

5. вопросы в экзаменационные билеты и тесты).
6. Вопросы, на которые учащиеся акцентируют свое внимание, должны быть включены в программу обучения и проводиться с учетом интересов и уровня подготовки учащихся. Преподавание профессиональных и надпрофессиональных составляющих специальности, важность которых в данных группах оказалась недооцененной, должно проводиться на уровне ознакомления, с целью разъяснения их важности.
7. Следующим этапом работы является разработка профессиональной программы последипломного обучения стоматологов, с учетом результатов проведенного исследования, а также прогноз экономической эффективности внедрения этой программы.

Список литературы

1. Алимский А. В. Проблемы последипломной подготовки врачей-стоматологов / А. В. Алимский // Стоматология. – 1997. – № 2. – С. 66-68.
2. Закон України про Вищу Освіту: Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014. № 37-38. ст. 2004. / <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
3. Силкина А. А. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом / А. А. Силкина, М. К. Саншкова, Е. С. Сергеева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Том 4. № 11. – С. 1247-1250.
4. Стеценка С. Г. Сучасне українське медичне право: монографія / Стеценка С. Г.. – К.: Атіка, 2010.– 496 с.
5. Ледванова Т. Ю. Формирование коммуникативной компетентности врача / Т. Ю. Ледванова, А. В. Коломейчук // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Том 5. № 2. – С. 113-121.

REFERENCES

1. Alimskiy A. V. Problems of post-graduate training of dentists. *Stomatologiya*. 1997;2: 66-68.
2. *Zakon Ukrainy pro Vyshhu Osvitu* [The Law of Ukraine about Vischu Osvitu]: *Vidomosti Verhovnoi' Rady (VVR)*. 2014: 37-38. st. 2004. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
3. Silkina A. A. Sanshokova M. K., Sergeeva E. S. The syndrome of "burnout" among physicians of various specialties in Russia and abroad. *Byulleten meditsinskih Internet*. 2014;11:1247-1250.
4. Stetsenka S. G. Modern Ukrainian medical law, monograph. K.: Atika. 2010:496
5. Ledvanova T. Yu. Kolomeychuk A. V. Formation of communicative competence of the doctor. *Byulleten meditsinskih Internet-konferentsiy*. 2015;2(5): 113-121.

Поступила 01.04.16



УДК 616.31 – 002: 34

¹А.Г. Гулюк, д. мед. н., П.А. Шмідт,
І. В. Федірко, к. мед. н., С. М. Козловський

Державна установа «Інститут стоматології
Національної академії медичних наук України»

АНАЛІЗ ЗВЕРНЕНЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З ПЕРІАПІКАЛЬНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ЗА 2013 - 2014 РОКИ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В КЛІНІЦІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ „ГВКГ” МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

Кількість одонтогенних запальних захворювань серед військовослужбовців ЗС України залишається на високому рівні. Проаналізовано характер та розподіл періодонтальної інфекції за причинним зубом, категоріями військовослужбовців, сезонність захворювань.

Ключові слова: гострий гнійний періостит, радікулярна кіста, частота апікальної інфекції.

А. Г. Гулюк, П. А. Шмідт, І. В. Федірко,
С. Н. Козловський

Государственное учреждение «Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины»

АНАЛИЗ ОБРОЩЕНІЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ С ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЗА 2013 – 2014 ГОДЫ, КОТОРЫЕ НАХОДИЛИСЬ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ ГЛАВНОГО ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ГВКГ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ УКРАИНЫ

Количество одонтогенных воспалительных заболеваний среди военнослужащих ВС Украины остается на высоком уровне. Проанализирован характер и распределение периодонтальной инфекции с причинным зубом, категориями военнослужащих, сезонность заболеваний.

Ключевые слова: острый гнойный периостит, радикулярная киста, частота апикальной инфекции.

А. Г. Gutsalyuk, P. A. Shmidt, I. V. Fedirko,
S. N. Kozlovskiy

State Establishment «The Institute of Stomatology
of the National academy of medical science of Ukraine»

THE ANALYSIS OF COMPLAINTS OF THE MILITARY OF THE ARMED FORCES OF UKRAINE SUFFERING FROM THE PERIAPICAL INFECTION IN 2013-2014 AT THE CLINIC OF JAW AND FACIAL SURGERY AND STOMATOLOGY OF THE PRINCIPAL MILITARY MEDICAL CLINICAL CENTRE “GVKG” OF THE MINISTRY OF DEFENSE OF UKRAINE

Having analyzed the character and division between periodontal infection in the causing tooth and military rank the highest fre-

quency of the illness cases throughout the year as well as the ones among the military has been defined.

Periodontitis illnesses are nowadays the third most frequent complaint after caries and pulpitis. In literature sources are numerous data to be found stating that qualified dental treatment for diagnosis “periodontitis” is needed in 15 to 30% of all dental patients. Periodontitis cause in 90% acute odontogen purulent processes in the jaw and facial area.

One of the most important tasks in dentistry still remains prophylaxis, diagnostics and treatment of the purulent illnesses of periodontal tissues which are currently widespread aggravating the state of the surrounding tissues and causing tooth loss.

Conclusion. The received statistical data have shown that monthly average complaints about acute and chronic apical infection at the clinic of jaw and facial surgery and dentistry of the Principal Military Medical Clinical Centre “GVKG” amounts 9 to 11 patients with 25 % ratio for the in-hospital patients accordingly. The average in-hospital stay lasted for 8,6 days.

As to periostitis, the vast majority of the illness cases are comprised of the military in service for a fixed period (73 %), which proves a poor sanitation in the army and prior to conscription to the Armed Forces of Ukraine. These data state the unsatisfactory level of sanitary and educational measures among the military as well as the low sanitation level in both military units and during the pre-conscription period.

Key words: acute purulent periostitis, radicular cyst, frequency of the apical infection among the military.

Вступ. Нині захворювання періодонту посідає третє місце за частотою звернень після карієсу та пульпіту [3]. У літературних джерелах наводяться численні дані, які свідчать про те, що звернення пацієнтів за кваліфікованою стоматологічною допомогою з діагнозом “періодонтит” складає від 15 до 30 % стоматологічних хворих [2]. Періодонтити в 90 % стають причиною гострих одонтогенних запальних процесів у ЩЛД. Періодонтити можуть ускладнювати перебіг хвороб, сприяють утворенню одонтогенних осередків інфекції, які призводять до захворювання різних систем та органів людини. Ефективність лікування періодонтитів консервативним методом становить 45-70 %, але цей показник може варіювати в залежності від клінічної форми захворювання, методів лікування та багатьох інших факторів, які впливають на організм людини в цілому [4, 7].

Захворювання тканин періодонту виникає, як наслідок ускладнення карієсу зубів, складаючи 93,18 %. У 51,3 % хворих кореневі канали запломбовані не до верхівки і мають місце деструктивні зміни в кістковій тканині.

Внаслідок несвоєчасної діагностики та лікування періодонтиту виникають такі ускладнення, як періостит, остеомієліт, інші гнійно-запальні захворювання щелеп та блящелепових м'яких тканин, їх важкі ускладнення, як гнійний медіастеніт, тромбоз кавернозного синусу і сепсис з подальшим летальним результатом [3]. Гострі гнійно-запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнення представляють серйозну загрозу для здоров'я в цілому, а в 0,56 % випадків є причиною летального наслідку.

За літературними даними, результатами клінічних та статистичних досліджень поширеність хронічного періодонтиту серед різних верств населення України і країн СНД залишається на досить високому

рівні [2]. Серед стоматологічних захворювань періодонтит займає помітне місце, що обумовлено високою поширеністю карієсу та його ускладнень, а іноді - відсутністю довгострокових позитивних результатів лікування [1, 5].

У людей молодого віку періапикальні вогнища хронічної інфекції є основною причиною видалення зубів, подальшого формування дефектів зубних рядів, деформації жувального апарату та зниження жувальної функції [6, 8].

Інфекційний періодонтит найбільш поширений в стоматологічній практиці. Головною причиною його розвитку є дія різних мікроорганізмів і їх токсинів, які знаходяться в каріозних порожнинах, порожнині зуба, кореневих каналах. Практично - це ті ж види мікроорганізмів, які присутні в пульпі при пульпітах. Їх кількість, співвідношення аеробних і анаеробних штамів та їх токсичність можуть значно змінюватися. Провідна роль мікрофлори в розвитку періодонтитів була підтверджена в 60-х роках ХХ сторіччя. Було доведено, що трепанована порожнина зуба в стерильних умовах у тварин-гнотобіотів не призводить до загибелі пульпи і розвитку періодонтиту. Внесення мікрофлори з вогнища періодонту в кореневий канал здорового зуба призводить до розвитку запалення в періодонті [9].

Однією із важливих задач стоматології залишається профілактика, діагностика та лікування запальних захворювань тканин періодонту, які в сучасну пору зустрічаються часто і призводять до розвитку ускладнень прилеглих тканин та втрати зуба.

Мета. Метою дослідження було вивчення частоти звернень з гострою та хронічною апікальною інфекцією (на основі аналізу історій хвороб архіву Головного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ”).

Матеріали та методи. В клініці щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ” Міністерства оборони України у 2013 – 2014 роках було проліковано 259 хворих з періапикальною інфекцією і гострими періоститами верхньої та нижньої щелеп, що склало 23,9 % від загальної кількості стаціонарних хворих. Під терміном періапикальна інфекція ми поєднували хронічні періодонтити (гранулової та гранулемотозний). Серед них кількість чоловіків склала 243 (93,8 %), жінок – 16 (6,2 %). Середній вік хворих склав 23 роки. Гострий періостит був діагностований у 156 (60,2 %) хворих, періапикальна інфекція – у 103 (39,8 %) військовослужбовців. За категоріями військовослужбовці розподілилися наступним чином: з періоститом кількість військовослужбовців строкової служби склала 114 (73 %), військовослужбовців контрактної служби – 18 (11,5 %), курсантів – 3 (2 %), офіцерів – 20 (13 %) (рис. 1).

З періапикальною інфекцією кількість військовослужбовців строкової служби склала 50 (48 %), у військовослужбовців за контрактом – 4 (4 %), курсантів – 2 (2 %), офіцерів – 47 (46%) (рис. 2). Середня кількість хворих на місяць становила 9 – 11.

Для лікування періоститів ми застосовували консервативні та хірургічні методи (розкриття абсцесу, видалення причинного зуба). Застосовували наступні

антибіотики: цефтріаксон, зоксіцеф, лінкоміцин, амоксил. Для зняття болю використовували анальгін, димедрол, реналган. При періоститах оперативний метод включав: провідникове знеболення 2 % розчином лідокаїну, розкриття абсцесу, видалення причинного зуба, встановлення дренажу. Наступного дня дренаж видаляли і наступні 2-3 дні проводили обробку рани 0,25 % розчином хлоргексидину.

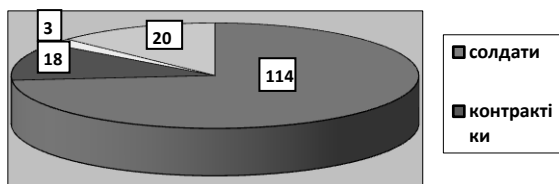


Рис. 1. Гострий періостит.

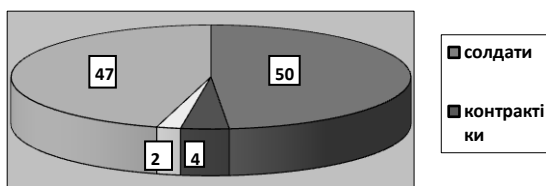


Рис. 2. Періапикальна інфекція.

Лікування періапикальної інфекції залежало від стадії перебігу процесу. При нагноєнні спочатку проводили оперативне втручання - розкриття абсцесу. При відсутності ознак запалення проводили операцію цистектомії, резекція верхівок коренів. В 6 (5,8 %) випадках, внаслідок значної резорбції кістки навколо кореня зуба, проводили цистектомію та видалення причинного зуба. Медикаментозне лікування виконували за схемою, як при періоститах. Середній ліжко день склав 8,6.

Розглянемо декілька випадків звернень хворих:

Хворий В 1993 року народження, солдат. Призваний на військову службу в квітні 2012 року. 5 травня 2012 року звернувся в клініку щелепно-лицевої хірургії та стоматології ГВМКЦ „ГВКГ” зі скаргами на сильні болісні відчуттями в нижній щелепі справа, набряк правої щічної ділянки, незначне обмеження відкривання роту, а також болісність при вживанні їжі. Пацієнт цікавий численними ураженнями зубів різної етіології.

Хворого оглянуто та зроблено ортопантограму (№1). В місцевому статусі: незначна асиметрія обличчя за рахунок набряку правої щічної ділянки. Відкривання роту незначно обмежене. Коронка 45 зуба повністю зруйнована до рівня ясенів. Перкусія зуба різко болісна, визначається незначна патологічна рухомість зуба. Слизова навколо набрякла та з вестибулярного краю гіперемована, перехідна складка згладжена. Визначається в цій зоні щільний, болісний інфільтрат

(1,0x1,5 см) з ознаками флюктуації. Також у хворого відмічається руйнація коронки 16 зуба та залишок кореня 75 зуба. Численні каріозні порожнини 14, 33, 34, 42 зубів. 22 зуб пломбований, перкусія зуба помірно болісна. На ортопантограмі визначається деструкція кісткової тканини між коренями 45 та 46 зубів, та навколо кореня 45 зуба. Деструкція кісткової тканини навколо кореня 22 зуба кулястої форми.

Діагностовано: гострий гнійний періостит нижньої щелепи від 45 зуба. Хронічний періодонтит 16 та 75 зубів. Радикулярна кіста верхньої щелепи від 22 зуба. Карієс 14, 33, 34, 42 зубів.

В день звернення пацієнту проведено операцію розкриття субперіостального абсцесу, видалення 45 зуба. Одночасно видалено 16 зуб під провідниковою анестезією (Лідокаїном 30 %). Призначено курс антибіотикотерапії (Цефтріаксон 1,0 внутрішньом’язово 2 рази на добу на 5 днів) та симптоматичне лікування. Проведені стандартні дослідження загальний аналіз крові та сечі, зроблена флюорографія.

За час лікування хворому видалено 75 зуб та виліковано 14, 33, 34, 42 зуб. Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні протягом 10 днів. Виписаний в задовільному стані у військову частину. Рекомендовано в плановому порядку повторна госпіталізація для хірургічного лікування 22 зуба.



Ортопантограма хворого В.

Хворий П 1994 року народження, солдат. Призваний на військову службу в жовтні 2012 року. 5 січня 2013 року звернувся в клініку щелепно-лицевої хірургії та стоматології ГВМКЦ „ГВКГ” зі скаргами на сильні, розпирюючі болісні відчуттями в верхній щелепі в фронтальній ділянці, болісність при вживанні їжі. Пацієнт цікавий розповсюдженням процесу та охопленням декількох зубів.



Ортопантограма хворого П.

Хворого оглянуто та зроблено ортопантограму (№2). В місцевому статусі - обличчя симетричне. Від-

кривання роту вільне. Коронки 11 та 22 зубів частково зруйновані, 12 та 21 зуби пломбовані. Перкусія зубів болісна, більше 12 та 11 зубів. На слизові в проекції верхівки 11 зуба визначається рубець від норичевого хода. Також у хворого відмічається руйнація коронки 46 зуба. На ортопантограмі визначається деструкція кісткової тканини навколо коренів 12, 11, 21, 22 зубів. Деструкція кісткової тканини навколо коренів 46 зуба.

Діагностовано: радикалярні кісти верхньої щелепи від 12, 11, 21, 22 зубів. Хронічний періодонтит 46 зуба.

Пацієнту проведено операцію цистектомії, резекція верхівок коренів 12, 11, 21, 22 зубів, під провідниковою анестезією (Септонес 1,7 мл). Призначено курс антибіотикотерапії (Цефтріаксон 1,0 внутріш-

ньом'язево 2 рази на добу на 5 діб) та симптоматичне лікування. Проведені стандартні дослідження загальний аналіз крові та сечі, зроблена флюорографія.

За час лікування хворому видалено 46 зуб. Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні протягом 8 діб. Виписаний в задовільному стані у військову частину.

Результати та їх обговорення. У 6 хворих було виявлено 2-3 зуба, які були залучені в запальний процес і знаходились поруч. Встановлено, що найчастіше причиною розвитку запальних процесів були 36 та 46 зуби, на другому місці – 16, 26, 37 зуби (табл. 1). Ймовірно, це пов'язане з тим, що на ці зуби припадає основне жувальне навантаження.

Таблиця 1

Кількість та розподіл встановлених причинних зубів у хворих з періоститами

Номер зуба	Ж	Ч																
Кількість хворих			2	5	11	5	4	1	2	1	1			3	2	14	2	
Причинний зуб	7	149	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Кількість хворих			4	5	25	6	2			1				2	2	45	10	5

Таблиця 2

Кількість та розподіл причинних зубів у хворих з періапикальною інфекцією

Номер зуба	Ж	Ч																
Кількість хворих				1	7	3	5	1	18	6	7	10		4	4	4	2	
Причинний зуб	9	94	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Кількість хворих			1		10	3	2			2	1		1	3		5	3	

В 23 випадках причиною захворювання були 2-3 зуби, серед них в 20 випадках – це зуби фронтальної ділянки. Це обумовлено анатомічною будовою зубів (тонкі корені) та кістки (близькість розташування один до одного). Основна частка причинних зубів – це 12 та 22 зуби (табл. 2).

Всі хворі, яким було проведено лікування, виписані з клініки із позитивним результатом. Ускладнень під час лікування не спостерігалось.

Висновок. Отримані статистичні дані показали, що в середньому щомісячно до клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології ГВМКЦ „ГВКГ” зверталось 9-11 хворих з гострою та хронічною апікальною інфекцією. В структурі стаціонарних хворих їх кількість становила 25,5 %. А середній ліжко день склав 8,6.

При періоститах основна частина припадала на військовослужбовців строкової служби (73 %), це вказує на недостатню санацію їх в військах та до призову в Збройні сили України. Ці данні свідчать про незадовільний рівень санітарно-освітньої роботи серед військовослужбовців, низький рівень охоплення санацією як у військових частинах так і в допризывний період.

Список літератури

1. **Артюшкевич А. С.** Клиническая периодонтология / А.С. Артюшкевич, А. К. Трофимова // – Минск: Интерпрессервис, 2002. – С. 121-122.
2. **Боровский Е. В.** Лечение периодонтитов – состояние вопроса и перспективы совершенствования / Е. В. Боровский // Стоматология: материалы III съезда Стомат. Асс. (Общерос.): спец. вып. – 1996. – С. 38-39.
3. **Данилевский Н. Ф.** Заболевания пародонта / Данилевский Н. Ф., Мачека Е. А., Мухин Н. А., Великевич В. Ю. – М.: Медицина, 1993. – 320 с.
4. **Рабухина Н. А.** Рентгенодиагностика в стоматологии / Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев. – М.:, 1999. – 451 с.
5. **Солнцев А. М.** Одонтогенные воспалительные заболевания / А. М. Солнцев, А. А. Тимофеев. – К.:, 1989. – 232 с.
6. **Робустова Т. Г.** Одонтогенные воспалительные заболевания / Робустова Т. Г. – М.:, 2006. – 565 с.
7. **Тимофеев А. А.** Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А. А. – К.: ООО «Червона Рута - Турс», 2002. – С. 184-185
8. **Шаргородский А. Г.** Повреждение мягких тканей и костей лица / А. Г. Шаргородский, Н. М. Стефанов. – Смоленск, 2000. – 240 с.
9. **Chugal N. M.** A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment: Effect of biologic and diagnostic variables / N. M. Chugal, J. M. Clive, L.S. Spangberg // Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol. Endod. – 2001. – Vol. 91, №3. – P. 342-352.

REFERENCES

1. **Artyushkevich A. S., Trofimova A. K.** *Klinicheskaya periodontologiya*. [Clinical paradontology]. Minsk: Interpresservis. 2002:121-122.
2. **Borovskiy E. V.** *Lechenie periodontitov – sostoyanie voprosa i perspektivy sovershenstvovaniya* [Periodontitis cure – the present state and the perspectives for refining]. *Stomatologiya: materialyi III s'ezda Stomat. Ass. (Obscheros.); spets. vyip.* 1996: 38-39.
3. **Danilevskiy N. F., Macheka E. A., Mukhin N. A., Velikevich V. Yu.** *Zabolevaniya parodonta* [Parodontium illnesses]. M.: Meditsina. 1993:320.
4. **Rabuhina N. A., Arzhantsev A. P.** *Rentgendiagnostika v stomatologii* [X-ray photography in dentistry]. Moskva. 1999: 451.
5. **Soltsev A. M., Timofeev A. A.** *Odontogennyye vospalitelnyye zabolevaniya* [Odontogenic purulent illnesses] Kiev. 1989:232.
6. **Robustova T. G.** *Odontogennyye vospalitelnyye zabolevaniya* [Odontogenic purulent illnesses]. Moskva; 2006: 565.
7. **Timofeev A. A.** *Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy hirurgii i hirurgicheskoy stomatologii* [Manual for jaw and face surgery and surgical dentistry]. Kiev: OOO «Chervona Ruta-Turs». 2002:184-185
8. **Shargorodskiy A. G., Stefanov N. M.** *Povrezhdenie myagkikh tkany i kostey litsa* [Damage of soft tissues and facial bones]. Smolensk. 2000: 240.
9. Chugal N. M., Clive J. M., Spangberg L. S. A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment: Effect of biologic and diagnostic variables. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol. Endod.* 2001;3(91):342-352.

Надійшла 07.06.16

