

Результаты исследования. Верификация герпес-вирусов у больных с ГС и ГА достоверно подтверждалась выделением вирусов ВПГ 1,2 типов, у больных с ИМ определялись ассоциации ВПГ 1,2,4,5 типов, а определение «капсидного» (VCA-IgM), «раннего» (EA-IgG) и «ядерного» (EBNA-IgG) антител в различных комбинациях позволяет по И.С.Маркову (2002) выявить и фазу заболевания ИМ: для **острой ВЭБ** характерно наличие VCA IgM, EA IgG, NA IgG в вариантах (+/-/-); (+/+/-); (-/+/+); для **реактивации ВЭБ** - VCA IgM, EA IgG, NA IgG в вариантах (+/+/+); (+/-/+); для **персистенции ВЭБ** без реактивации - EA IgG, NA IgG или только NA IgG в вариантах (-/+/+); (-/+/-). Для дифференциальной диагностики ИМ и ГС и ГА использовали индекс соотношения абсолютного числа лимфоцитов к абсолютному числу лейкоцитов крови (L/WBC), который для ГС и ГА составляет **0,1-0,3**, а для ВЭБ – **0,35-0,54** и выше.



УДК 616-022.7+616.311-02

О. И. Купчак

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ И ОТКРЫТЫМ КОРНЕВЫМ КАНАЛОМ

Микрофлора корневых каналов представлена микроорганизмами различных родов и семейств, как правило, в ассоциациях, среди которых наиболее часто встречаются стафилококки, стрептококки, фузобактерии, бактероиды, вейлонеллы и др. (Мамедова, Л.А., 2002; Карпунина Т.А., Косолапова Е.Ю., 2009; Siqueira J. et al., 2004)

Цель настоящей работы. Изучение влияния микрофлоры открытого корневого канала у лиц с хроническим периодонтитом на изменение качественного состава микрофлоры полости рта.

Материалы и методы исследования. В исследованиях приняли участие молодые люди в возрасте 16-18 лет. Все лица первой группы были преимущественно с интактной полостью рта (группа сравнения). У лиц второй группы (основной) присутствовали зубы с хроническим периодонтитом, которые ранее не лечили.

С помощью бактериоскопии изучали содержание микрофлоры в корневом канале и на разных объектах (язык, десна, щека) полости рта.

Результаты исследований показали, что у лиц с хроническими периодонтитами в отличие от лиц с интактными зубами в полости рта увеличивается количество микрофлоры в целом, преимущественно за счет стафилококков и кандиды, коррелирующее с содержанием их в корневом канале. Особый интерес представляет появление увеличения частоты встречаемости фузобактерий, как в канале, так и полости рта.

Вывод. Наличие открытого корневого канала при хроническом периодонтите способствует смещению микробиоценоза полости рта в сторону дисбактериоза. Активизируется условно патогенная микрофлора, такая как стафилококк золотистый и грибы рода Кандида, что может способствовать развитию воспалительных заболеваний и кандидоза СОПР, а также фузобактерии, которые относятся к «агрессивным» пародонтогенам, так как обладает способностью вступать в ассоциации с другими микроорганизмами, разрушающими ткани пародонта.



УДК 616.716.8+617.52]=089

О. Е. Малевич, А. С. Комок, А. А. Комок, В. В. Вихрова, Т. А. Книга, А. В. Черодник, Н. П. Мальшева

Клиника челюстно-лицевой хирургии Днепропетровской областной больницы им. Мечникова
Днепропетровская стоматологическая поликлиника №1

6 ЛЕТ СОТРУДНИЧЕСТВА С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ХИРУРГАМИ США

В последние годы получило развитие сотрудничество клиники челюстно-лицевой хирургии областной больницы Днепропетровска с известными хирургами из США в рамках благотворительной программы «Линия жизни для детей» направленной на обеспечение современного уровня лечения детей с врожденной патологией лица и челюстей, в первую очередь, воспитанников детских домов и интернатов. Эта не государственная и не

©. Купчак О. И., 2012.

©. Малевич О. Е., Комок А. С., Комок А. А., Вихрова В. В., Книга Т. А., Черодник А. В., Мальшева Н. П., 2012.

религиозная благотворительная организация, спонсорами которой являются частные лица, предприятия, известные в США граждане и проводит свою работу более чем в 30 странах мира.

Наше сотрудничество продолжается с мая 2006 года, когда впервые мы встретили делегацию, состоящую из 2х известных хирургов, 2х молодых помощников, руководителя делегации проф. Д. Мозеса, его супруги - детского психолога и операционной медсестры. По приезде были отобраны дети из интернатов области и в недельный срок было прооперировано 12 детей, осуществлено свыше 100 консультаций, как детей сирот, так и всех обратившихся. В дальнейшем по 1-2 раза в год (всего 10 раз) делегации американских хирургов приезжали из самых различных медицинских центров Америки.

В работе участвовали такие известные кранио-челюстно-лицевые хирурги как Д.Мозес (Калифорния), Д.Бертц - ученик Миларда (Аризона), Пушкар Мехра (Бостон) Луис Вега (Джексонвиль, Флорида), Даниель Ионг (Бруклин), Д.Хоффман (Нью-Йорк) анестезиолог М. Лондон (Сан-Диего) и др. Некоторые профессора приезжали по 2-3 раза. За 6 лет совместно прооперировано 99 детей, осуществлено свыше 600 консультаций, как детям, так и взрослым.

Кроме хирургической и консультативной работы американские коллеги сделали большой вклад в материально-техническое развитие клиники, оснастили оборудованием – наркозно-дыхательными аппаратами, с возможностью проведения наркоза газами, мониторами, аппаратом для обработки костей «Straiker», инфузоматами, дефибриллятором с монитором, наборами инструментов и роторасширителями - зеркалами для уранопластики, хейлопластики, осветительную технику, несколько наборов для накостного остеосинтеза, большое количество расходного материала медицинского назначения. Совместно с международным ротарианским клубом приобрели для клиники автоклав «Tutnaueg». Параллельно в 2010 и в 2011 годах клиника сотрудничает с американской благотворительной организацией «Smile Train» и получила гранты в 7.5 и 8.5 тыс. долларов соответственно для финансовой поддержки в лечении детей с врожденными пороками развития.

Таким образом, сотрудничество с американскими коллегами позволило клинике укрепить материально-техническую базу, обновить аппаратуру и инструментарий, улучшить условия пребывания детей в клинике. Сотрудничество дает большую пользу нашим хирургам в совершенствовании хирургической техники. Каждый раз проводятся научные конференции по пластической хирургии с демонстрацией клинических случаев. Работа американских коллег освещается регионарными и центральными СМИ, проводятся пресс конференции.

Американские коллеги в свою очередь отмечают мастерство наших хирургов, высоко ценят труды Украинских ученых в детской пластической хирургии, в частности разработки и методики проф. Л.В.Харькова.

Ценность программы «Линия жизни для детей» в том, что это долгосрочный проект по совместному внедрению современных методик операций, оснащения клиники и стажировки наших специалистов в ведущих клиниках США.



УДК 616.314.14-002.4:615.014.8

В. Г. Помойницький, М. В. Помойницька, Н. М. Латшьева

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОБ’ЄКТИВІЗАЦІЯ ВОЛОГОСТІ ДЕНТИНУ КАРІОЗНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПЛОМБУВАННІ КОМПОЗИТАМИ

Забезпечення оптимальних параметрів вологості дентину є головною запорукою надійного відновлення форми і функції зуба у разі застосування композитів. На сьогодні оцінку зволоженості дентину здійснюють візуальним контролем з пошуком ознак вологи у вигляді, так званого «іскристого дентину», базуючись на суб’єктивному практичному досвіді.

Мета дослідження. Розробка методики об’єктивізації гідратаційних якостей дентину каріозної порожнини шляхом вимірів вологості та електроопору.

Матеріали та методи. Об’єктом дослідження були 39 хворих з середнім карієсом жувальної поверхні, у яких на лікарських прийомах перед внесенням адгезивної системи вимірювали електроопір дентину каріозної порожнини за допомогою омметра ДТ-832, а вологість – за допомогою вимірювача вологи МД 816.

Результати дослідження. Проведені виміри показали, що при висушуванні каріозної порожнини перед адгезивною підготовкою порожнини до пломбування лікарі здійснюють висушування на протязі $4,2 \pm 0,8$ сек. досягаючи при цьому вологості дентину в межах $19,7-20,3\%$ при середній величині електроопору $91,2 \pm 2,1$ КОм.

Висновки. Застосування вимірів електроопору і вологості дентину дозволяє об’єктивізувати гідратаційний

стан дентину. Наведені мінімальний і максимальний діапазони вологості дентину каріозної порожнини необхідно враховувати при використанні адгезивних систем з різними розчинниками. Простота використання, безпечність, достатній рівень чутливості та селективності розробленої об'єктивної методики оцінки вологості дентину каріозної порожнини дозволяє рекомендувати її до практичного застосування.



УДК 616.716.8-089.28

М. І. Рабові, к. мед. н.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОКЛЮЗІЙНІ МАТРИЦІ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЗУБІВ „ІВОКЛАР„ ПРИ ПРОГНАТИЧНОМУ ТА ПРОГЕНІЧНОМУ СПІВВІДНОШЕННІ БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕП

Відомі методи постановки зубів при сагітальних аномаліях беззубих щелеп, які передбачає наступне: а) при прогнатії та помірних прогенічних співвідношенні щелеп бокові зуби ставлять як при ортогнатії; б) при різко вираженій прогенії верхній зубний ряд вкорочують на два премолара, за рахунок других, і проводять перекресну постановку жувальних зубів на щелепах по числовим величинам і за допомогою вимірювальних щупів.

Відомі також оклюзійні матриці для високої точності постановки зубів „Естедент„ в оклюдаторі для ортогнатичного прикусу.

В останній час при виготовленні повних знімних протезів все частіше використовуються зуби фірми „Івоклар„, які відрізняються високими механічними і естетичними якостями.

Недоліком є трудомісткість постановки цих зубів, так як відомі оклюзійні матриці призначені для анатомічної постановки зубів „Естедент„, при ортогнатії.

Мета. Удосконалення методики постановки зубів „Івоклар„, при прогнатичних та прогенічних співвідношенням беззубих щелеп, покращення якості виготовлення повних знімних протезів.

Матеріали та методи досліджень. Удосконалений автором метод постановки зубів „Івоклар„, при прогнатії та прогенії беззубих щелеп (свідоцтво на рацпропозицію № 1 від 05.01.2012 р. Український НДІ промислової медицини) полягає в наступному. Для виготовлення оклюзійних матриць спочатку здійснювали постановку верхніх зубів „Івоклар„, при цьому зуби монтували по відношенню до площини скла по ортогнатичному прикусу за числовими величинами М.Е. Васильова з використанням набору вимірювальних щупів Виконували по чергово три постановки жувальних зубів „Івоклар„: а) для D 80, D 82- довжина бічного відрізка 28,7 мм – 28,9мм; б) D 84, D 86-довжина бічного відрізка - 30,7 мм, і в) D 88- довжина бічного відрізка 33,5мм. За допомогою пристрою конструкції автора виготовляли комплект з трьох оклюзійних матриць для постановки зубів „Івоклар„, при прогнатії і помірно вираженій прогенії беззубих щелеп (комплект № 1). Далі виконували по чергово також три постановки зубів „Івоклар„, за числовими величинами В. Ю. Курляндського і також виготовляли комплект з трьох оклюзійних матриць для постановки зубів при різко вираженій прогенії беззубих щелеп (комплект № 2).

Постановка зубів „Івоклар„, здійснюються наступним чином: а) при прогнатії і помірно вираженій прогенії щелеп після постановки фронтальної групи зубів установлюють відповідні матриці з комплекту № 1 нижньою площиною на скло так, щоб її середина співпадала з проєкцією міжальвеолярної лінії, які визначають за допомогою універсального зуболікарського вимірювального приладу Рабовіла. В цьому положенні половинки матриці приклеюють розплавленим воском до скла. Зуби установлюються таким чином, щоб їх пагорби уміщалися у постановочні гнізда матриці; б) для постановки зубів „Івоклар„, при різко вираженій прогенії використовують другий комплект оклюзійних матриць. Постановку зубів проводять таким чином: жувальні зуби нижньої щелепи зліва укладають у відповідні гнізда правої половинки матриці і підганяють прикореневі зрізи зубів до альвеолярного відростку і фіксують їх розтопленням воском на восковому базисі. Потім жувальні зуби нижньої щелепи справа укладають в гнізда лівої половинки матриці, підганяють і фіксують на восковому базисі. Виконавши постановку верхнього зубного ряду, видаляють половинки матриці. Подальші етапи роботи загальновідомі.

За даною методикою проведено протезування 16 хворих – усі чоловіки у віці від 58 до 66 років. Вперше протезувались – 5 і повторно 11 хворих, які користувались протезами від 1,5 до 2 років. У повторних хворих визначали ступінь фіксації і стабілізації протезів яку оцінювали як задовільну у 7 (63,6 %) і незадовільно у 4 (36,4 %) хворих. Крім цього у повторних хворих визначали жувальну ефективність по І. С. Рубінову і вона була в межах 49 – 56 % (52,5 %).

Функціональні відбитки у всіх хворих отримали на етапі визначення центральної оклюзії по методиці А.С. Щербаківа. Після загіпсовки моделей в оклюдатор за допомогою універсального зуболікарського вимірювального приладу Рабовіла вимірювали кути нахилу міжальвеолярних ліній. Виявлено наступне: а) у 7 хворих з атрофією щелеп по Шредеру / Келеру (I/III-2 і I / IV – 5 хворих) кути нахилу міжальвеолярних ліній були у фронтальній ділянці – 94,6 градусів, а в області молярів: зправа - 82,5 градусів і зліва - 83,4 градуси; б) у 5 хворих (II/III -2 і II/IV-3 хворих) - відповідно 86,3 градуси у фронтальній ділянці і в області молярів зправа – 79,9 градусів , зліва – 79,7 градусів і в) у 4 хворих з атрофією щелеп (II/II-3 і III/II – 1 хворий) кути нахилу були відповідно – 77,6 градусів, 73,4 градуси зправа і 72,4 градуси зліва. Постановку зубів „Івоклар„ в протезах для 7 хворих з прогнатією і 5 хворих з помірно вираженою прогенією щелеп виконували по відповідним матрицям комплекта № 1, а в протезах для 4 хворих з різко вираженою прогенією беззубих щелеп постановку здійснювали по відповідним матрицям комплекта № 2. Був проведений хронометраж часу постановки зубів „Івоклар„ для 16 протезів для верхньої щелепи. Постановку зубів здійснювали три зубних техніки однакової кваліфікації, причому кожний з них виконував постановки зубів за допомогою набору вимірювальних щупів і по оклюзійним матрицям.

Результати та їх обговорення. Визначення жувальної ефективності по І.С.Рубінову через 3 – 4 місяці користування протезами показало що вона збільшилась у 12 хворих (7 з прогнатією і 5 з помірно вираженою прогенією щелеп) від 64,9 % до 75,7 % ($70,3 \pm 0,46$ %), а у 4 хворих з різко вираженою прогенією відповідно від 57,9% до 66,5 % ($62,2 \pm 0,69$ %). Ступінь фіксації і стабілізації протезів у 15 хворих (93,8 %) була оцінена як задовільна, а у 1 хворого (6,2 %) з різко вираженою прогенією і крайньою атрофією щелеп - як незадовільне.

Статистична обробка даних хронометража часу постановки зубів „Івоклар„ показала наступне. На постановку всіх верхніх зубів „Івоклар„ в протезах для 12 хворих по ортогнатичному прикусу з використанням набору вимірювальних щупів зубний технік втрачав від 19 хв. 45 с. до 24 хв. 58с. ($22, 35 \pm 0,19$ хв), а на постановку зубів „Івоклар„ в протезах для 4 хворих з різко вираженою прогенією – відповідно від 17 хв. 02 с. до 19хв. 52 с. ($18,45 \pm 0,27$ хв), це на 4 хвилини менше часу оскільки верхній зубний ряд вкорочений, а постановка зубів виконується по другим числовим величинам.

Час затрачений зубним техніком на постановку всіх зубів „Івоклар„ по оклюзійним матрицям складав від 4 хв.17с. до 5хв.23с. ($4,83 \pm 0,12$ хв.), що в 4,2 рази менше.

Підсумок. Запропонований метод постановки зубів „Івоклар„ при прогнатії та прогенії беззубих щелеп сприяє підвищенню продуктивності праці зубних техніків на даному етапі роботи в 4,2 рази, а також підвищує ефективність ортопедичного лікування беззубих хворих, так як у зубного техника звільняється час для більш якісного виконання інших етапів лабораторного виготовлення повних знімних протезів.

Розроблений метод конструювання штучних зубних рядів за допомогою оклюзійних матриць повинен широко застосовуватись в практичній ортопедичній стоматології.



УДК 311.14+616.31-073-039.71-05

О. Е. Рейзвіх, к. мед. н.

ДУ «Інститут стоматології НАМН України»

ПОКАЗНИКИ САНАЦІЇ ДИТЯЧОГО ТА ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 1981-2010 РР.

Кількість населення оглянутого в порядку планової санації порожнини рота серед дорослого населення та дітей з року в рік зменшується, що підтверджують дані стану профілактичної роботи з планової системи оздоровлення порожнини рота у населення. В 1981 р. оглянутих в порядку планової санації було 17 889 790 чоловік, в 1996 р. - 15 009 846 чоловік, що на 2 879 944 менше. А в 2010 р. було оглянуто на 2 185 265 особи менше. Зменшення оглянутих спостерігається як серед дорослого так і серед дитячого населення.

Середній показник кількості осіб, потребуючих санації порожнини рота із числа оглянутих в порядку планової санації по Україні понад 55 %. Понад 61 % що потребують санації було в західних областях і м. Києві: Закарпатська область - 71,2 %; Івано-Франківська - 61,8 %; Львівська - 69,7 %; м. Київ - 73,6 %.

Показники необхідної санації 1996 і 2010 років серед дорослого населення дещо знизилися з 1996 по 2010 рік з 58,4 % до 50,9 % і серед дитячого населення з 52,8 % до 48,6 %. Проте таке зниження залишається на високому рівні і вимагає проведення санаційних заходів фактично у половини оглянутих.

У 1981 році показник кількості відвідувань до лікарів стоматологів і зубних лікарів на 1 сановану особу. В середньому по Україні складав 4,9 відвідувань, 1996 р. - 4,0, а в 2010 - 3,9. Таким чином, за цей період відвіду-

вань на 1 персону, що санується, зменшилося на 1,0 на кожного відвідувача стоматологічного кабінету. Найбільша кількість відвідувань з метою санації порожнини рота відмічена в Київській (5,2), Запорізькій і Сумській областях - 4,7, в м. Севастополі - 6,4.

Середні показники кількості санованих осіб, в % відношенні до кількості оглянутих і що потребують санації по Україні в 2010 році серед дорослих і дітей складають понад 80 %. А в таких областях як Дніпропетровська - 93,2 %, Закарпатська - 86,4 %, Кіровоградська – 83,5 %, Херсонська - 90,1 %.

Такі високі показники повинні привести кількість тих, що потребують санації до найнижчих показників, а може бути і до тотального оздоровлення всього населення. Нижче за середні показники в 2010 році констатовано в Київській області (64,3 %), Волинській області (69,4 %) і найнижчий показник в м. Севастополі (55,2 %).



УДК 616.311- 053.2:616.33:616.342

Романенко Е. Г., Василюшина М. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения [Ю. В. Белоусов, 2007]. Ведущее место в структуре болезней гастродуоденальной зоны у детей занимает хронический гастродуоденит (около 60-74 %). Взаимосвязь болезней полости рта с патологией различных отделов желудочно-кишечного тракта обусловлена морфологическим и функциональным единством пищеварительного аппарата. Поражение слизистой оболочки полости рта может возникать как первично, так и вторично, под влиянием тех или иных патологических процессов нижележащих отделов пищеварительного тракта. При этом слизистая оболочка полости рта является своеобразным «экраном», на котором достаточно закономерно видны первые и, иногда, ранние проявления многих заболеваний пищеварительной системы. Цель данного исследования заключалась в определении частоты и характера основных патологических изменений состояния слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом.

Под нашим наблюдением находилось 84 больных (45 девочек и 39 мальчиков) с хроническим гастродуоденитом в возрасте 12-17 лет, которые пребывали на лечении в гастроэнтерологическом отделении областной детской клинической больницы г. Днепропетровска. В первую группу вошли 56 больных с хроническим гастродуоденитом в фазе обострения, во вторую - 28 больных с хроническим гастродуоденитом, отягощённым ГЭР. Длительность заболевания у обследованного контингента больных составляла от 1 до 6-ти лет. Диагностика патологии гастродуоденальной зоны проводилась в соответствии с Протоколами диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний у детей МЗ Украины (2010 г.). При постановке стоматологического диагноза использовали классификацию заболеваний слизистой оболочки полости рта (Т.Ф. Виноградова, 1987).

Наиболее характерными клиническими проявлениями изменений слизистой оболочки полости рта у больных с гастродуоденальной патологией (75,1 % всех случаев) были бледность (12,7 %), отечность (25,3 %), петехии (11,2 %), усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки (25,9 %). При оценке состояния красной каймы губ у 38,6 % всех больных был выявлен эксфолиативный хейлит в сочетании с заедами в углах рта. Изменения губ, по-видимому, являются следствием развивающихся полигиповитаминозов на фоне нарушения обмена витаминов, особенно группы В.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта значительные изменения наблюдаются в сосочковом аппарате языка. В зависимости от состояния сосочков языка некоторые авторы выделяют гиперпластический глоссит, при котором сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом и несколько увеличен в размере за счет отека. Такой язык наблюдается чаще у больных с гастритом при повышенной кислотности.

У обследованных больных расстройства трофики тканей полости рта проявлялись обложенностью (74,5 %), десквамацией (34,3 %), гиперемией и отечностью языка (63 %). Повышение кислотности желудочного сока сопровождалось усилением саливации, гипертрофией сосочков языка. Особенности состояния слизистой языка в группе больных с ГЭР были десквамативные изменения на спинке и боковых поверхностях языка и обильный налет белого цвета, не имеющий четкой локализации и располагающийся очагами. Кроме того, на языке была отмечена выраженная складчатость (15,3 %), гипертрофированные сосочки (23,5 %), отпечатки зубов на боковых поверхностях (38,6 %). В группе больных с хроническим гастродуоденитом без моторных нарушений налет был равномерный по всей поверхности языка, складчатость выявлялась редко - 1,3 %.

Наиболее тяжелые и распространенные патологические изменения в полости рта (поражение слизистой оболочки полости рта и языка, нарушение вкусовой чувствительности языка) были выявлены у больных с хроническим гастродуоденитом и ГЭР.

Поражение различных отделов слизистой оболочки полости рта, очевидно, обусловлено тесной взаимосвязью секреции слюнных желез с секрецией и кислотообразующей функцией желудка, функционально напряженным состоянием эпителиальных клеток и выраженными изменениями со стороны сосудов слизистых оболочек. Развитие сочетанных морфологических и функциональных поражений желудочно-кишечного тракта усугубляет тяжесть и полиморфизм проявления патологии слизистой оболочки полости рта.



УДК 616.314.17-008.1-053.2/6

А. В. Самойленко, В. А. Дрок

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Актуальность темы. В последнее время многие исследователи связывают возникновение и прогрессирование нарушений со стороны зубочелюстной системы, а так же зависимость эффективности лечения от общего состояния организма. Поскольку при сколиотической болезни страдают соединительнотканые структуры и нарушается минеральный обмен, то среди органов и систем, вовлеченных в патологический процесс, оказываются и зубочелюстная система. Установлено, что у больных сколиозом распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций, заболеваний пародонта, кариеса выше, чем у здоровых детей.

Материалы и методы исследования. Проведено эпидемиологическое исследование 307 детей в возрасте от 6 до 15 лет в школе-интернате № 7 города Кривого Рога, в котором обучаются дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Диагноз устанавливался врачом-ортопедом на основании специальных методов обследования. Среди изучаемой группы детей распространены следующие нозологические единицы заболеваний опорно-двигательного аппарата: s-образный сколиоз, груднопоясничный сколиоз I, II, III степени, кифосколиоз. Данные заболевания сочетаются с нарушениями минерального обмена и обмена веществ соединительной ткани.

Результаты исследования и их обсуждение. Заболевания пародонта выявлены у 212 обследованных детей, что составляет 69 %. В группе детей возрастом 6-9 лет распространенность заболеваний пародонта 65 %. Наиболее часто встречается хронический катаральный гингивит – 49,2 %, хронический гипертрофический гингивит выявлен у 15,87 % детей. Среди детей 10-12 лет распространенность заболеваний пародонта 67,22 %. Хронический катаральный гингивит у 45,37 %, хронический гипертрофический гингивит выявлен у 21,84 %. У 13-15-летних детей распространенность заболеваний пародонта 80,64 %. Как и в других возрастных группах чаще встречается хронический катаральный гингивит – 51,6 %, хронический гипертрофический гингивит у 29% больных. Проанализировав данные историй болезни детей, мы пришли к выводу, что число больных с тяжелыми формами сколиоза 2-3 степени выше в старших классах, соответственно заболевания пародонта так же встречаются чаще, причем увеличивается количество пациентов с гипертрофической формой гингивита.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что у детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, установлено, что с возрастом усугубляется как течение сколиотической болезни, так и увеличивается распространенность заболеваний пародонта, так же отмечается преобладание более тяжелых форм этих заболеваний. С целью профилактики развития тяжелых форм заболеваний пародонта у больных сколиозом необходимо проводить плановые осмотры с целью ранней диагностики, устранять все возможные факторы риска и назначать медикаментозную коррекцию нарушений обмена веществ в соединительной ткани и костной ткани совместно с врачом-ортопедом, что оптимально в условиях специализированного образовательного лечебного учреждения.



УДК (616.314.17.-008.1-02+678.746.47):599.323.4-018

Е. К. Ткаченко, К. Н. Косенко, В. Е. Бреус, Н. Г. Новосельская

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

**ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА
ПОЛИФЕНОЛОВ *HYPERICUM PERFORATUM L.* НА СОСТОЯНИЕ СОПР КРЫС
В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПАРОДОНТИТА**

Цель эксперимента. Изучение влияния комплекса полифенолов (ПФ) травы Зверобоя продырявленного на состояние соединительной ткани (СТ) слизистой оболочки щеки (СОЩ) крыс в условиях моделирования пародонтита (цитоморфологическое исследование).

Опыты проведены на 22 белых крысах, которым воспроизводили модель пародонтита введением купренила (АТ ТЕВА, Польша) *per os* в дозе 20 мг/кг 7 дней в неделю. На фоне купренила 5 раз в неделю в продолжении 55 дней крысы получали *per os* комплекс ПФ травы Зверобоя (препарат ПФЗв) [Е. К. Ткаченко, С. В. Носийчук, 2009]. Сумма ПФ в препарате ПФЗв составляла 8,17 мг/г исходного сырья. После окончания опыта кусочки СОЩ иссекали, фиксировали в формалине и заключали в парафин. Срезы толщиной 10 мкм окрашивали гематоксилином и эозином по Ван Гизону и проводили дифференцированную окраску клеточных ядер.

В интактной группе крыс слой СТ слизистой и подслизистой оболочек по толщине превышал слой эпителия. Клеточный состав представлен, в основном, клетками фибробластического дифферона (около 70 %), у которых выявляли относительно крупные овальные ядра, заполненные эухроматином, на фоне которого были четко видны ядрышки. Цитоплазма клеток без четких границ переходила в межклеточное вещество (МВ). Фиброциты имели более четкие границы, их ядра были меньшими по размеру и вытянутыми. Коллагеновые волокна тонкие, собраны в изгибающиеся пучки, сетевидно переплетающиеся между собой. Высота соединительнотканых сосочков не превышала половины толщины эпителия. Эндомизий выражен достаточно хорошо, границы отдельных мышечных волокон видны четко. В группе крыс, которым вводили купренил, общий слой СТ слизистой и подслизистой оболочек выглядел истонченным. Мышцы располагались ближе к эпителию. Фибробласты располагались более компактно, чем в интактной группе, половина из них были функционально активны. Объем МВ меньше, чем в интактной группе. Коллагеновых волокон также меньше – они более грубые, пучки мало переплетаются. Между пучками волокон лежали одиночные фиброциты с веретенообразно вытянутыми плотными ядрами. Глубина проникновения в слой эпителия местами превышала половину толщины эпителиального пласта. СТ эндомизия выглядела уменьшенной, за счет чего мышечные волокна располагались ближе друг к другу. Среди клеток эндомизия, как и в слизистой, преобладали фиброциты. В группе крыс, получавших на фоне купренила препарат ПФЗв, толщина слоя СТ в слизистой и подслизистой оболочках, а также плотность расположения клеточных элементов внешне не отличались от интактной группы. Из клеток фибробластического ряда незначительно преобладали активные фибробласты (ядра крупных размеров, четкое выявление ядрышек). Содержание неактивных клеток – фиброцитов (менее 50 %) несколько больше, чем в интактной группе. Объем МВ преобладал над клетками. Волокна располагались сетевидно, собраны в извивающиеся пучки. Количество волокон и характер их расположения напоминали картину интактной группы. Сосочки, проникающие в эпителий, мало различались по величине, углублялись в слой эпителия наполовину его толщины, равномерно располагались вдоль границы с эпителием. Состояние эпителия и картина эндомизия внешне не отличались от аналогичных показателей в интактной группе.

Таким образом, цитоморфологические исследования показали, что при моделировании пародонтита в СОПР отмечалось уменьшение объема СТ за счет снижения количества фибробластов, способных синтезировать компоненты МВ. Морфологическая картина СОПР в группе крыс, получавших препарат ПФЗв, в целом, соответствовала таковой в интактной группе.

Обсуждается положительное влияние препарата ПФЗв травы *Hypericum perforatum L.* на состояние соединительной ткани СОПР крыс в условиях моделирования экспериментальной патологии пародонта.



УДК 616-002(616.716.8+617.52)

М. В. Шарипов, С. І. Шандиба, Д. Ю. Терешков, О. М. Чайкіна

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Медико-санітарна частина Академії УВС м. Дніпропетровська

ТОКСИКО - ІНФЕКЦІЙНІ ПСИХОЗИ У ХВОРИХ З РОЗЛИТИМИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Гнійно-запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки займають значне місце в клініці хірургічної стоматології. Перебіг розлитих гнійно-запальних процесів визначається значною інтоксикацією, що спричиняє виникнення психічних порушень, які найчастіше проявляються підвищеною дратівливістю, безсонням, нерідко виникненням гострих психотичних станів: від короткочасного затьмарення свідомості до деліріозно - аментивного синдрому. В стані психозу хворі здійснюють дії, які є небезпечними як для них самих, так і для інших осіб. Крім того, психоз, що перебігає за деліріозно - аментивним типом, свідчить про швидко наростаючий набряк головного мозку і представляє загрозу для життя хворого.

Мета дослідження. Визначити актуальність проблеми і необхідність знання хірургами-стоматологами психотичних розладів, виникаючих у хворих з розлитими гнійно-запальними процесами м'яких тканин обличчя та шиї, методів їх профілактики та лікування.

Матеріали та методи. У даній роботі ми узагальнюємо результати лікування 33 хворих на гнійно-запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки з психотичними розладами, що виникли на тлі зловживання алкоголем, які знаходились на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова за період з 2009 по 2012 р. Вік хворих від 19 до 52 років. Чоловіків було 28, жінок - 5. Хворі поступали в стаціонар ургентно на висоті розвитку захворювання. Перебіг гнійно-запальних процесів у всіх хворих супроводжувався високою температурою і значною інтоксикацією, у двох - розвинувся септичний стан. Всіх хворих оперували в перші години перебування в стаціонарі. У зв'язку з прогресом гнійного процесу було проведено повторні операції у 15 хворих.

Результати. Психотичний стан розвинувся у хворих в різні терміни перебування в стаціонарі: у 2 - в передопераційному періоді, у 10 - під час проведення операції, у 12 - в першу добу післяопераційного періоду, останніх на 2 - 3 добу. Психотичний стан у всіх хворих, як правило, розвивався швидко, без вираженого продромального періоду і супроводжувався ілюзіями, галюцинаціями, афективними розладами, збудженням. Деліріозне затьмарення свідомості могло бути як короткочасним, так і тривалим. Тривалість і глибина затьмарення свідомості мали пряму залежність від ступеня інтоксикації і вираженості обмінних порушень. У 10 хворих ми спостерігали легкий ступінь деліріозного затьмарення свідомості. У хворих на тлі ясної свідомості виникав короткочасний період неглибокого затьмарення з ілюзорними обманами, деяким руховим неспокоєм, страхом. Проведення масивної дезінтоксикаційної терапії у поєднанні з транквілізаторами і нейролептиками дозволяло швидко припинити розвиток психозу. У останніх 23 хворих наголошувався важкий перебіг делірію. У анамнезі у 12 хворих цієї групи відмічено зловживання алкоголем, причому у 3 з них мав місце хронічний алкоголізм. Делірій у хворих, що зловживають алкоголем, перебігав особливо важко, оскільки гнійна інтоксикація розвивалася на тлі інтоксикації алкоголем. У 9 хворих розвинувся важкий ступінь деліріозного затьмарення свідомості: невиразна мова, мимовільне сечовипускання та дефекація. Двоє з хворих померли при явищах наростаючого набряку головного мозку, не дивлячись на інтенсивну терапію, що проводилась в реанімаційному відділенні. У цих хворих смерть наступила в першу добу розвитку психозу.

Підсумок. Гострий психоз є віддзеркаленням важкого перебігу гнійно-запального процесу, про що свідчить наростання явищ інтоксикації. Він розвивається, як правило, у хворих з прогресуючим перебігом захворювання або септичним станом. Тому лікування доцільно проводити у відділенні щелепно-лицевої хірургії, або у відділенні інтенсивної терапії сепсису де хворому в повному обсязі може бути надана кваліфікована хірургічна та психіатрична допомога.

