

связочного аппарата без их повреждения (их функциональное перерастяжение, нарушение привычных анатомических соотношений размеров и сил натяжения между передним и задним отделами капсулярно-мышечно-связочного компонента сустава), а также недостаточность активной стабилизации суставной головки на вершине суставного бугорка за счёт нарушения мышечного ответа (мышечная дисфункция). Все эти нарушения способствуют неадекватному (порочному) распределению механической нагрузки, локальной перегрузке элементов одного из суставов, что сопровождается болевым симптомом, нарушением структурно-функциональных связей с симметричным суставом, формированием механизмов стойкой анатомической нестабильности суставной головки и диска, приводящих к их вывиху.

Різник С. С. , Різник Ю. Б.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ МІКРОГЕМОДИНАМІКИ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У розвитку хвороб пародонта велике значення мають порушення гемодинаміки та транскapілярного обміну навколзубних тканин. Система мікроциркуляції є основною ланкою, яка забезпечує метаболічний гомеостаз у тканинах пародонта, тому дослідження мікрогемодинаміки має велике діагностичне та прогностичне значення.

Мета нашого дослідження - вивчити кореляцію між клінічними проявами пародонтиту та функціональними змінами його судинної системи.

Стан гемомікроциркуляторного русла пародонта ми вивчали у 28 хворих на генералізований пародонтит, використовуючи реопародонтографію, стійкість судин пародонта і термометрію ясенних сосочків. Контрольну групу склали 12 практично здорових осіб із клінічно інтактним пародонтом. Для запису реопародонтограм застосовували електрокардіограф та чотиріканальний реограф РГ-4-01. При розшифруванні реопародонтограм аналізували якісний та кількісний параметри. Стійкість капілярів пародонта до від'ємного тиску вивчали за допомогою апарата АЛП-03. Час утворення вакуумних гематом фіксували в ділянці верхівок коренів фронтальної групи зубів. Температуру ясенних сосочків оцінювали за допомогою електротермометра ЕТМ-3Б. Максимальна інерція приладу - 30 с. , чутливість - 0, 2°C, площа дотику електрода з досліджуваною поверхнею - 1, 5 мм. Вимірювання локальної температури проводили за носового дихання в ділянці маргінального пародонта фронтальної групи зубів.

Усі обстежені були віком 30 – 50 років, не мали суттєвої патології. Пародонтологічний статус вивчали за загальноприйнятими в пародонтології методами, включаючи ортопантомографію.

При порівнянні результатів функціональних методів дослідження судин пародонта спостерігали синхронні зміни показників відповідно до тяжкості пародонтиту. При аналізі реопародонтограм хворих на генералізований пародонтит контури РПГ були нечіткі, дикротичний зубець слабо виражений і зміщувався до вершини, помітно здовжувалася висхідна частина і вкорочувалася низхідна частина РПГ. При якісному аналізі РПГ у всіх випадках достовірно збільшувалися показники ПТС (28, 8±2, 6 %), ІПО (127, 91±8, 71 %) , ДС (92, 65±6, 41%) , ДІ (89, 32±5, 33%), знижувалися РІ (0, 15±0, 015 ом), ІЕ (51, 47±7, 25%). Дані РПГ свідчать про підвищення тону артеріол і венул, зниження еластичності артерій і вен. Паралельно знижувалася стійкість капілярів ясен, при початковому і І ступенях пародонтиту - до 7, 5±0, 84 с. , II і III ступенях - до 4, 3±0, 34 с.

У хворих на генералізований пародонтит температура ясенних сосочків підвищувалася в порівнянні з групою порівняння в середньому на 0, 5 – 0, 7°C, що свідчить про порушення гемомікроциркуляції пародонта.

Порівнюючи дані функціональних методів дослідження кровообігу навколзубних тканин, можна дійти висновку, що у хворих на генералізований пародонтит розвиваються зміни гемодинаміки пародонта, зумовлені порушенням судинного тону та реактивності, сповільненням капілярного руху крові. При цьому змінюється проникність стінок капілярів, що погіршує трофіку пародонта і веде до прогресування дистрофічно-запального процесу. Якщо при початковому та першому ступенях тяжкості генералізованого пародонтиту функціональні порушення гемомікроциркуляції є зворотними, то при другому і особливо

третьому ступенях зазначені зміни незворотні, про що свідчать дані функціональних проб.

Узагальнення отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що всі симптоми пародонтиту функціонально обумовлені. У пародонті спостерігаються синхронні зміни показників функціонального стану мікроциркуляторного русла. Вивчення клінічно – функціональних паралелей гемодинаміки пародонта свідчить, що однією з ланок патогенезу генералізованого пародонтиту є судинна, і для проведення ефективного, цілеспрямованого, комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит доцільно вводити капілярпротектори.

Ріпецька О. Р. , Гриновець В. С. , Денег І. С.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ В ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 16-29 РОКІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність проблеми. Зростання рівня патології тканин пародонта серед пацієнтів молодого віку

вимагає проведення не тільки первинної, а й удосконалення вторинної профілактики його захворювань.

Наукова новизна роботи. Великого значення в лікуванні хвороб пародонта сьогодні надають вторинній профілактиці пародонтальних захворювань, що охоплює виявлення ранніх стадій хвороби, запобігання прогресуванню та виникненню рецидивів пародонтиту і гінгівіту. Виявлення потреби у вторинній профілактиці та оцінка її ефективності – необхідні умови ефективного лікування патології пародонта, адже провідною метою такої профілактики є зменшення критичної маси мікрофлори, особливо пародонтальних патогенів у ротовій порожнині пацієнта.

Мета - виявити частоту генералізованого пародонтиту в пацієнтів віком 16-29 років та оцінити ефективність першої фази етіотропного лікування (зняття зубних відкладень, загладження і знезараження поверхні цементу).

Методи та результати дослідження. Обстежено 98 пацієнтів віком від 16 до 29 років. У 32 із них виявлено по кілька пародонтальних ділянок із під'ясенним зубним каменем, кровоточивістю при зондуванні та глибиною кишень до 3 мм, що свідчить про початкові ознаки генералізованого пародонтиту. У 5 пацієнтів виявлено пародонтальні кишень 5-6 мм, що відповідає генералізованому пародонтиту II ступеня тяжкості. Усім пацієнтам проводили зняття зубних відкладень, антисептичну обробку 0, 2% розчином хлоргексидину, полірування поверхні кореня. Результати оцінювали через місяць, 6 місяців та рік після лікування.

Через місяць після лікування кровоточивість ясен спостерігали у 25% ($\pm 1, 8$) обстежених пародонтальних ділянок, через 6 місяців – у 27, 5 ($\pm 1, 8$) пародонтальних ділянок, через рік у 78% ($\pm 1, 7$) пародонтальних ділянок виявлена кровоточивість при зондуванні.

При дослідженні рецидиву зубного каменя він спостерігався в 5, 8% ($\pm 0, 3$) обстежених ділянок через місяць після лікування, в 14, 2% ($\pm 1, 4$) – через 6 місяців і в 39, 2% ($\pm 2, 0$) пародонтальних ділянок за рік після лікування. Гігієнічний індекс до лікування становив $2, 63 \pm 0, 6$, через місяць після лікування – $0, 97 \pm 0, 05$, через 6 місяців – $1, 5 \pm 0, 09$ і через 12 місяців – $1, 97 \pm 0, 10$.

Ефективність місцевого лікування виявилася досить високою впродовж 6 місяців після його проведення. Однак уже через місяць після лікування (за середнього значення гігієнічного індексу $0, 97 \pm 0, 05$) у частини пацієнтів виявлені пародонтальні ділянки, вільні від зубних відкладень, однак із ділянками запалення. Їх кількість значно зростає через 6 місяців, а особливо – через рік після лікування.

Отже, усунення місцевих етіологічних чинників не завжди дозволяє ліквідувати патологічні зміни в пародонті навіть за початкових проявів генералізованого пародонтиту.

Висновок. На підставі наведених даних можна стверджувати, що серед обстежених пацієнтів молодого віку високий відсоток (35, 6%) із проявами гене-

ралізованого пародонтиту. Ефективність вторинної профілактики в цих пацієнтів була досить високою впродовж 6 місяців після її проведення. Однак уже на перших етапах лікування доцільно визначити пацієнтів групи ризику, де попри проведені лікування збереглися запальні зміни. У першу чергу в групі ризику виявилися пацієнти віком до 29 років із II ступенем тяжкості пародонтиту.

Скрипник О. І.
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ СЫВОРОТОЧНОГО Ig A У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ КАРИЕСОМ, В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА
Луганский государственный медицинский университет

Развитие патологических изменений в ротовой полости всегда сопровождается реакцией разных звеньев её защиты. Собственно ротовая жидкость имеет выраженное антибактериальное и противовирусное действие благодаря наличию в ней специфических и неспецифических факторов гуморального и клеточного иммунитета.

В исследовании, целью которого было изучение показателей гуморального и клеточного звеньев иммунитета у детей 5-15 лет, больных кариесом, под наблюдением находилось 414 детей в возрасте от 5 до 15 лет, проживающих в разных экологических зонах Луганской области. Из общего количества обследованных детей 212 (51, 2 %) проживали в г. Луганске. 202 (48, 8 %) ребёнка были жителями г. Северодонецка Луганской области.

Установлено, что иммунные изменения проявляются снижением в слюне концентраций лизоцима, секреторного и сывороточного Ig A, Ig G, а также фагоцитарной активности нейтрофилов. При этом на степень выраженности иммунопатологических изменений существенно влияют экологические факторы. Наибольшие нарушения наблюдаются у детей, проживающих в наиболее неблагоприятной экологической обстановке. Кроме того, выраженность иммунопатологических сдвигов была разной у детей разного возраста.

В общей группе детей 5-7 лет, больных кариесом, концентрация сывороточного Ig A оказалась в 1, 15 раза ниже аналогичного показателя здоровых детей. В общей группе детей 8-12 лет, больных кариесом, содержание сывороточного Ig A в слюне оказалось в 1, 15 раза ниже аналогичного показателя у здоровых детей этого же возраста. У детей 13-15 лет, больных кариесом (общая группа), уровень сывороточного Ig A был в 1, 14 раза ниже, чем у здоровых детей такого же возраста. Содержание сывороточного Ig A в слюне детей с увеличением их возраста повышалось.

Существенно влияли на содержание в слюне сывороточного Ig A экологические условия проживания детей. Так, у здоровых детей, проживающих в Луганске, концентрация сывороточного Ig A в слюне