявлені лише у 12,5 % випадків. Аналіз показників адаптаційних реакцій у цієї групи хворих показав достовірно збільшення реакції тренування (з 4,2 до 25 %, $p_1 < 0,001$), менш вигідної при наявності хронічного запального процесу.

Верифікація неспецифічних адаптаційних реакцій після лікування хворих на генералізований пародонтит початкового–І ступеня та м'яку лейкоплакію виявила переважно фізіологічні реакції, які зареєстровані в цілому в 91,3 % ($p_1 < 0,001$) випадків: реакція тренування (13 %), спокійної активації (26,1 %) і підвищеної активації (52,2 %), яку не мав до лікування жодний пацієнт.

У хворих групи порівняння не зменшилась кількість хворих із хронічним стресом, а в поєднанні з виявленою в 40,9 % випадків дисгармонічною реакцією з елементами напруженості свідчила про неефективність традиційного лікування в більш ніж половини пацієнтів, що підтверджувалось клінічними спостереженнями та даними літературних джерел [4, 7]

Цілеспрямована корекція адаптаційних реакцій за допомогою препарату «Циталограм» у хворих на генералізований пародонтит II ступеня й червоний плескатий лишай, що поєднані з депресивними розладами, сприяла розвитку реакції спокійної активації (45,4 %) підвищеної (27,3 %), які не спостерігали до лікування. Неадекватні реакції, що виявлені до лікування в 63,6 % випадків, після лікування встановлені в 3,5 рази рідше ($p_1 < 0,001$). Натомість у групі порівняння фізіологічні реакції тренування і спокійної активації встановлені лише в 30 і 10 % випадків. Реакція тренування для здорових людей є варіантом норми. Однак для хворих II періоду зрілого віку з генералізованим пародонтитом II ступеня й червоним плескатим лишаєм, що мають знижений запальний потенціал, більш ефективна реакція спокійної активації, яка реєструвалась у хворих порівняльної групи в поодиноких випадках.

Таким чином, дослідження неспецифічних адаптаційних реакцій після лікування хворих основної та порівнювальної групи виявило різну динаміку типів неспецифічних захисно-приспосувальних реакцій. При цьому у хворих основної групи з поєднаною патологією спостерігали розвиток фізіологічних реакцій тренування, спокійної та підвищеної активації з переважанням останньої в 96,4 % випадків при м'якій лейкоплакії, 91,7 % – хронічному катаральному гінгівіті, 91,3 % – генералізованому пародонтиті початкового–I ступеня та м'яку лейкоплакцію, 81,8 % – при генералізованому пародонтиті II ступеня й червоному плескату лишаю. Цілеспрямована корекція адаптаційних реакцій за допомогою препарату «Циталограм» сприяла усуненню реакції хронічного стресу та

переактивації. Отже, висока ефективність методу лікування за показниками неспецифічних адаптаційних реакцій обумовлена адаптогенною дією препарату «Циталограм».

У хворих груп порівняння спостерігали деякі покращення показників адаптаційних реакцій, однак установлені реакції хронічного стресу в 4 (11,1 %) хворих на м'яку лейкоплакцію, 3 (12,5 %) – на хронічний катаральний гінгівіт, 5 (22,7 %) – на генералізований пародонтит початкового–I ступеня та м'яку лейкоплакцію і 2 (20 %) – на генералізований пародонтит II ступеня і червоний плескатий лишай, а також дисгармонічних неадекватних (відповідно в 41,7; 33,3; 40,9 і 40 % випадків) свідчили про неефективність традиційного лікування, що підтвердилось клінічними спостереженнями та даними літературних джерел [6].

ВИСНОВКИ

Дослідження неспецифічних адаптаційних реакцій після лікування хворих основної і порівнювальної групи виявило різну динаміку типів неспецифічних захисно-приспосувальних реакцій.

Цілеспрямована корекція адаптаційних реакцій за допомогою препарату «Циталограм» сприяла усуненню реакції хронічного стресу й переактивації.

При вираженій неузгодженості підсистем організму та суттєвому порушенні механізмів адаптації з розвитком хронічної стресової реакції можна прогнозувати більш високу ефективність при одночасній корекції депресивних розладів за допомогою препарату «Циталограм» та адаптаційних реакцій – класичними адаптогенами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е.С. Акарачкова // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 60–64.
2. Борисенко А.В. Оцінка рівня ендогенної інтоксикації організму на етапах комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Н.І. Григ // Современная стоматология. – 2010. – № 5. – С. 44–45.
3. Вавилов Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта / Т.П. Вавилов: учеб. пособие. – М.: Издат. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 201 с.
4. Іванцова О.О. Динаміка показників нейропсихологічних шкал у хворих із синдромом помірних когнітивних порушень протягом 1 року від початку лікування / О.О. Іванцова // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Вип. 2, т. 3 (86). – С. 110–114.
5. Кулаков А.А. Роль защитных факторов организма в патогенезе воспалитель-

- ных заболеваний пародонта / А.А. Кулаков, О.А. Зорина, О.А. Борискина // Стоматология. – 2010. – Т. 89, № 6. – С. 72–77.
6. Михайленко І.О. Обґрунтування вибору адаптогенів для профілактики захворювань пародонту у працівників аміачного виробництва / І.О. Михайленко // Вісник стоматології. – 2010. – № 1. – С. 18–24.
7. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматология». – М., 2009. – 24 с.
8. Lamm M.E. Current concept in mucosal immunity / M.E. Lamm // Amer. J. Physiol. – 1998. – Vol. 274. – № 4. – P. 614–617.
9. Gjermo P. Epidemiology of periodontal diseases in Europe / P. Gjermo // Periodontol. Oral Implantsol. – 1998. – V. 17, № 2. – Abst. 1.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

СКЛОННОСТЬ К АЛКОГОЛИЗМУ ВИДНА В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, – ПСИХОЛОГИ

Склонность к алкоголизму видна в раннем возрасте, считают психологи из Университета содружества в Вирджинии, пишет «likar.info».

В ходе долгосрочного исследования ученые наблюдали за развитием 1 тыс. детей, начиная от рождения до 15-летнего возраста. Оказалось, что некоторые черты личности, которые проявляют в 5-летнем возрасте, связаны со склонностью к алкоголизму в подростковом возрасте. Так, чаще всего проблемы с алкоголем имели те подростки, у которых в раннем детстве проявлялись две крайности в чертах характера: эмоциональная нестабильность и относительно низкая коммуникабельность либо высокая коммуникабельность и экстраверсия. Психологи связывают такие крайности со склонностью к рисковому поведению. Вместе с тем они отмечают, что интересующийся спиртным подросток не обязательно вырастет пьяницей.

www.medexpert.org.ua

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

Знову у продажі!



Метрогіл Дента®* –

«ШВИДКА ДОПОМОГА»** для порожнини рота

- Діє на причину запалення – патогенні мікроорганізми***
- Застосовується при запальних захворюваннях порожнини рота****

* Метрогіл Дента® – протимікробний комбінований лікарський засіб для комплексного лікування і профілактики деяких інфекційно-запальних захворювань порожнини рота. Детальну інформацію про показання до застосування дивіться в Інструкції для медичного застосування препарату (Р. п. № UA/2871/01/01).

** Під «швидкою допомогою» слід розуміти: а) зникнення кровоточивості та болючості ясен у більшості хворих гінгівітом через 3 дні використання гелю Метрогіл Дента® (Лікування та профілактика хвороб пародонта. Грудянов О.І., д. м. н., професор, завідувач відділення пародонтології Центрального науково-дослідного інституту стоматології та щелепно-лицьової хірургії МОЗ РФ // Consilium provisorum, – № 6, – Том 1, – 2001); б) загибель усієї патогенної мікрофлори в пародонтальних карманах після 30-хвилинної експозиції лікарського засобу Метрогіл Дента® (Мельничук Г.М., Рожко М.М., Завербна Л.В. / Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз особливості лікування. Навч. посібник. – Івано-Франківськ, 2011. – С. 130).

*** Відповідно до Інструкції для медичного застосування.

**** Гострий і хронічний гінгівіт (набряклий, гіперпластичний, атрофічний і т. д.), гінгівіт Венсана, генералізований пародонтит (гострий і підгострий перебіг), травма слизової оболонки порожнини рота, викликана носінням протезів, альвеоліт, для профілактики загострень хронічного гінгівіту і пародонтиту. Фармакологічні властивості. Метрогіл Дента® – стоматологічний гель для ясен – протимікробний препарат для комплексного лікування і профілактики деяких інфекційно-запальних захворювань порожнини рота. Побічна дія. Після місцевого застосування Метрогілу Дента® ризик розвитку системних побічних явищ невеликий, однак можуть відзначатися металевий присмак у роті, головний біль, алергічні реакції (шкірний висип, свербіж, кропив'янка).

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією та проконсультуватися з лікарем. Р. п. МОЗ України № UA/2871/01/01 від 17.03.2010. Препарат Метрогіл Дента®. Діючі речовини: метронідазолу бензоат, хлоргексидину глюконат; 1 грам гелю містить: метронідазолу бензоату 16 мг, в перерахуванні на метронідазол – 10 мг; розчин хлоргексидину глюконату (20%) 2,5 мг, в перерахуванні на хлоргексидину глюконат – 0,5 мг; допоміжні речовини: сахарин, натрію гідроксид, динатрію едетат, левоментол, пропіленгліколь, карбонмер 940, вода очищена. Лікарська форма: гель для ясен. Зберігати в недоступному для дітей місці. Додаткова інформація надається за вимогою. ТОВ «Джонсон і Джонсон Україна»: 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 19–21. Тел.: (044) 498-08-88.