

звенья развития заболеваний полости рта и повысить эффективность лечения и профилактики болезней ротовой полости у больных с психогенными расстройствами.

Дурягина Л. Х. , Гажеман Ю. С.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ В КРЫМУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается более 177 млн. больных сахарным диабетом, а к 2025 г. их количество достигнет 300 млн. человек. В Крыму эта цифра составляет 290, 8 человек на 100 тысяч населения. Всего зарегистрированными формами диабета страдает 2, 3% взрослого населения автономии, из них 70% – лица старше 55-60 лет. ; на учете сегодня стоят 284 детей, страдающих сахарным диабетом. Осложненные формы диабета составляют 48, 5% [Дунаева Д. Д. , 2009] от всех имеющихся, однако истинная заболеваемость сахарным диабетом значительно выше.

Сахарный диабет – болезнь, имеющая медико-социальное значение. Большая распространенность, тяжелые осложнения вызывают интерес исследователей к данному заболеванию. Высокая частота поражений органов полости рта – до 90% [Безрукова И. В. , Грудянов А. И. , 2002; Сивовол С. И. , 2006; Питер Федя, 2003; Мюллер Х. П. , 2004; Лукиных Л. М. , 2009; Г. М. Барер, 2009] при сахарном диабете обусловлена поражением микрососудистой системы, резорбцией костной ткани, снижением местных иммунных реакций.

К основным клиническим проявлениям диабета в полости рта можно отнести хронический катаральный гингивит, хронический генерализованный пародонтит, ксеростомию, грибковый стоматит. Не менее тяжелыми последствиями диабета являются изменения твердых тканей зубов – кариес.

Цель нашего исследования заключалась в анализе и оценке распространенности стоматологической патологии у больных сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы исследования

Исследовалась патология челюстно-лицевой области больных сахарным диабетом, находящихся на стационарном лечении. Исходную информацию формировали на основе обследования 60 больных, состоящих на диспансерном учете (48 с декомпенсированной и 12 с компенсированной формами), по признакам, которые отражают состояние челюстно-лицевого аппарата: сведения о заболевании пародонта, наличии стрессовых факторов, степени поражения сахарным диабетом и др. Для сравнения исходных лабораторных показателей состояния органов и тканей полости рта группы наблюдения была сформирована группа контроля (12 человек), состо-

ящая из лиц, не страдающих СД и принадлежащих к тем же возрастным группам.

В результате обработки статистических и литературных данных установлены наиболее существенные факторы, определяющие формирование закономерностей развития заболеваний. К ним относятся: течение сахарного диабета (компенсированное и декомпенсированное, инсулинзависимая и инсулиннезависимая формы), начало заболевания, сосудистые осложнения, количество перенесенных ком, сопутствующие заболевания, заболевания слизистой оболочки рта, гликированный гемоглобин, давность заболевания.

Обследование пациентов, страдающих СД, проводили четырежды: при первичном обращении, через 3 месяца, через 6 месяцев и через 12 месяцев. Всем пациентам проводили санацию полости рта.

Клиническое обследование проводили по стандартным методикам. Кроме того, использовали сиалометрические, микробиологические, биохимические, цитологические методы исследования.

Анализ результатов свидетельствует о взаимосвязи основного заболевания со стоматологической патологией и необходимости проведения профилактических мероприятий для пациентов данной группы. Состояние твердых и мягких тканей полости рта у пациентов с СД обусловлено степенью тяжести основного заболевания.

Основными клиническими проявлениями в полости рта являются изменения со стороны пародонта, что связано с поражением микрососудистой системы: среднетяжелое воспаление – у 80% пациентов с компенсированной формой СД и у 69% с декомпенсированной формой, тяжелое – у 44% с декомпенсированной формой. У пациентов контрольной группы преобладает легкое воспаление (70%). Тяжесть воспаления тканей пародонта прямо пропорциональна уровню гигиены полости рта: у пациентов с декомпенсированной формой СД среднее значение индекса гигиены ОНI-S составляет – 2, 6; с компенсированной формой – 1, 5; что достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0, 05$). Индекс КПУ=23 у больных с декомпенсированным сахарным диабетом, с компенсированной формой КПУ=17.

Микробиологические исследования показали, что у больных СД преобладает наибольшее разнообразие микробного пейзажа. Так, у пациентов с декомпенсированной и компенсированной формами СД преобладают ассоциации Gr(-) палочек, Staphylococcus, Streptococcus, грибы рода Candida, Bacteroides, Fusobacterium, Actinomycens, но обсеменение кокковых форм у пациентов с компенсированной формой существенно ниже. Достоверно снижается содержание sIgA в смешанной слюне. Грибы рода Candida и фузобактерии встречались у пациентов с декомпенсированной формой СД в 18, 7% случаев, с компенсированной формой – в 2, 7% случаев.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о широкой распространенности стоматологической патологии среди больных сахарным диабетом и предполагают проведение углубленных исследований, позволяющих рекомендовать профилактические мероприятия и этиопатогенетическое лечение.

Е. И. Журочко, Л. Х. Дурягина, О. В. Алехина
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Крымский государственный медицинский институт им. С. И. Георгиевского

Одним из основных методов диагностики состояния периапикальных тканей является рентгенографический метод. Использование компьютерной томографии позволило повысить диагностическую значимость исследования, но опыт исследования КТ-диагностики зубов с хроническими периапикальными очагами показал невозможность их определения до 3 мм в диаметре, так как их размеры выходят за пределы разрешающей способности компьютерного томографа.

Метод ультразвуковой диагностики широко используется в медицине, в частности в комплексной диагностике при опухолях головы и шеи, в оценке анатомических особенностей и результатов хейлоуранопластики у детей с расщелинами губы и неба.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилось использование данных ультразвукового исследования для дифференциальной диагностики различных форм периодонтита.

Материал и методы исследования. Нами проведены диагностические исследования 52 зубов у 38 пациентов с обострившимися и хроническими формами периодонтита в возрасте от 18 до 47 лет, среди них 23 женщины и 15 мужчин. Диагноз ставили на основании данных клинического, рентгенологического, ультразвукового методов исследования (пат. на корисну модель № 21769 від 15. 03. 07).

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании 52 зубов нами выявлено нарушение целостности вестибулярной кортикальной пластинки в 44 зубах (84, 62%) .

При обследовании всех зубов содержимое очага деструкции выявлено в периапикальных тканях 31 зуба (59, 6%). Жидкость в очаге деструкции определялась при исследовании 10 зубов (32, 25%), а сочетание жидкости и детрита - в 21 (67, 74 %). В 5 случаях (9, 61%) в очаге деструкции визуализировались корни зубов.

Визуализация пареоостальных явлений отмечена в 19 случаях (36, 53%) в виде инфильтрации прилегающих тканей, отслоения надкостницы, минимального количества экссудата, что невозможно было определить при рентгенографии, а данные клинического исследования давали невыраженную симптоматику.

В двух случаях избыток силлера, визуализируемый на рентгенограмме в периапикальной области ультразвуковым методом, был диагностирован в мягких тканях, окружающих дефект вестибулярной кортикальной пластинки.

В 7 случаях (13, 46%) при диагностике клиническим и рентгенологическим методами гранулирующего периодонтита ультразвуковым методом получены данные, характерные для гранулематозного периодонтита.

Выводы. Таким образом, предлагаемое нами использование ультразвукового исследования альвеолярного отростка в дифференциальной диагностике хронических форм периодонтита позволяет неинвазивным методом определить состояние мягких тканей, кортикальной пластинки альвеолярного отростка в области пораженного зуба, определять размеры и содержимое очага деструкции, которые невозможно оценить рентгенологически и клинически. Используя ультразвуковые проявления кистозных образований (полутонный умеренно экзогенный контур, неравномерный по толщине, и артефакт доп-рального усиления), возможно провести дифференциальную диагностику очага деструкции до появления классических клинических и рентгенологических проявлений.

Зубачик В. М. , Синиця В. В. , Довганик В. В.
РОЛЬ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Радикальні перетворення, що розпочались у всіх сферах суспільного та державного життя в Україні після проголошення незалежності, не могли не торкнутись і охорони здоров'я. За умов формування правової держави реалізація її політики, спрямованої на охорону здоров'я населення та реформування системи охорони здоров'я, є можливою лише шляхом прийняття належної нормативно-правової бази.

Серед усіх нормативно-правових актів, які регулюють суспільні відносини у сфері медицини і зокрема стоматології є такі, які регулюють власне процес надання медичної допомоги. Так, у Законі "Основи законодавства України про охорону здоров'я" визначається правомірність проведення медичного втручання:

- наявна інформована згода пацієнта;
- можлива шкода від медичного втручання є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання;
- відсутній невідправданий ризик;
- методи, які застосовуються під час медичного втручання, є дозволеними МОЗ України.

Інформована згода на медичне втручання – це добровільне, усвідомлене прийняття пацієнтом запропонованого варіанта лікування, медичної чи діагнос-