

УДК 616-006.6+616.311

А. А. Груздева, В. С. Суббота, Е. А. Пичковская,* С. Д. Зорина*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Коммунальное управление «Криворожская городская стоматологическая поликлиника №5 “ДОР”»**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЭКСФОЛИАТИВНОЙ ЦИТОЛОГИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

Нарушение созревания эпителия слизистой оболочки полости рта (СОПР) – ведущее звено патогенеза лейкоплакии. Степень дифференцировки и зрелости эпителия определяется балансом эпителиальных клеток. Соотношение парабазальные /промежуточные/ поверхностные клетки/роговые чешуйки оценивает индекс созревания эпителия. Для ороговевающего эпителия нормальным считается соотношение 0/60/8/32; для неороговевающего – 0/96/2,5/1,5.

Проведенные нами наблюдения над 58 пациентами с лейкоплакией слизистой оболочки полости рта позволили диагностировать плоскую форму у 34 пациентов (58,62 %), возвышающуюся – у 16 (27,58 %), бородавчатую – у 5 (8,62 %) и эрозивную – у 3 (5,17 %). Степень созревания эпителия СОПР у наблюдаемых пациентов определяли с помощью метода эксфолиативной цитологии. Забор материала из очага поражения осуществляли прямым отпечатком, мазком-отпечатком или соскобом. Препараты фиксировали в смеси Никифорова. Окрашивали по Папаниколау. В мазках изучали соотношение эпителиальных клеток.

Результаты позволили сделать вывод об уменьшении степени зрелости эпителия по мере утяжеления формы лейкоплакии. Индекс созревания эпителия составил при плоской форме лейкоплакии 0/17,5/31/51,5; при возвышающейся – 0/25/29/46. Бородавчатая форма показала соотношение 10,5/31/27/28,5. При этом в мазке было выявлено 3% базальных клеток. При эрозивной форме было отмечено увеличение базальных и парабазальных клеток до 4,0 % и 15,5 % соответственно.

Таким образом, степень зрелости эпителия уменьшается по мере утяжеления формы лейкоплакии. Определение степени дифференцировки эпителия СОПР с помощью метода эксфолиативной цитологии является вспомогательным диагностическим тестом для постановки диагноза “лейкоплакия” и может использоваться в комплексе с другими методами исследования. Метод эксфолиативной цитологии отличается простотой, безопасностью, быстротой получения результатов и играет значительную роль в диагностике различных форм лейкоплакии.



УДК 616-724-008-6-084:[616-314+616-716-8]-007-24

С. І. Дорошенко, О. В. Федорова

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

**ПРОФІЛАКТИКА ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНІВ СНЩС
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТОРИННИМИ ЗУБОЩЕЛІПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ**

Актуальність. Спостереження багатьох дослідників вказують на те, що пацієнти з дефектами зубних рядів за відсутності вчасного адекватного протезування пристосовуються до процесу прийому їжі за рахунок переносу акту жування на збережені групи зубів, внаслідок чого виникає ряд функціональних порушень: зниження висоти прикусу, патологічне стирання твердих тканин зубів, перевантаження тканин пародонту, дистальне або бокове стійке зміщення нижньої щелепи, які ускладнюються наявністю вторинних зубощелепних деформацій (ВЗЩД). (Баданін В.В., 2000; Кулініченко Р.В., 2001; Новиков В.М. 2005). Перед проведенням протезування пацієнтів із ВЗЩД, необхідно визначити наявність та тяжкість функціональних змін в жувальному апараті, визначити обсяг та характер втручання, які необхідно застосувати у даного пацієнта та їх послідовність в залежності від клінічної ситуації.

Мета. Підвищити ефективність ортопедичного лікування пацієнтів із ВЗЩД, що супроводжуються дисфункціональними станами СНЩС.

Матеріали та методи дослідження. Нами було прийнято на ортопедичне лікування 62 пацієнта із вторинними зубощелепними деформаціями. Із них 38 (2,3 %) пацієнтів жіночої статі та 24 (3,7 %) пацієнтів чоловічої статі. Пацієнтів розділили на дві групи: I група 39 (62,9 %) осіб, що мали дистально обмежені дефекти зубних рядів; II група 23 (37,1 %) пацієнти із дистально необмеженими дефектами зубних рядів. В кожній групі виділили 3 вікові підгрупи: перша - 18-26; друга - 27-45; третя - 46-65 і старше. Обстеження пацієнтів проводилося за загальноприйнятою методикою із використанням клінічних та лабораторних методів дослідження.

Основні результати. Дисфункцію СНЩС у 15 (30 %) чол. I групи на тлі незначного зменшення міжальвеолярної висоти і вимушеного положення нижньої щелепи та у 10 (42%) чол. II групи на тлі зменшення міжальвеолярної висоти та дистального зміщення нижньої щелепи, переважно у жінок 27-45 та 46-65 років. З метою усунення дисфункції СНЩС та відновлення функції нейром'язового комплексу проводилося ортодонтичне лікування. У пацієнтів I групи застосовували пластмасові капи для відновлення співвідношення щелеп; при виявленні спазмів жувальної мускулатури, щоб зняти навантаження із суглобового диска робили капи, висота яких відповідала міжжюкюзійній висоті із додаваннями 2 мм, це робилося для того, щоб перебудувати роботу м'язів, викликавши позамежне гальмування. У пацієнтів II групи висоту прикусу та співвідношення щелеп змінювали поступово за допомогою кап та апарат-протезів з урахуванням міжжюкюзійної висоти в стані фізіологічного спокою. Ортопедична підготовка за допомогою кап та апарат-протезів проводилась строком 3-6 місяців, іноді до конструкції кап вводились елементи, які б дозволяли проводити необхідну ортодонтичну підготовку, спрямовану на ліквідацію ВЗЩД. Лікування закріплювалось зубним протезуванням, спочатку тимчасовим, потім постійним.

Висновки. Вторинні зубощелепні дефекти призводять до змін в роботі СНЩС та м'язів, підготовка до протезування таких пацієнтів повинна бути комплексною та охоплювати всі ланки зубощелепного апарату.



УДК 616.314-089.28/.29+616-007

В. О. Дрок

Державна установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ

Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату достатньо висока, їх частота у хворих на сколіоз у 2,5 рази вище, ніж у практично здорових дітей. Цей показник збільшується з підвищенням ступеню важкості сколіозу. У 62,8 % випадків у дітей, хворих на сколіоз, має місце остеопенія, переважно у губчастій тканині. Частота виявлення і ступень остеопенії зростає в міру збільшення величини викривлення хребта та віку хворих. У дітей, хворих на сколіоз, із збільшенням віку відбувається накопичення кісткової маси, але приріст показників мінералізації кісткової тканини менш виражений, ніж у здорових однолітків. У хворих на сколіоз досить часто спостерігається остеопенічний синдром, тому апаратне ортодонтичне лікування має вплив на патологічно змінену кісткову тканину. Ехоостеометрія відрізняється високою чутливістю до змін мінеральної щільності кісткової тканини, крім того дана методика неінвазивна та проста в застосуванні, тому і була використана у даній категорії хворих.

Мета. Вивчити щільність кісткової тканини у підлітків, хворих на сколіоз, які проходять ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених задач було обстежено 96 %, хворих на сколіоз, віком від 13 до 17 років, з яких сформовано 4 групи. 24 практично здорових пацієнта - група порівняння, друга група – 24 пацієнта отримувала традиційне ортодонтичне лікування та професійну гігієну порожнини рота, третя група – 24 пацієнта окрім вищезгаданого лікування перед ортодонтичним лікуванням отримували аплікації геля «Холісал» на ясенний край, після лікування призначався препарат «Кальцій –D3 Нікомед», четверта група – 24 пацієнта, які перед ортодонтичним лікуванням отримували ультрафонофорез геля «Холісал» на ясенний край, після лікування призначався препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С» 0,25мг по 1 таблетці 2 рази на день після їжі, потім вживання препарату «Кальцій- D3Нікомед» по 1 таблетці 2 рази на день після їжі впродовж місяця. Місцево призначався ультрафонофорез 5 % масляного розчину токоферола ацетата, який проводять по чергово з опроміненням ділянки альвеолярного відростка світлом гелій-неонового лазера. Для визначення щільності кісткової тканини щелеп ми проводили ультразвукову остеометрію нижньої щелепи за допомогою ехоостеометра ЭОМ-01Ц до початку ортодонтичного лікування та після його закінчення.