

При подсчете эпителиальных клеток сначала определяли их число в поле зрения. Затем в том же поле зрения производили подсчет клеток с явными признаками цитопатологии и определяли относительный (к общему числу эпителиальных клеток) показатель содержания клеток с каждым из типов цитопатологии: базофилия цитоплазмы, дистрофические и некробиотические изменения (вакуолизация цитоплазмы, деструкция ядра), «фагирующие» клетки, X-клетки. Для клеток с указанными типами цитопатологии высчитывали средние относительные (в %) показатели, которые затем использовали для вычисления индекса деструкции (ИД).

Соединительнотканые клетки – лейкоциты, моноциты (отдельно сохранившие цитоплазму и голоядерные элементы), фибробласты (эндотелиоподобные клетки) – также подсчитывали в 3-5 полях зрения, фиксировали число клеток в абсолютных цифрах, а затем выводили средние показатели, которые использовали для вычисления воспалительно-деструктивного индекса (ВДИ).

Таким образом, индекс деструкции (ИД) отражает относительное содержание в эпителиальной популяции клеток с признаками цитопатологии, а воспалительно-деструктивный индекс (ВДИ) характеризует соотношение клеток, входящих в состав воспалительного инфильтрата на различных этапах его развития. В норме ИД составляет от 20 до 650 единиц, а ВДИ – от 0 до 20,0 единиц.

Результаты и их обсуждение. При проведении цитологического исследования выявлено, что после проведенного лечения процент целостности клеток увеличился (ИД с $25,0 \pm 2,5$ уменьшился до $16,3 \pm 5,0$) что может свидетельствовать о купировании воспалительного процесса и индукции регенерации тканей пародонта. В обеих группах больных до начала лечения состояние тканей ротовой полости было неудовлетворительным. Признаки различной степени воспаления десны и тканей пародонта отмечались у всех больных. У многих пациентов была плохая гигиена полости рта, при этом в мазках-отпечатках отмечалось повышение количества бактериального контаминирования как межклеточных пространств, так и интрацитоплазматического компонента клеточных структур. Во многих препаратах встречались клетки с выраженной вакуолизацией цитоплазмы ($22,0 \% \pm 9,8 \%$) и частичной, либо полной деструкцией ядра ($4,7 \% \pm 0,3 \%$). Типичным является появление в цитограммах крупных эпителиальных клеток с внутрицитоплазматическими включениями лейкоцитов ($296,7 \pm 153,9$) и моноцитов ($50,0 \pm 17,3$). В целом, описанные выше цитопатологические изменения являются следствием повреждающего эффекта воспалительного процесса в пародонте и свидетельствуют о возрастающей активности воспалительно процесса.

В основной группе больных уже после 2-3 процедуры применения озона отсутствовали жалобы на боль в деснах, значительно уменьшилась кровоточивость десен. Слизистая десны приобретала бледно-розовый цвет, отечность ее тканей отсутствовала. При изучении мазков-отпечатков отмечается резкое снижение в полях зрения цитологических картин воспалительно-деструктивного характера (ВДИ с $129,7 \pm 54,1$ уменьшился до $26,7 \pm 6,7$). Уменьшилось число клеток с вакуолизированной цитоплазмой (с $22,0 \% \pm 9,8 \%$ до $12,3 \% \pm 2,2 \%$), базофильно окрашенных частиц (с $48,3 \% \pm 2,8 \%$ до $39,0 \% \pm 1,0 \%$) и гранул микробного происхождения, расположенных преимущественно вне пределов эпителиальных клеток. Редко встречались «фагирующие» эпителиальные клетки. Отдельные лейкоциты и моноциты располагались преимущественно за пределами плоскоэпителиальных клеток. Эти признаки усиления репаративных процессов указывали на раннее начало активизации восстановительных процессов в тканях десны.

Выводы. После проведения курса лечения в обеих группах отмечена ремиссия. В основной группе отсутствовали признаки воспалительно-деструктивных процессов в тканях десны, выявляемые на цитограммах, количество клеток лейкоцитарного ($63,5 \pm 16,5$) и моноцитарного ($12,5 \pm 2,5$) ряда резко уменьшилось в полях зрения. Отдельные находки окрашенных бактериальных структур указывали только на их обычное присутствие в ротовой полости. Но, не смотря на клинические и пародонтологические показатели выздоровления, у больных в контрольной группе остаются цитологические изменения, указывающие на вялотекущий характер воспалительного процесса в десне (ВДИ $117,3 \pm 33,2$ и ИД $22,0 \pm 2,0$).



УДК 616-07-053+616.311

Е. В. Гарам, Е. Н. Стародубец, С. Н. Бурчак

КЗ «Городская стоматологическая поликлиника № 4» г. Днепрпетровск

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР) разнообразны по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям. Отсюда представляется и сложность в их диагностировании, что является актуальным и не простым вопросом для практического врача-стоматолога.

На основании нашего опыта предлагаем схему диагностики заболеваний СОПР, при которой гипотеза за-

болеванія буде включати: анамнез - клінічні прояви (виявлення патоморфологічних елементів ураження СОПР – первічних і вторічних, а також патоморфологічних процесів – (гіпертрофія, паракератоз, гіперкератоз, дискератоз, акантоліз) – дані лабораторних досліджень, які потім систематизуються в симптоми, синдроми або епонімні захворювання. На основі аналізу цих даних наступним етапом є їх синтез в попередній діагноз захворювання. Після проведення диференціальної діагностики формується остаточний основний діагноз захворювання СОПР. Враховуючи те, що в більшості випадків захворювання СОПР мають і фоніву патологію, слід додатково враховувати цей момент при виношенні цього діагнозу в доповнення до основному діагнозу захворювання СОПР.

Логічна ланка суб’єктивно-об’єктивних даних і даних додаткових методів дослідження хворих з захворюваннями СОПР дозволяє лікарю орієнтуватися в складній діагностиці захворювань СОПР, а знання патогенезу і ступінь тяжкості перебігу захворювання з урахуванням індивідуального підходу до хворого є основою для складання плану лікування хворого в гострому періоді, планувати оздоровчі заходи в міжрецидивний період і правильно визначати групу диспансерного спостереження хворих з захворюваннями СОПР.



УДК /25-058.8:616.31

О. А. Глазунов, Т. П. Кравець

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**МЕТОДИКА ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЗА РОЗДІЛОМ «СТОМАТОЛОГІЯ»
НА КАФЕДРІ СТОМАТОЛОГІЇ ФПО**

Реформування системи охорони здоров’я України потребує удосконалення ланки амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Для досягнення цієї мети значна увага приділяється підготовці спеціалістів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина», до обов’язків яких входить і надання у тому числі і стоматологічної допомоги дітям і дорослому населенню. Тому у навчальний план з підготовки сімейних спеціалістів уведено питання лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань. Причому, саме профілактична направленість є провідною у роботі сімейних лікарів. Звичайно ж, лікувати стоматологічні захворювання мають спеціалісти стоматологи, а навчання сімейних лікарів за розділом «Стоматологія» має на меті навчання на основі теоретичних знань про основні стоматологічні захворювання та їх профілактику.

У своїй практичній діяльності сімейні лікарі мають набути практичні навички з профілактики захворювань тканин пародонту, СОПР і твердих тканин зубів. Для цього їх навчання підкріплюється застосуванням теоретичних знань на практиці – тобто, задачею для сімейного лікаря є складання плану профілактики певного захворювання, враховуючи свої набуті знання з питань фармакодинаміки медикаментозних засобів, які застосовуються у традиційній медицині.

Вміння правильно призначити профілактичний курс, направлений як на профілактику певного стоматологічного захворювання, так і на оздоровлення усього організму, стане запорукою широкого запровадження профілактичної медицини серед дорослих і дітей завдяки її поширенню за допомогою сімейних лікарів у тому числі та підвищить медичний і соціальний аспекти профілактики, як науки взагалі.



УДК 614.23/.25+616.312

О. А. Глазунов, Т. П. Кравець

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ СТОМАТОЛОГІЇ ФПО

Основним завданням післядипломної освіти є підвищення якості підготовки спеціалістів до самостійної роботи. Підготовка лікарів-інтернів на очному навчанні включає формування як системи професійних теоретичних знань, так і набуття практичних навичок і умінь. Для цього інтерну пропонуються методичні вказівки щодо виконання певного практичного навичка чи маніпуляції, які розроблені викладачами кафедри. На основі методичних вказівок інтерну пропонується потім скласти самостійно алгоритм виконання цієї маніпуляції чи