

фагоцитозом, зниження активності системи комплементу (СЗ компонента), зниження рівня розчинного рецептора до ІЛ-2, зміщення відношення Т-хелперів/Т-супресорів у бік останніх, вторинний дефіцит sIgA за збереженого рівня IgA-продукуючих плазмоцитів та збільшення числа IgG-продукуючих клітин. Тим не менше виділення життєздатних хламідій з умісту ротової порожнини чи вмісту ясенних кишень - надзвичайно рідкісне явище.

Останнім часом виявили фізіологічні та антигенні параметри, якими характеризуються перsistуючі хламідії. Більшість праць у цьому напрямку сфокусовано на цитокінах, які не мають прямого впливу на хламідії, а швидше всього викликають зміни в клітині-господарі.

Однією з важливих функцій IFN- γ , які відіграють роль у патогенезі хламідійної інфекції, є посилення експресії антигенів клітинних мембрани. Проте високі рівні цього цитокіну стимулюють і так звані «непрофесійні фагоцити» - фібробласти та епітеліальні клітини, що, у свою чергу, веде до зростання адгезивної здатності мембрани неуражених клітин і прискорення їх зараження - формується замкнене патологічне коло хламідійної інфекції. В умовах експерименту показано, що низькі рівні концентрації IFN- γ індукують розвиток аномальних внутрішньоклітинних форм хламідії, які здатні до тривалої персистенції з подальшою трансформацією в типові морфологічні форми.

Метою роботи було визначення рівня IFN- γ у хворих на генералізований пародонтит із хронічною хламідійною інфекцією.

З огляду на мету дослідження нами обстежено 25 пацієнтів на ГП I-II ступенів розвитку хронічний перебіг у віці від 25 до 38 років, яким діагноз хламідійної інфекції було підтверджено в сироватці крові методом імуноферментного аналізу антіхламідійних антитіл класу G. Визначення рівня IFN- γ проводили в сироватці периферичної крові за допомогою методу імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів "ПроКон" (ТЗОВ "Протеїновий контур", Росія).

Результати та їх обговорення. За результатами проведеного дослідження встановлено, що рівень IFN- γ у сироватці крові хворих на ГП із хронічною хламідійною інфекцією знижений більше ніж у 2 рази. При хламідійній інфекції одна з основних дій IFN- γ спрямована на активацію фагоцитозу і цитолізу, а також корекцію вторинних імунодефіцитних станів, що розвиваються внаслідок патологічного процесу. У низці наукових праць указано на роль TNF α в патогенезі внутрішньоклітинних бактеріальних інфекцій. TNF α і сам по собі здатний інгібувати розвиток хламідійного серовара в клітинах. В умовах дефіциту IFN- γ високі рівні TNF α при хламідіозах не впливають на елімінацію збудника. Надмірна кількість TNF α опосередковано через IL-1 активує проліферацію основних клітин сполучної тканини, сприяючи фібротворенню, а також підвищує адгезивну здатність лім-

фоцитів щодо ендотелію судин і реактивує фагоцитарну активність фібробластів та епітеліальних клітин, створюючи ще одне замкнене коло прогресування патологічного процесу.

Висновки

Отже, у хворих на ГП із хронічною хламідійною інфекцією значно знижений рівень IFN- γ , що негативно впливає на ефективність імунного розпізнавання антигену, фагоцитарну та цитолітичну функції, спрямовані на елімінацію збудника або антигенно змінених клітин, розвитку імунодефіцитних станів, які погіршують перебіг генералізованого пародонтиту.

Колосник В. М., Лавровская Я. А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ СОЛКОСЕРИЛА В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ ГУБ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Повышение эффективности лечения эрозивных поражений СОПР является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Для хронической трещины губ (ХТГ) характерны высокая распространенность и склонность к рецидивированию. Длительное наличие и болезненность трещин нарушают состояние больных, затрудняют прием пищи и уход за полостью рта. В настоящее время в арсенале врачей-стоматологов имеется ограниченный выбор безопасных препаратов для стимуляции процессов регенерации СОПР. Этим свойством обладают препараты на основе солкосерила – солкосерил-мазь (СМ) и адгезивная дентальная паста (САДП).

Целью нашей работы явилась сравнительная оценка этих препаратов в местном лечении ХТГ с помощью клинико-цитологического исследования.

Под нашим наблюдением находились 13 пациентов с ХТГ в возрасте от 28 до 42 лет с давностью процесса до 2 лет. У всех наблюдавшихся пациентов трещина локализовалась в центральной части нижней губы строго по центру. Протяженность трещин варьировала от 0,5 до 1,1 см. Лечение больных с ХТГ в обеих группах проводили комплексно. В первое посещение больных обучали гигиене полости рта; устранили травмирующие факторы; составляли план санации полости рта; убеждали в необходимости отказа от вредных привычек. В последующие посещения больным проводили ежедневно антисептическую обработку красной каймы губ теплыми растворами (1% перекиси водорода, 0,05% хлоргексидина биглюконата). Затем пациентам контрольной группы назначали смазывание губ СМ, а пациентам основной группы – СДАП. В комплекс лечения включалась общекрепляющая терапия: витамины (группы В; А; Е; С) в течение 3-4 недель; седативные препараты (настойка валерианы, пустырника, новопассит). Чтобы проследить динамику процесса и эффективность применения лечебных средств, проводили цитологическое изучение препаратов-отпечатков с по-

верхности трещины у наблюдавшихся пациентов обеих групп до лечения и на 6 день от начала лечения. Результаты исследования показали, что у больных основной группы уже на 3 сутки после начала лечения значительно уменьшалась болезненность трещин, улучшились сон и аппетит. Эпителизация трещин начиналась после 4 дней лечения и заканчивалась на 6 сутки. В контрольной группе эпителизация трещин наступала после 7–8 дней лечения. В целом это на 1–2 дня больше, чем у больных основной группы. Только у одного больного с размерами трещины 1, 1 см эпителизация наступила на 10 сутки.

Цитологическая картина до лечения показала наличие практически у всех больных (как в основной, так и в контрольной группе) в отпечатках с трещин большого числа нейтрофильных лейкоцитов с незначительными примесями эритроцитов. В мазках также обнаруживались клетки плоского эпителия, принадлежащие поверхностному, промежуточному и парабазальному слоям. В процессе проводимого лечения результаты цитологического исследования изменились по единым закономерностям как в основной, так и в контрольной группе, но с небольшим опережением положительной динамики по срокам – в основной.

В контрольной группе под влиянием проводимого лечения на 6 сутки в цитограммах наблюдалось значительное уменьшение разрушенных форм лейкоцитов ($45, 8 \pm 2$, 3 до 8, 7 ± 1 , 1). Было отмечено также увеличение числа ороговевающих клеток ($4, 7 \pm 0, 5$ до $41, 6 \pm 1, 8$) и уменьшение как промежуточных ($24, 1 \pm 1, 9$ до $14, 6 \pm 1, 7$), так и молодых ($31, 8 \pm 2, 2$ до $13, 4 \pm 1, 5$) клеток, что можно трактовать как начало эпителизации. Это было подтверждено клинически: у больных контрольной группы на 6 сутки от начала лечения трещины уменьшились в размере; пациенты отмечали исчезновение болезненности.

В эти же сроки (6 сутки от начала лечения) у пациентов основной группы цитограммы содержали большое количество эпителиальных клеток с превалированием ороговевающих ($81, 7 \pm 2, 2$). Клиническая картина свидетельствовала о том, что трещины у всех пациентов полностью эпителизировались.

Таким образом, нормализация цитологической картины в препаратах у больных проходила параллельно с клиническим выздоровлением, наступавшим в основной группе в целом на 1–2 суток быстрее. Это свидетельствует о большей эффективности САДП в местном лечении ХТГ по сравнению с СМ.

Косенко К. М., Варава Г. М., Рейзвіх О. Е., Жадько Р. Т.

ПОКАЗНИКИ ЛІКУВАЛЬНОЇ РОБОТИ ДЕРЖАВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ ЗА 2008 р.

Державна установа «Інститут стоматології АМН України»

Стоматологічну лікувальну допомогу населенню України в 2008 році надавали в 290 стоматологічних

поліклініках та 4506 лікувально-профілактичних закладах, які мають стоматологічні відділення або кабінети. Це мережа лікувально-профілактичних бюджетних закладів.

Укомплектованість посад лікарів-стоматологів та зубних лікарів по зайнятих посадах у 2008 році становила 95, 3%. Забезпеченість лікарями на 10 000 осіб населення – 3, 3.

ВООЗ рекомендує понад 80 критеріїв для оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню. Це і показник КПВ, пародонтальний індекс, індекс гігієни, % жителів, які повністю втратили зуби, та ін. Однак ці критерії якості у звітній медичній стоматологічній документації не передбачені. Таким чином, аналіз роботи лікарів стоматологічного профілю проведено за наданою звітною формою, яка чинна нині. Число відвідувань на 1 особу становило 1, 05. Питома вага первинних відвідувань серед усіх відвідувань – 47, 2%. Кількість первинних відвідувань на 1 особу – 0, 5; на 1 особу, яка звернулася по стоматологічну допомогу, – 2, 14. Кількість відвідувань на 1 санірувану особу – 4, 0.

В усіх областях України в обов'язковому порядку здійснюється планова санація як дорослого, так і дитячого населення. У 2008 році планово було оглянуто 12813491 дорослих та 5392876 дітей.

Кількість осіб, оглянутих у порядку планової санації (у %), до чисельності населення становить 28, 7%, у тому числі дітей – 67, 8%. Із числа оглянутих потребували санації 50, 7%, у т. ч. дітей 49, 1%. Санірувано в порядку планової санації від потребуючих 79, 3%, у т. ч. дітей – 82, 0%.

Ці показники лікувально-профілактичної роботи свідчать про те, що ефективність роботи лікарів-стоматологів у 2008 році була на достатньому рівні.

Лікувальну роботу стоматологічних закладів України оцінювали за такими показниками: УОП, кількість відвідувань, кількість запломбованих зубів та кількість вилікуваних із приводу ускладненого каріесу в 1 відвідування. Так, кількість УОП за зміну становила 28, 8; кількість УОП за 1 відвідування – 1, 8; кількість відвідувань за зміну – 16, 1; кількість запломбованих зубів – 9, 6.

В 1 відвідування вилікувано з приводу ускладненого каріесу 33%.

Кількість запломбованих зубів до видалених із приводу ускладненого каріесу та захворювань тканин пародонта становила у 2008 році 4, 3:1. Якщо врахувати кількість видалених зубів та зуби, видалені з ортодонтичною метою та з приводу фізіологічної зміни, то цей показник буде становити 3, 8 запломбованих на 1 видalenня.

Особлива увага приділяється лікуванню захворювань тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Так, у 2008 році перший показник становив 826596 осіб, показник вилікуваних хворих із захворюваннями СОПР – 336044 осіб.

У Донецькій, Дніпропетровській, Житомирській, Кіровоградській, Черкаській областях основні показники роботи значно вищі від середньодержавних.