

УДК : 616:314 – 616.316 – 008.811

Л. Х. Дурягіна

ПОКАЗНИКИ ШВИДКОСТІ СЛИНОВИДІЛЕННЯ, СТАН КИСЛОТНО-ЛУЖНОЇ РІВНОВАГИ І МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З ДЕПРЕСИВНИМ СТАНОМ

ДУ «Кримський медичний університет імені С.І. Георгієвського»

Взаємозв'язок уражень тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота із загальносоматичними хворобами організму, значна поширеність та певні особливості перебігу підтверджено дослідженнями вітчизняних і зарубіжних учених [2,9,11,13]. В окремих працях доведена важливість впливу центральної нервової системи на виникнення і перебіг стоматологічних хвороб [1,9,10,13,15]. Актуальність проблеми зумовлена одночасним розвитком хвороб пародонта і слизової оболонки порожнини рота, особливістю їх розвитку та обтяженням клінічного перебігу стоматологічних хвороб при поєднанні із супутніми психогенними розладами. Значна поширеність, труднощі досягнення позитивних результатів лікування свідчать про необхідність вивчення основних факторів, які зумовлюють розвиток цих хвороб і потребу подальшого пошуку методів їх комплексної терапії та профілактики.

Вирішальним індивідуальним фактором у стійкості до розвитку хвороб тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота є місцеві умови ротової порожнини, які визначаються якісними і кількісними характеристиками змішаної слини, здатністю її підтримувати кислотно-лужну рівновагу і стан біоценозу [3,4,7,8,15]. В опрацьованих літературних джерелах не повністю висвітлена їхня роль у пускових механізмах розвитку уражень тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота в поєднанні з когнітивними й особистісними розладами [1,5,11,15]. У попередніх дослідженнях ми встановили вплив характеру слиновиділення та кислотно-лужної рівноваги і ступеня мікробіоценозу на розвиток цих хвороб.

Мета дослідження - вивчити показники швидкості слиновиділення, стану кислотно-лужної рівноваги і мікробіоценозу порожнини рота в динаміці лікування хворих із одночасними ураженнями тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота, поєднаними з депресивним станом.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети дослідження обстежили 94 хворих основної групи після лікувально-профілактичного курсу в порівнянні з 92 хворими, лікування і профілактику яких здійснювали традиційними методами. Розподіл хворих основ-

ної групи був такий: 36 пацієнтів із м'якою лейкоплакією (МЛ): 34 (47,2%) із типовою та 2 (2,8%) з атиповою формою; 24- з хронічним катаральним генералізованим гінгівітом (ХКГГ); 23- з генералізованим пародонтитом початкового-І ступеня (ГП поч.- І ступеня) і м'якою лейкоплакією і 11- із генералізованим пародонтитом ІІ ступеня (ГП ІІ ступеня) і червоним плескатим лишаям (ЧПЛ) гіперкератозної форми. У групу порівняння включено: 36 із МЛ: 33 (45,8%) із типовою та 3(4,2%) з атиповою формою; 24- з ХКГГ, 22- з ГП поч. - І ступеня і МЛ і 10- з ГП ІІ ступеня і ЧПЛ гіперкератозної форми.

Дослідження проводили протягом 2004-2009 рр. за відповідною методикою лікування хворих основної та порівняльної груп. Загальне патогенетичне лікування хворих основної групи після консультації психотерапевта охоплювало: мотивацію здорового способу життя; усунення шкідливих звичок; раціональне харчування; аутотренінг; призначення препаратів «Циталопрам» (20 мг 1 раз за добу протягом 2 міс.); полівітамінний комплекс «Алфавіт» (по 1 табл. 3 рази за день: зранку – білого кольору, в обід – рожевого, увечері – блакитного протягом 1 міс.); «Біокосмовіт Плюс» (по 1 капсулі після їди двічі за добу протягом 2 міс.); «Енеріон» (200 мг по 1 табл. двічі за добу протягом 1 міс.); «Умкалор» (по 20 крап. 3 рази за добу за 30 хв. до їди курсом 7 днів), потім «Аргінінцинк» (по 1 капс. 1 раз за день під час їди протягом 3 тиж.). Загальне патогенетичне лікування порівняльної групи хворих проводили за протоколами надання стоматологічної допомоги МОЗ України.

Місцеве симптоматичне лікування хвороб тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота в поєднанні з депресивними розладами передбачало насамперед обов'язкове усунення травмувальних факторів, санацію ротової порожнини, заміну неякісних реставрацій і ортопедичних конструкцій, професійну гігієну порожнини рота і підбір індивідуальних гігієнічних засобів та методів. Під час лікування призначали комплексну індивідуальну гігієну порожнини рота за допомогою зубної пасти «PresiDENT Exclusiv» 2 рази за день і зубного ополіскувача «PresiDENT Profi» 2 рази за день. По закінченні патогенетичного лікування для що-

денного догляду за ротовою порожниною рекомендували зубну пасту «PresiDENT Classic» 2 рази за день, зубний ополіскувач «PresiDENT Classic Plus», зубну щітку «PresiDENT Z3», м'яку зубну нитку «PresiDENT Mint & Fluor». Усі гігієнічні засоби фірми «BetaFarma S.p.A», Мілан (Італія).

Місцеве патогенетичне лікування хвороб пародонта у хворих основної та порівнювальної групи охоплювало: антисептичну обробку порожнини рота препаратом «Октенідол» (полоскання розчином 1:5 протягом 30 с 2-3 рази за день); обережне втирання в уражену ділянку ясен гелю «Холісал» кілька хвилин 2-3 рази за добу після їди і перед сном протягом 7 днів; призначали препарат «Імудон» (по 2 табл. 4 рази за день після їди утримувати в порожнині рота до повного розсмоктування, 20 днів); за показаннями – хірургічне лікування (розкриття абсцесу, кюретаж), вибіркоче пришліфування, тимчасове і постійне шинування тощо. Для лікування м'якої лейкоплакії призначали: ультрафонофорез 0,1% розчину препарату «Галавіт», тривалість процедури 10 хв., курсом 4 процедури щодня за інтенсивності озвучування 0,4 Вт/см²; аплікації 3,44% масляного розчину вітаміну А на ділянку кератозу 3-4 рази за день по 15-20 хв. протягом 2 тижнів. Для лікування червоного плескатою лшаю призначали: ін'єкції 0,1 г препарату «Галавіт» під елементи ураження, попередньо розчиненого в 2,0 мл стерильного 0,9% фізіологічного розчину, на курс – 3-4 ін'єкції; аплікації 3,44% масляного розчину вітаміну А на ділянку кератозу 3-4 рази за день по 15-20 хв. протягом 2 тижнів.

Ступінь дисбіозу визначали ферментативним методом за А.П. Левицьким і соавт.[4].

Ротову рідину для дослідження збирали протягом 15 хв. після полоскання порожнини рота дистильованою водою без стимуляції слиновиділення [4]. Швидкість слиновиділення за певний проміжок часу визначали за формулою:

$$C_s = V/T,$$

де C_s – швидкість слиновиділення (у мл/хв), V – об'єм виділеної слини (в мл), T – час забору слини (у хв.).

Стан КОР у порожнині рота оцінювали за допомогою найбільш інформативного водневого показника (pH) і сахарозного та карбамідного pH -тестів.

pH ротової рідини визначали за допомогою тесту Saliva Check. Тестову сахарозну криву pH (крива Стефана) в змішаній слині отримували після полоскання порожнини рота 15 мл 47% розчину сахарози протягом 30 с із визначенням pH . Карбамідну криву pH – після аналогічного полоскання рота 15 мл 8% розчину карбаміду. Сахарозний і карбамідний pH -тести дозволяють безпосе-

редньо в порожнині рота опосередковано комплексно оцінити як метаболічну активність мікрофлори, так і можливості системи регуляції КОР [7,8]. Для мінімізації аналітичної похибки зазначені тести проводили в різні дні дослідження: в I день – сахарозний тест, у II – карбамідний.

Активність лізоциму в надосадковій рідині змішаної слини визначали хітиновим методом [4], який базується на його спорідненості до хітину – полісахариду із панцирів раків і крабів. Активність лізоциму визначали в мкг/мл.

Ступінь обсіювання порожнини рота мікроорганізмами визначали на основі визначення ферменту уреазу [4].

Результати дослідження

За результатами детального вивчення показників швидкості слиновиділення, кислотнотолужного стану і біоценозу порожнини рота до лікування хворих установили відсутність у більшості випадків достовірної різниці між основною і порівняльною групами. Натомість після лікування динаміка показників (табл. 1, 2) була неоднакова.

Результати дослідження цих показників у хворих основної і порівняльної груп із поєднаним ураженням м'якою лейкоплакією і депресивними розладами в динаміці лікування підтверджують дані літератури [1] про незалежність розвитку цієї хвороби від стану середовища порожнини рота. Це пояснює недостовірність різниці всіх показників стану ротової порожнини в процесі лікування цієї категорії хворих.

Велике значення в підтриманні гомеостазу ротової порожнини мають активність слинних залоз і характер секреції слини [7,8,12]. Визначення цього показника у хворих основної групи після проведеного лікувально-профілактичного курсу виявило достовірне посилення слиновиділення: з $0,92 \pm 0,039$ до $1,22 \pm 0,034$ мл/хв при ХКГГ; з $0,69 \pm 0,027$ до $1,15 \pm 0,042$ мл/хв при ГП початково-І ступеня і МЛі з $0,59 \pm 0,043$ до $1,12 \pm 0,07$ мл/хв при ГП II ступеня і ЧПЛ, з високим ступенем вірогідності різниці показників ($p_1 < 0,001$). Позитивна динаміка функціональної активності слинних залоз і достовірне підвищення рівня секреції слини у хворих основної групи сприяла покращенню одного з найбільш інформативних показників – pH ротової рідини. Після лікування основної групи хворих на ХКГГ, поєднаний із депресивним станом, концентрація водневих іонів у ротовій рідині склала $7,0 \pm 0,032$ (проти $6,67 \pm 0,38$ на початку лікування, $p_1 < 0,001$); на ГП початкового- I ступеня і МЛ – $6,9 \pm 0,047$ (проти $6,53 \pm 0,034$, $p_1 < 0,001$), ГП II ступеня і ЧПЛ – $6,85 \pm 0,06$ (проти $6,45 \pm 0,053$, $p_1 < 0,001$).

Динамика показників слиновиділення, стану кислотно-лужної рівноваги та мікробіоценозу ротової порожнини при захворюваннях тканин пародонта і СОПР, що поєднані з депресивними розладами, до і після лікування хворих основної групи

Показники обстежених хворих	Основна група хворих							
	хворі на МЛ поєднані з ДР n =36		хворі на ХКГ поєднані з ДР n =24		хворі на Г П нач.-І ступ. і МЛ, що поєднані з ДР n =23		хворі на Г П ІІ ступ. і ЧПЛ, що поєднані з ДС n =11	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Шв.слинов.мл /хв	1,14±0,03 7	1,17±0,03 3	0,92±0,03 9	1,22±0,03 4	0,69±0,02 7	1,15 ±0,042	0,59±0,04 3	1,12±0,0 7
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,05	p ₁ <0,001	p<0,001	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
pH рот.рідини	6,97±0,05 2	7,1±0,04	6,67±0,03 8	7,0±0,032	6,53±0,03 4	6,9±0,04 7	6,45±0,05 3	6,85±0,0 6
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
Ампл.сах.крив ої	0,57±0,01 3	0,58±0,00 9	0,64±0,02 4	0,58±0,01 4	0,74±0,03 1	0,58±0,0 16	0,74±0,03 1	0,6±0,02 2
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,05	p ₁ <0,05	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
Ампл.кар.крив ої	0,60±0,02 4	0,6±0,016	0,66±0,02 4	0,61±0,01 9	0,70±0,04 2	0,62±0,0 28	0,76±0,03 5	0,62±0,0 26
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,001	p ₁ <0,05	p<0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
Аб-сол.актурези мкмоль/л	2,53±0,12 5	2,6±0,108	5,92±0,24 1	2,7±0,083	5,6±0,547	3,1±0,28 8	8,57±0,48 7	3,3±0,29
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p<0,001	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
Аб-сол.актлізоци му мкмоль/л	79,03±0,0 48	78,4,054±	86,98±3,4 33	83±2,76	60,57±2,6 49	72,5±1,3 4	58,16±1,8 25	70±1,454
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
Відн.акт.уреаз и мкмоль/л	1,24±0,06 1	1,3±0,54	2,87±0,12	1,64±0,5	2,67±0,26 7	1,8±0,18 4	4,21±0,23 9	2,0±0,11 5
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p<0,001	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001
Відн.акт.лізоци му мкмоль/л	0,818±0,0 4	0,8±0,042	0,9 ±0,035	0,91±0,47	0,63± 0,027	0,78±0,0 25	0,60 ±0,019	0,72±0,0 17
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p>0,05	p ₁ >0,05	p>	p ₁ <0,001	p>	p ₁ <0,001
С/Д	1,6±0,065	1,5±0,06	3,37±0,19 5	2,1±0,086	4,55 ±0,52	2,55±0,2 47	7,05± 0,435	2,9±0,02 9
p	p>0,05	p ₁ >0,05	p<0,01	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001	p>0,05	p ₁ <0,001

Примітка: p- достовірність різниці показників основної групи до лікування хворих;

p₁- достовірність різниці показників основної групи після лікування хворих

У хворих порівнювальної групи після проведеного курсу лікування значення показників, що визначають динамічну рівновагу обмінних процесів у ротовій порожнині, майже не змінились. Так, швидкість секреції слини до початку лікування становила 0,88±0,05 мл/хв при ХКГГ, 0,72±0,034 мл/хв при ГП початкового-І ступеня і МЛ, 0,61±0,0029 мл/хв. при ГП ІІ ступеня і ЧПЛ, після лікування –

відповідно 1,02±0,045; 0,83 ±0,03 і 0,71±0,016 мл/хв, при меншій, ніж допустимо в медичних дослідженнях, достовірності різниці показників (p₁>0,05). Показники рН ротової рідини склали відповідно до лікування 6,73 ±0,048, 6,55±0,03 і 6,47 ±0,054, після лікування – 6,8±0,051; 6,7±0,031 і 6,55±0,05, при p₁>0,05.

Таблиця 2
Динамика показників слиновиділення, стану кислотно-лужної рівноваги та мікробіоценозу ротової порожнини при захворюваннях тканин пародонта і СОГР, що поєднані з депресивними розладами, до і після лікування хворих порівняльної групи

Показники обстежених хворих	Порівнювальна група хворих							
	хворі на МЛ поєднані з ДР n =36		хворі на ХКГ поєднані з ДР n =24		хворі на Г П нач.-I ступ. і МЛ, що поєднані з ДР n =22		хворі на Г П II ступ. і ЧПЛ, що поєднані з ДС n =10	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Шв.слиновмл/хв	1,14±0,036	1,15±0,031	0,88±0,05	1,02±0,045	0,72±0,034	0,83±0,03	0,61±0,029	0,71±0,016
p		p ₁ >0,05		p ₁ <0,05		p ₁ <0,01		p ₁ <0,01
pH рот.ридини	6.91±0,055	6,98±0,048	6.73±0,048	6,8±0,051	6.55±0,03	6,7±0,031	6.47±0,054	6,55±0,05
p		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05
Ампл.сах.кривої	0,54±0,016	0,58±0,013	0,66±0,021	0,64±0,014	0,73±0,035	0,7±0,024	0,78±0,056	0,75±0,037
p		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05
Ампл.кар.кривої	0,58±0,025	0,58±0,021	0,72±0,026	0,7±0,02	0,84±0,048	0,81±0,042	0,82±0,056	0,8±0,033
p		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05
Абсол.акт.уреази мкмоль/л	2,9±0,16	2,8±0,14	7,59±0,171	6,0±0,117	5,39±0,719	4,2±0,47	8,84±0,424	5,7±0,238
p		p ₁ >0,05		p ₁ <0,001		p ₁ <0,01		p ₁ <0,001
Абсол.акт.лізоциму мкмоль/л	88,05±4,35	85±3,21	90,27±2,341	85,09±1,9	64,36±2,881	68±2,568	55,22±2,164	59±1,758
p		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05
Відн.акт.уреази мкмоль/л	1,42±0,078	1,5±0,072	3,73±0,084	2,5±0,126	2,65±0,353	2,1±0,27	4,54±0,32	2,8±0,2
p		p ₁ >0,05		p ₁ <0,01		p ₁ <0,01		p ₁ <0,01
Відн.акт.лізоциму мкмоль/л	0,91±0,045	0,9±0,04	0,93±0,024	0,9±0,027	0,67±0,03	0,69±0,024	0,57±0,022	0,6±0,019
p		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05
С/Д	1,58±0,057	1,6±0,052	4,02±0,075	3,8±0,07	4,3±0,669	4,1±0,528	7,9±0,513	7,0±0,385
p		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ >0,05		p ₁ <0,01

Примітка: p- достовірність різниці показників порівняльною групою до лікування хворих;

p₁- достовірність різниці показників порівняльною групою до та після лікування хворих

Використання індивідуальних гігієнічних засобів і методів у комплексі лікувально-профілактичних заходів сприяло значному покращенню кислотно-лужного балансу в порожнині рота хворих основної групи. При цьому спостерігали зниження активності ацидогенної й аміакопродукуючої мікрофлори за показниками амплітуди кривої Стефана на 9,4; 21,6 і 18,9%; карбамідної – на 7,6; 11,4 і 18,4% з достовірністю різниці значень 99,9%.

Натомість застосування традиційних підходів у лікуванні та профілактиці одночасних уражень тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота, що поєднані з депресивним станом, не сприяло достовірним змінам кислотно-лужної рівноваги порожнини рота, що вказувало на їхню невисоку ефективність.

Вивчення стану мікробіоценозу ротової порожнини після лікування хворих основної групи з ХКГГ, що поєднані з депресивними розладами, виявило значні достовірні зміни показників мікробного обсіменіння і рівня антимікробного захисту порожнини рота відносно початкового рівня до лікування. Так, після лікування абсолютна уреазна активність цього біотопу склала 2,7±0,083 мкмоль/л (проти 5,92±0,241 мкмоль/л до лікуван-

ня p₁<0,001), відносна – 1,64±0,5 (проти 2,87±0,12, p₁<0,001). Рівень локального антимікробного захисту після лікування хворих цієї групи за абсолютним показником активності лізоциму склав 83±2,76 мкг/л (проти 86,98±3, 433мкг/л до лікування, p₁>0,05), за відносним показником – 0,91±0,47 (проти 0,9±0,035, p₁>0,05). Отже, активність лізоциму після лікування хворих майже не змінилася. Ймовірно, що у хворих цієї групи до лікування мало місце порушення мікробіоценозу даного біотопу за рахунок активності оральної мікрофлори внаслідок недостатнього рівня гігієни порожнини рота.

Аналіз результатів визначення стану екосистеми порожнини рота за показником дисбіозу виявив нормалізацію в системі орального мікробіоценозу. При цьому після лікування зниження ступеня дисбіозу у хворих основної групи з 3,37±0,195 до 2,1±0,086 було достовірним (p₁<0,001), що підтверджувало високу ефективність запропонованого методу лікування.

За допомогою аналізу показника місцевого неспецифічного захисту ротової порожнини встановлено, що антимікробна активність лізоциму, як абсолютна, так і відносна, після лікування хворих основної групи на ГП початкового-I ступеня і МЛ

достовірно підвищилася на 19,7%. Після використання засобів, що негативно впливають на активність ротової мікробіоти, виявлено достовірне зниження ступеня мікробного обмінення порожнини рота, на що вказували зміни абсолютної та відносної активності уреазу змішаної слини хворих основної групи (відповідно з $5,6 \pm 0,547$ до $3,1 \pm 0,288$ мкмоль/л і з $2,67 \pm 0,267$ до $1,8 \pm 0,184$, при $p_1 < 0,001$). Завдяки таким змінам у оральному біотопі відбувається значне достовірне $p_1 < 0,001$ зниження ступеня дисбіозу з $4,55 \pm 0,52$ до $2,55 \pm 0,247$ ($p_1 < 0,001$), що відповідало першій субклінічно компенсованій стадії.

На відміну від основної групи у хворих групи порівняння на ХКГГ і ГП початкового- I ступеня та МЛ незначні зміни показників порушеного біоценозу ротової порожнини не мали суттєвої різниці і були недостовірними ($p_1 > 0,05$). При цьому ступінь дисбіозу в обох групах залишився на рівні другої клінічно субкомпенсованої стадії.

Наведені результати в табл.1 свідчать про значні позитивні зміни стану екосистеми порожнини рота після лікування хворих основної групи з ГП II ступеня і ЧПЛ. Показники орального біоценозу у хворих цієї групи були такі: абсолютна активність мікробного ферменту уреазу склала $3,3 \pm 0,29$ мкмоль/л (проти $8,57 \pm 0,487$ мкмоль/л до лікування, $p_1 < 0,001$), відносна - $2,0 \pm 0,115$ мкмоль/л (проти $4,21 \pm 0,239$ мкмоль/л, $p_1 < 0,001$), а абсолютна і відносна активність антимікробного ферменту лізоциму – відповідно $70 \pm 1,454$ мкг/мл і $0,72 \pm 0,017$ (проти $58,16 \pm 1,825$ мкг/мл і $0,60 \pm 0,019$, при $p_1 < 0,001$).

Визначений за відповідною формулою ступінь дисбіозу виявив суттєве покращення мікроекологічного стану порожнини рота, про що свідчило достовірне зниження ступеня дисбіозу у 2,8 раза відносно первинного рівня. Отже, ступінь дисбіозу відповідав першій, субклінічно компенсованій стадії, а у хворих групи порівняння – другій, клінічно субкомпенсованій.

Висновки

1. Порівняльна оцінка показників сіалометрії, рН ротової рідини і амплітуд сахарозної та карбамідної кривих після лікування основної групи хворих з одночасним ураженням тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота в поєднанні з депресивними розладами виявила, що на фоні нормалізації рН середовища і слиновиділення стабілізується система регуляції кислото – лужного балансу.

2. Стабілізація цієї системи проявляється суттєвим послабленням дії аміакопродукуючої і кислотопродукуючої мікрофлори ротової порожнини.

3. Нормалізація стану мікробіоцинозу ротової порожнини за співвідношенням показників умісту мікробного ферменту уреазу і неспецифічного протимікробного ферменту лізоциму в ротовій рідині зумовлена впливом препарату «Імудон» на стан орального біотопу.

4. Отримані результати підтверджують високу ефективність розробленого методу лікування поєднаних захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота з депресивними розладами.

Перспективою подальших досліджень є вивчення ефективності лікування хворих з одночасним ураженням тканин пародонта і СОПР у поєднанні з депресивними розладами за показниками специфічного місцевого і загального імунітету пацієнтів.

Література

1. Алгоритм диагностики вторичных когнитивных нарушений в амбулаторно-поликлиническом звене / [С.В. Воробьев, А.П. Коваленко, А.Ю. Емелин, В.Ю. Лобзин] // Военно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 332, № 6. – С.38-42.
2. Белоклицкая Г.Ф. Влияние гигиенического комплекса Colgate на пародонтальный статус и уровень бактериальной обсемененности биотопа пародонтального кармана у больных генерализованным пародонтитом в стадии обострения / Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Ашаренкова // Современная стоматология. – 2011. – №4. – С.18-23.
3. Біохімічна оцінка віддалених результатів комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит II ступеня / І.З. Остап'як, М.М. Рожко, В.Ю. Катеринюк [та ін.] // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С.80-82.
4. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: метод. реком. / [А.П. Левицкий, О.В. Деньга, О.А. Макаренко и др.]. - Одесса, 2010. – 16 с.
5. Воробьева О.В. Стресс и депрессия / О.В. Воробьева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 4. – С.21-24.
6. Грудянов А.И. Состав пародонтопатогенной микрофлоры при пародонтите разных степеней тяжести по данным полимеразной цепной реакции / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова // Стоматология. – 2008. – Т.87, №3. – С.20-23
7. Значение биохимического состава слюны в профилактике стоматологических заболеваний / [Л.В. Ларионова, Т.П. Тананакина, Е.Д. Андросова, К.М. Рыбалка] // Український медичний альманах. – 2003.-Т.6, №1. – С.53-55.
8. Зорина О.А. Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта / О.А. Зорина, А.А. Кулаков, А.И. Грудянов // Стоматология. – 2011. – Т.90, №1. – С.73-77.
9. Карпенко И.Н. Современные представления об этиологии и патогенезе быстро прогрессирующего пародонтита / И.Н. Карпенко, Н.В. Булкина, Е.В. Понукалина // Архив патологии. – 2009. – Т. 71, № 1. – С.57-60.
10. Петрушанко Т.О. Стресс и пародонт / Т.О. Петрушанко, Л.М. Тарасенко. – Полтава: Бара, 1999. – 188 с.
11. Пшук Н.Г. Психологічна predisпозиція депресії / Н.Г. Пшук, І.В. Коваленко, Г.Я. Пшук // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, № 2. – С.21-24.
12. Реологические свойства ротовой жидкости у больных хроническим пародонтитом / [С.П. Ярова, А.А. Бессмертный, Т.С. Осипенкова, Ю.В. Бессмерт-

- ная] //Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 2, т. 1 (92). – С.191-194.
13. Характеристика микробиоценоза пародонтальных карманов у больных хроническим генерализованным пародонтитом / [Н.Б. Дорошина, Б.Я. Усвяцов, Д.Р. Кушкинбаева, В.А. Долгов] //Стоматология. – 2011. –Т.90, №3. - С.43-46.
14. Long-Term Statin Use and Psychological Well-Being / Y.Young-Xu [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2003. – Vol.42. – P. 690-697.
15. Sreebny I.M. Saliva in health and disease: an appraisal and update//Int. Dent.J.-2000.-Vol.50,№3.- P.140-161.

**Стаття надійшла
6.09.2013 р.**

Резюме

Відомо, що основною умовою ефективного функціонування органів і тканин порожнини рота є гомеостаз ротової рідини. Оскільки повноцінна в кількісному і якісному відношенні змішана слина є необхідною умовою ефективного функціонування тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота, автори визначили найбільш значимі її показники у хворих із поєднаною стоматологічною патологією і депресивними розладами: швидкість слиновиділення і стан кислотно-лужної рівноваги в порожнині рота.

Ключові слова: хвороби пародонта, хвороби слизової оболонки порожнини рота, психічний стан, швидкість слиновиділення, кислотно-лужна рівновага, микробиоценоз.

Резюме

Известно, что основным условием эффективного функционирования органов и тканей полости рта является гомеостаз ротовой жидкости. Поскольку полноценная в количественном и качественном отношении смешанная слюна является необходимым условием эффективного функционирования тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, авторы определили ее наиболее значимые показатели у больных с сочетанной стоматологической патологией и депрессивными расстройствами: скорость слюноотделения и состояние кислотно-щелочного равновесия в полости рта.

Ключевые слова: болезни пародонта, болезни слизистой оболочки полости рта, психологическое состояние, скорость слюноотделения, кислотно-щелочное равновесие, микробиоценоз.

Summary

It is known that the main condition of effective functioning of organs and tissues of an oral cavity is the homeostasis of oral liquid. Considering that full in the quantitative and qualitative relation mixed saliva is a necessary condition of effective functioning of tissues of parodontium and a mucous membrane of an oral cavity, we carried out definitions of the most significant indicators at patients with the combined stomatologic pathology and depressive frustration: speed of salivation and condition of acid-base balance in an oral cavity.

Key words: diseases of parodontium, diseases of a mucous membrane of an oral cavity, depression, salivation speed, acid-base balance, microbiocenosis.