

УДК 616-007.24-084+616.716

*Н. М. Гордиюк, Г. Г. Бойко, Л. А. Анисимова, З. В. Зайцева, И. Б. Самсонов*

Кафедра стоматологии ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины»

### **ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И РЕТЕНЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ЗУБОВ СВОЕВРЕМЕННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ**

Хроническое воспаление глоточной миндалины или хронические аденоидиты у детей являются одной из актуальных проблем отоларингологии и косвенно стоматологии, так как нелеченные и длительно существующие аденоидиты и нарушение при этом носового дыхания способствуют развитию, в будущем, деформаций верхней челюсти.

С позиции клинической иммунологии хронические аденоидиты следует трактовать, как классический пример вторичного иммунодефицитного состояния.

Диагностика аденоидных разрастаний, особенно у детей младшего возраста, чаще затруднительна. Это связано, прежде всего, с особенностями анатомического строения носоглотки.

Не всегда ведущей жалобой ребенка является отсутствие носового дыхания. Частые затяжные насморки более двух недель, беспричинный кашель и покашливание, храп во время сна, частые простуды, рецидивирующие средние отиты, прогрессирующее снижение слуха – эти симптомы являются характерными для наличия хронических аденоидитов.

Ретроназальное направление мукоцилиарного клиренса определяет главенствующую роль глоточной миндалины как индуктивного органа мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. Поток антигенов задерживается и улавливается эпителиальными структурами данного лимфоэпителиального органа. Поэтому многие авторы придерживаются концепции консервативного лечения хронических аденоидитов, заключающегося в следующих направлениях:

1. Воздействие на воспалительный процесс глоточной миндалины.
2. Снижение сенсибилизации организма.
3. Стимуляция иммунитета.

В обязательном порядке детям проводятся цитологические, бактериологические исследования верхних дыхательных путей, рентгенограмма придаточных пазух носа, по показаниям КТ, МРТ. Детям, принимающим часто антибиотики, мы назначаем курс энтеросорбентов; при наличии изменений в придаточных пазухах носа, повышенной гиперсекреции слизи, назначаем муколитики, секретолитики (эриспал, флюдitek, синупрет). Проводим элиминацию возбудителя путем промывания полости носа, носоглотки, небных миндалин. Применяем антигомотоксические препараты, некоторые из них непосредственно вводим в миндалины (лимфомиазот), проводим местное воздействие на глоточную миндалину путем закапывания носоглотки два раза в день раствором мирамистина, протаргола, коры дуба в определенной последовательности. Назначаем местные иммуномодуляторы (иммудон, ИРС-19, Аква Марис, циннабсин). На тампонах вводим в полость носа масло чайного дерева. При отсутствии эффекта от консервативного лечения аденоиды удаляем. Таким образом, своевременное консервативное и хирургическое лечение хронических аденоидитов способствует профилактике деформаций верхней челюсти и ретенции центральных зубов.



УДК 616-311.4+616.314.17-008.1

*О. В. Громов*

КП ДМА МОН Украины, кафедра ортопедической стоматологии

### **ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА АКСИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) являются одной из актуальнейших проблем современной стоматологии. Своевременная диагностика патологических состояний ВНЧС затруднена из-за пролонгированной фазы компенсации. Обычно пациенты обращаются в клинику на более поздних стадиях заболевания, при наступлении фазы декомпенсации и появлении болевых симптомов. Самым современным устройством для исследований в этом направлении считается электронный аксиограф ARCUSdigma© фирмы KaVo, Германия (Цимбалистов А. В. Статовская Е. Е., 2005; Лебеденко И.Ю. и соавт., 2006).

С целью изучения состояния ВНЧС у пациентов различного возраста с интактным пародонтом и у больных генерализованным пародонтитом (ГП) средней/тяжелой степени нами было проведено электронное аксиографическое обследование 82 пациентов, из которых у 29 человек возрастом от 20 до 65 лет не отмечались клинико-рентгенологические симптомы генерализованного пародонтита. Остальным 53 обследованным был поставлен диагноз «генерализованный пародонтит средней и/или тяжелой степени». По возрасту они делились следующим образом: 21 человек – 20-39 лет; 18 человек – 40-59 лет; 14 человек – 60 лет и старше.

Аксиографически у 73(89 %) из 82 обследованных, отмечена дисфункция ВНЧС в ранней стадии без клинических проявлений, и только у 9 пациентов (11 %) были диагностированы клинические признаки артроза ВНЧС (щелчок или хруст в суставе, болевая дисфункция). Уменьшение подвижности в одном из суставов составило до 48 % по горизонтальной составляющей и до 67 % по вертикальной составляющей. ЕРА-тест также подтвердил несоответствие движений в правом и левом ВНЧС и уменьшение амплитуды движений на стороне дефекта.

У лиц молодого возраста без патологии пародонта на аксиограмме отмечалась достоверная синхронность движений суставных головок, подтвержденная ЕРА-тестом, и равномерная амплитуда движений резцовой точки при боковых смещениях нижней челюсти как при интактном зубном ряду, так и при наличии включенных дефектов зубного ряда малой и средней протяженности. В то же время, у пациентов средней и старшей возрастных групп были выявлены значительные изменения в состоянии ВНЧС, вызванные наличием дефектов зубных рядов и отягощенные функциональной недостаточностью пародонта.

У пациентов с интактным пародонтом в возрасте 40-59 лет на стороне включенного дефекта зубного ряда вертикальная подвижность сустава снижалась на 18-22 %, горизонтальная подвижность была уменьшена на 20-25 %. Концевые дефекты вызывают более значительные изменения функциональных возможностей ВНЧС и характеризуются большей разницей в амплитуде движений суставной головки на пораженной стороне. Вертикальная подвижность при этом уменьшена на 35-37 %, а горизонтальная – на 45-50 %, отмечены значительные деформации траектории движения пораженного сустава в сравнении с интактным.

У обследованных пациентов в возрасте 60 лет и старше без клинических признаков ГП, на стороне включенного дефекта зубного ряда вертикальная подвижность сустава была снижена на 21-26 %, горизонтальная – на 28-35 %. При наличии концевых дефектов этиотклонения составили 38-43 % по вертикали и 47-55 % по горизонтали. Отмечены значительные деформации траектории движения пораженного сустава в сравнении с интактным.

В том случае, когда односторонний концевой дефект у пациентов средней и старшей возрастных групп отягощен ГП и патологической подвижностью зубов 2-3 степени, аксиографические данные исследования суставов имеют еще большие различия. Разница в амплитудах вертикальных колебаний составляет 48-56 %, а снижение горизонтальной подвижности зафиксировано в пределах 55-72 %. Данные функциональной аксиографии подтверждены ЕРА-тестом, на котором отмечена скудность показателей положения головки пораженного сустава в пределах до 0,9 мм при амплитуде свободных движений суставной головки в интактном ВНЧС до 3 мм. С учетом прогрессирующего течения воспалительно-деструктивных процессов в пародонте, усугубляющегося возрастным снижением компенсаторно-адаптационных возможностей организма, отмеченные изменения в суставе можно считать тяжелым функциональным нарушением в состоянии зубочелюстного аппарата.

В результате проведенного комплексного лечения больных ГП, включающего в себя противовоспалительную терапию с биостимулирующими добавками «ЛеКа-Дз» и «Остеовит», а также рациональное протезирование с применением разработанной нами полулабильной конструкции замкового крепления для бюгельного протеза, функциональная полноценность жевательного аппарата пациентов этой группы приблизилась к норме. Если до лечения амплитуда вертикальных движений пораженного сустава составляла 7,5-8 мм (50 %) при подвижности сустава на непораженной стороне 15-15,5 мм, то после лечения это соотношение изменилось как 11:15 мм, т.е. вертикальная подвижность пораженного сустава восстановилась на 25-26 % от первоначальной и составила 75 % от нормы.

Проведенный после лечения ЕРА-тест при смещении правой суставной головки на 3,0 мм подтверждает увеличение амплитуды движений левой суставной головки с 0,9 до 2,0 мм, что составляет 75 % от нормы.

Представленные в табл. данные аксиографического анализа, полученные у пациентов всех возрастных групп, подтверждают функциональные изменения в суставах даже при отсутствии видимых клинических проявлений до лечения, и позитивную динамику состояния жевательного аппарата. Показано различие между функциональным состоянием суставов (в %) на рабочей и балансирующей стороне зубного ряда при наличии одностороннего концевой или включенного дефекта большой протяженности при интактном пародонте (ИП) и генерализованном пародонтите (ГП).

Таблица

Результаты аксиографического анализа и ЕРА-теста

Возраст		20-39		40-59		60 <	
Метод лечения		ИП	ГП	ИП	ГП	ИП	ГП
Функциональный анализ	до лечения	6±0,5%	15±1%	21±2%	64±2%	53±2%	76±2%
	после лечения	3±0,5%	6±0,5%	8±0,5%	27±2%	24±2%	34±2%
ЕРА-тест	до лечения	7±0,5%	12±1%	23±2%	73±2%	61±2%	72±2%
	после лечения	3±0,5%	5±0,5%	9±0,5%	24±2%	29±2%	38±2%

**Выводы.** 1. Электронные аксиографические исследования позволяют выявить наличие мышечно-суставной дисфункции, показать взаимосвязь динамической окклюзии и функциональных изменений траектории движения условной шарнирной оси суставных головок височно-нижнечелюстных суставов. Эта методика необходима в диагностике функциональных нарушений жевательного аппарата, оценке эффективности проведения комплексной реабилитации стоматологического пациента и контроле изменений в ВНЧС на этапах лечения и протезирования.

2. При отсутствии клинических проявлений нарушения деятельности ВНЧС электронная аксиография позволяет проследить положительную динамику в состоянии суставов и улучшение по сравнению с первичной ситуацией до 42 .

3. Функциональный анализ и ЕРА-тест подтверждают правильность выбранного комплекса лечебно-профилактических мероприятий на этапах лечения пародонтологических больных различных возрастных групп.



УДК 616.311:669.18.-052.2/6-057

*А. А. Груздева, Т. П. Кравец*

ГУ “Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины”

### **ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У РАБОЧИХ ЖЕЛЕЗОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА**

Производственные условия железорудной промышленности способствуют возникновению патологических изменений слизистой оболочки полости рта (СОПР) (51,52%). В структуре заболеваний СОПР лейкоплакия встречается в 15,51% случаев. Целью исследования явилась индексная оценка нарушений созревания эпителия СОПР у рабочих железорудного производства в зависимости от стажа работы шахтеров и пристрастия к курению.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 68 рабочих с плоской формой лейкоплакии, которые были распределены на две подгруппы: I подгруппа – курящие рабочие (52 чел.), II подгруппа – некурящие рабочие (16 чел.). Стаж работы на производстве составлял 5-20 лет. Клиническое обследование проводили по общепринятой методике с максимальной детализацией очага поражения. Выполняли подсчет индекса распространенности (ИР) лейкоплакии (Педорец О.П., 1996), лабораторные методы обследования включали цитологическое исследование с определением индекса кератинизации (ИК) (Данилевский Н.Ф., Урбанович Л.И., 1979).

**Результаты исследований.** Исследования показали, что у некурящих рабочих ИР в среднем составлял  $4,69 \pm 0,56$  балла. У курящих рабочих ИР значительно ( $P < 0,001$ ) превосходил показатели группы сравнения, достигая  $6,7 \pm 0,3$  балла. По мере увеличения производственного стажа у рабочих отмечалось повышение значений ИР с  $3,5 \pm 0,5$  балла до  $7,09 \pm 0,54$  балла в I подгруппе и с  $2,5 \pm 0,5$  до  $6,2 \pm 0,72$  балла во II подгруппе. Результаты цитологического исследования элементов поражения показали у больных плоской формой лейкоплакии преобладание эпителиальных клеток (до 75,6 %), среди которых преобладали роговые чешуйки и поверхностные клетки (49,5 % и 32 % соответственно), отмечено низкое содержание промежуточных клеток (18,5 %). ИК у больных с плоской формой лейкоплакии в среднем составил  $69,7 \pm 1,85$  %.

**Выводы.** Сопоставление полученных результатов выявило прямопропорциональную зависимость ИР лейкоплакии от курения и производственного стажа рабочих. Анализ цитологического исследования показал наличие хронического воспаления, гиперкератоз и нарушение созревания эпителия.



УДК 616-036.12+616.71-018.46-002+616.716.4:616-036.12+615.015.6

*Н. Н. Давыдов, В. Э. Ткаченко, Ю. П. Матросов, А. А. Венту*

КУ «Городская клиническая больница» №2, челюстно – лицевое отделение  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ДИФфуЗНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОМАНИИ**

Больная Ш.О.Б 29 лет госпитализирована в ЧЛЮ ГБ.№2 30.11.11 с диагнозом: хронический остеомиелит нижней челюсти, осложненный абсцессом щеки справа. Больная неоднократно находилась на стационарном