

операційній дозволяють виконувати анестезіологічне забезпечення ЛСХЕ з достатнім рівнем безпеки для пацієнтів.

Література

1. Дзюбановський І.Я. Шляхи оптимізації лапароскопічної холецистектомії / І.Я. Дзюбановський, О.Т. Федорчук // Шпитальна хірургія. — 2005. — № 2. — С. 8890.
2. Кровотечение из ложа желчного пузыря как осложнение лапароскопической холецистэктомии / Н.Т. Чемодуров, А.Ю. Белоконь, В.И. Летюк [и др.] // Клін. хірургія. — 2004. — № 11–12. — С. 104.
3. Прогнозування ризику відеолапароскопічної холецистектомії у хворих похилого та старечого віку / О.І. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, М.О. Дудченко [та ін.] // Хірургія України. — 2008. — № 1. — С. 6164.
4. Седов В.М. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / В.М. Седов, В.В. Стрижелевский // СПб.: СанктПетербургское медицинское издательство, 2002. — 180 с.
5. Шано В.П. Алгоритм профилактики осложнений при лапароскопической холецистэктомии у гериатрических больных / В.П. Шано, А.Н. Анишина // Матли XX з'їзду хірургів України. — Запоріжжя, 2005. — Т. 2. — С. 365366.
6. Sheth K.R. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis / K.R. Sheth, T.N. Pappas / Ed. by C.J. Yeo // Shackelford's surgery of the alimentary tract. — 6 th edition. — Philadelphia: WB Saunders, 2007. — P. 14711481.
7. Lien H.H. System approach to prevent common bile duct injury and enhance performance of laparoscopic cholecystectomy / H.H. Lien, C.C. Huang, J.S. Liu // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. — 2007. — Vol. 17(3). — P. 164170.
8. V.P. Strelakovsky, Yu.G. Starkov, N.A. Grishin, K.S. Rizaev, K.V. Shishin, R.S. Grigoryan, V.E. Ivanova
9. Influence of the Pneumoperitoneum on the Venous Hemodynamics of the Lower Limbs in Laparoscopic Surgery

Работа поступила в редакцию 20.11.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.314.17 – 008.1 – 036.12.:576.893.161.2.2.

Н. Н. Савельева

ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Реферат. Н. Н. Савельева. **ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ.** Негативная динамика показателей стоматологической заболеваемости в Украине является причиной активизации исследований по изучению факторов, влияющих на состояние пародонта. В настоящее время наблюдается высокая частота встречаемости паразитарных заболеваний, которые оказывают негативное влияние на здоровье человека. Именно это вызвало у стоматологов и паразитологов научный

інтерес к изучению взаимовлияния лямблиоза и заболеваний пародонта. В ходе проведенных исследований у больных лямблиозом была установлена значительная распространенность хронического генерализованного пародонтита у людей молодого возраста с характерным быстрым переходом одной стадии стоматологического заболевания в другую, а именно Іст. тяжести во ІІст. тяжести.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, паразитарные заболевания, лямблиоз.

Реферат. Н. М. Савельева. **ХАРАКТЕР КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЛЯМБЛІОЗНОЮ ІНВАЗІЄЮ.** Негативна динаміка показників стоматологічної захворюваності в Україні є причиною активізації досліджень з вивчення факторів, що впливають на стан пародонту. В даний час спостерігається висока частота зустрічаємості паразитарних захворювань, які чинять негативний вплив на здоров'я людини. Саме це викликало у стоматологів і паразитологів науковий інтерес щодо вивчення взаємовпливів лямбліозу і захворювань пародонту. У ході проведених досліджень у хворих на лямбліоз була встановлена значна поширеність хронічного генерализованного пародонтиту у людей молодого віку з характерним швидким переходом однієї стадії стоматологічного захворювання в іншу, а саме Іст. тяжкості в ІІст.тяжкості.

Ключові слова: хронічний генерализований пародонтит, паразитарні захворювання, лямбліоз.

Summary. N. N. Saveleva **NATURE OF CLINICAL CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS PATIENTS WITH LYAMBLIOZNOY INVASIONS.** Negative dynamics of dental disease in Ukraine is the reason for increased research on factors affecting the periodontal condition. At the moment there is a high incidence of parasitic diseases that have a negative impact on human health. That is what caused the dentists and parasitologists scientific interest in the study of interference and periodontal disease giardiasis. During studies in patients with giardiasis was established significant prevalence of chronic generalized periodontitis in young adults with a characteristic rapid transition from one stage to another dental disease, namely Іst . gravity in ІІst . gravity.

Key words: chronic generalized periodontitis, parasitic disease giardiasis.

Введение. Современная стоматологическая практика предлагает разнообразные лечебные интервенции, как для профилактики, так и для лечения заболеваний пародонта. Однако до сих пор сохраняется устойчивая тенденция к высокой распространенности этой патологии.

Целый ряд научных исследований показал, что проблема воспалительных генерализованных заболеваний пародонта носит отчетливый междисциплинарный характер: она не может быть решена в рамках какой-либо дисциплины и стоматологической специальности в целом и требует одновременного и взаимоувязанного ее рассмотрения как организационно-методических, так и в психологических и соматических аспектах [1].

Паразитарные заболевания человека занимают по распространенности одно из первых мест в мире [2].

Паразитарные заболевания в Украине признаны общегосударственной проблемой, что обусловлено их повсеместным распространением и отрицательным воздействием на здоровье населения [3].

Сегодня патогенез паразитозов представляется сложным динамическим процессом, при котором повреждения, возникающие под влиянием паразитов, запускают сложный каскад реакций, в том числе и рефлекторных механизмов, что приводит к последующим нарушениям в организме [4,5].

В связи с этим, паразитозы нельзя считать только местным патологическим явлением, а необходимо рассматривать как заболевание всего организма.

По данным ВОЗ, лямблиоз является одной из наиболее распространенных паразитарных инвазий (ежегодно лямблиозом заражается 200 млн. человек), протекающей как в виде латентного паразитоносительства, так и в виде манифестных форм с

преимущественным поражением тонкого кишечника.

Заболеваемость лямблиозом в Украине достигает 30 000 случаев в год, или в интенсивных показателях 52,5 на 100 000 населения [6].

Лямблии— наиболее примитивные представители одной из самых ранних ветвей филогенетического дерева эукариотов с анаэробным метаболизмом и зависимостью от утилизации экзогенных нуклеотидов.

Длительное время они считались непатогенными, что было связано с отсутствием отчетливых клинических симптомов заболевания, широким распространением лямблионосительства. Однако в настоящее время ученые пришли к выводу, что лямблии не являются безвредными, заражение ими приводит к развитию болезни, которую необходимо вовремя диагностировать и лечить [7].

В результате длительной персистенции лямблий в организме, накопления продуктов их метаболизма, в том числе за счет субстанций распада жизнедеятельности простейших, особенно при недостаточной эффективной иммунной защите, способной ограничить их размножение, формируется синдром хронической эндогенной интоксикации, что приводит к повреждению многих (практически всех) органов и систем [8].

Оказывая многоплановое воздействие на организм хозяина, в том числе иммунную систему [9,10], паразитозы, в том числе и лямблиоз, способствуют не только более частому возникновению соматических хронических заболеваний, но и стоматологических.

Целью нашего исследования явилось изучение характера клинического течения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с лямблиозной инвазией.

Материалы и методы исследования

Исследования, проводимые кафедрой стоматологии ХНМУ совместно с кафедрой паразитарных и тропических болезней ХМАПО, осуществлялись с добровольного информированного согласия больных.

С использованием эпидемиологического метода обследован стоматологический статус у 180 пациентов с лямблиозной инвазией в возрасте 20-40 лет.

В результате обследования были выявлены 108 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I-II ст. тяжести на фоне лямблиозной инвазии, которые составили основную группу (48 чел. ХГП I ст. тяжести и 60чел. ХГП II ст. тяжести).

Группа сравнения была сформирована из пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I-II ст. тяжести без лямблиозной инвазии в количестве 90 человек (60 человек ХГП Iст. тяжести и 30 человек с ХГП IIст. тяжести).

Критериями исключения являлись хронические заболевания внутренних органов, хронические заболевания нервной и сердечной системы, аутоиммунная патология, аллергические заболевания.

Диагноз различных форм заболеваний пародонта ставился пациентам на основании опроса, осмотра, индексной оценки состояния полости рта и рентгенологического исследования согласно классификации болезней пародонта (проф. Н.Ф. Данилевский, 1994).

Результаты и их обсуждение

В ходе исследований установлено, что в основной группе процент больных ХГП в возрасте 20-30 лет составляет 32,7%, тогда как в группе сравнения всего лишь 11% (табл.1).

При сравнении групп по тяжести заболеваний видно, что в основной группе число больных с ХГП IIст.тяжести заболевания на 40% больше, чем в группе сравнения, где больных с этой степенью тяжести оказалось 33,3%.

Проведенные исследования показали, что среди лиц молодого возраста (20-30 лет) ХГП IIст. тяжести чаще отмечается в основной группе, чем в группе сравнения, соответственно 22,1% и 2,2%.

Распределение больных в зависимости от длительности и тяжести течения ХГП приведены в таблице 2.

Как видно из представленных данных в группе сравнения основное количество больных (67%) имело продолжительность заболевания пародонтита более 8 лет, а среди больных со IIст. тяжести процесса их процент составлял 28,8%.

Таблица 1

Распределение больных основной группы и группы сравнения по степени тяжести ХГП и возрасту

Степень тяжести заболевания	Возраст (год)								Всего	
	20-25		26-30		31-35		36-40		абс.ч	%
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%		
Больные ХГП + лямблиоз(основная группа)										
I	5	2,7	14	7,7	21	11,6	8	4,4	48	26,6
II	14	7,7	26	14,4	25	13,8	67	37,2	132	73,3
Всего	19	10,5	40	22,2	46	25,5	75	41,6	180	100
Больные ХГП (группа сравнения)										
I	4	4,4	4	4,4	21	23,3	31	34,4	60	66,6
II	-	-	2	2,2	8	8,8	20	22,2	30	33,3
Всего	4	4,4	6	6,6	29	32,2	51	56,6	90	100

Иная картина наблюдалась среди больных хроническим генерализованным пародонтитом с лямблиозной инвазией. По сравнению с больными группы сравнения в основной группе наблюдалось существенное более, чем в 2 раза, увеличение числа больных ХГП I-II ст.тяжести с коротким сроком заболевания (1-3 года), а также числа больных с длительностью заболевания 4-7 лет.

Таблица 2

Длительность и тяжесть течения ХГП у больных основной группы и группы сравнения

Степень тяжести заболевания	Продолжительность заболевания лет						Всего	
	1-3		4-7		8-15		абс.ч	%
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%		
Больные ХГП + лямблиоз (основная группа)								
I	23	12,7	13	7,2	12	6,6	48	26,6
II	28	15,5	63	35,0	41	22,7	132	73,3
Всего	51	28,3	76	42,2	53	29,4	180	100
Больные ХГП (группа сравнения)								
I		12,2	14	15,5	35	38,8	60	66,6
II	-	-	4	4,4	26	28,8	30	33,3
Всего	11	12,2	18	20,0	61	67,7	90	100

Следует заметить, что в группе сравнения больные ХГП II ст. тяжести сроком заболевания 1-3 года совсем отсутствовали, а у больных лямблиозом процент этой категории больных составил 15,5%.

В основной группе больных со II ст. тяжести заболевания сроком 4-7 лет превышало число аналогичных больных в группе сравнения в 8 раз.

Полученные данные указывают на то, что при паразитарном заболевании происходит увеличение количество больных ХГП I-II ст. тяжести заболевания среди лиц молодого возраста (20-30 лет.) и увеличение количества больных с ХГП II ст. тяжести, имеющие короткие сроки заболевания (1-3 года).

При изучении стоматологического статуса больных основной группы и группы сравнения было установлено, что частота встречаемости основных клинических признаков ХГП существенно различается.

При осмотре полости рта у больных основной группы с I ст. тяжести ХГП отмечалась гиперемия десны, отечность тканей пародонта, глубина пародонтальных карманов составляли $2,94 \pm 0,08$, у больных группы сравнения $2,4 \pm 0,09$ ($P < 0,05$) (табл.3).

У больных основной группы высота рецессии десны составляли 1,5мм и были достоверно выше, чем у больных группы сравнения (0,8мм)

Уровень потери зубодесневого прикрепления у больных основной группы составлял $4,0 \pm 0,1$ мм, что являлось достоверно выше, чем у больных группы сравнения ($3,4 \pm 0,1$).

Индексная оценка состояния тканей пародонта показала, что индекс РМА по Парме, отражающий тяжесть воспалительного процесса и PI (Russel), характеризующий степень поражения тканей пародонта у больных основной группы достоверно выше, чем у больных группы сравнения.

При этом Индексы ОНI-S (Green-Vermillion) и SBI (Muhlemann) больных основной группы и группы сравнения достоверно не различались. Однако, как следует из таблицы эти показатели у больных паразитогами, несколько выше, чем у больных без паразитарной инвазии.

Таблица 3

Степень поражения пародонта у больных ХГП I степени тяжести основной и группы сравнения

Показатели	Больные ХГП I степени тяжести заболевания	
	Основная группа n= 48	Группа сравнения n= 60
Глубина пародонтальных карманов (мм)	$2,94 \pm 0,08^*$	$2,4 \pm 0,09$
Высота рецессии десны мм)	$1,5 \pm 0,1^*$	$0,8 \pm 0,1$
Уровень потери зубодесневого соединения мм	$4,0 \pm 0,1^*$	$3,4 \pm 0,1$
Индексы ОНI-S (Green-Vermillion)	$2,22 \pm 0,20$	$1,98 \pm 0,16$
Индекс кровоточивости SBI (Muhlemann и Son)	$2,79 \pm 0,17$	$2,48 \pm 0,13$
РМА, %	$52,00 \pm 2,22^*$	$47,42 \pm 2,02$
PI (Russel)	$2,39 \pm 0,22^*$	$1,89 \pm 0,12$

Примечание: $p < 0,05$ между показателями основной группы и группы контроля.

Все больные со II ст. тяжести ХГП основной группы и большинство больных группы сравнения предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи (табл.4).

Кровоточивость десен у них также отмечалась в течение 30 секунд после проведения кончиком зонда по стенке карманов.

Степень поражения пародонта у больных ХГП I степени тяжести основной и группы сравнения

Показатели	Больные ХГП I степени тяжести заболевания	
	Основная группа n= 60	Группа сравнения n= 30
Глубина пародонтальных карманов мм	4,8 ±0,11*	3,9 ±0,15
Высота рецессии десны (мм)	2,6 ±0,1*	1,2 ±0,1
Уровень потери зубодесневого соединения (мм)	5,9 ±0,2*	4,1 ±0,2
Индексы ОHI-S (Green-Vermillion)	3,56 ±0,11*	2,32 ± 0,25
Индекс кровоточивости SBI (Muhlemann и Son)	3,09 ±0,10*	2,61 ±0,12
PMA, %	59,38±1,34*	49,03±2,04
PI (Russel)	4,58 ±0,12*	3,17 ±0,14

Примечание: $p < 0,05$ между показателями основной группы и группы контроля.

У всех больных основной группы и группы сравнения также выявлялся зубной налет, зубной камень, потеря зубодесневого соединения, пародонтальные карманы. Все изученные индексы ОHI-S (Green-Vermillion), SBI (Muhlemann), PMA, PI (Russel), а также глубина пародонтальных карманов, высота рецессии десны, уровень потери зубодесневого соединения у больных основной группы были достоверно выше, чем у больных группы сравнения.

Наибольшие различия между показателями индексов ОHI-S (Green-Vermillion) и PI (Russel) у больных основной группы и группы сравнения демонстрировали соответственно 1,53 раза, и 1,44 раза.

Выводы

Резюмируя полученные данные можно заключить, что у лиц с паразитозами хронический генерализованный пародонтит протекает тяжелее, чем у лиц без паразитарной инвазии, о чем свидетельствуют значения индексов ОHI-S (Green-Vermillion), SBI (Muhlemann), PMA, PI (Russel), а также глубина пародонтальных карманов, высота рецессии десны, уровень потери зубодесневого соединения.

Следует отметить, что лямблиоз способствует развитию ХГП в молодом возрасте (20-30 лет), а также быстрому переходу одной стадии данного стоматологического заболевания в другую – Iст. тяжести во IIст. тяжести.

Можно утверждать, что паразитарные инвазии являются фактором, способствующим развитию ХГП и отягощающим его течение, придающим пародонтиту прогрессирующий характер течения.

Литература:

1. Цепов Л. М. К вопросу об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта Текст. / Л. М. Цепов, А. И. Николаев, Е. Н. Жажков // Пародонтология. — 2000. № 2. — 16 с.
2. Проблема токсокароза в современных условиях и совершенствование подходов к его профилактике / Н. С. Малышева, Н. А. Самофалова, Д. Г. Григорьев, Н. А. Вагин, А. С. Елизаров, К. А. Гладких, Э. Е. Шуйкина // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета . 2013. No 1 (25). . – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://scientific-notes.ru/pdf/029-002.pdf>
3. Бабак О. Я. Роль и место тканевых паразитозов в патологии человека / О. Я. Бабак // Медгазета «Здоровье Украины». – 2007. – № 8. – С. 60-65.
4. Бычкова Н. К. Особенности клинического течения микст-инвазии

хронического описторхоза и лямблиоза у детей. / Н. К. Бычкова // Сибирский журнал гастроэнтеролог. – 1998.-Т. 1. -№ 6-7.-С.318-319.

5. Aufiero A. Responsibilitate de une infestation par Giardia dans asthme et urticaire/ A. Aufiero, A. Catanzaro, P. Patruno // Rev fr allergolol immunol.clin -1986.- Vol.26.- №2. - P.76 - 77.

6. Бодня Е. И. Лямблиоз у детей: клинические проявления, тактика лечения/ Е. И. Бодня // Здоровье ребенка. – 2006. – С.91 - 94.

7. Бодня Е. И. Лямблиоз: проблемы и перспективы диагностики / Бодня Е. И., О. И. Повгородняя // Мистецтво лікування. – 2006. –№ 6. – С.38-40.

8. Малый В. П. Лямблиоз /В. П. Малый //Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. – 2009.- № 3/2. - С. 318 - 319.

9. Денисов М. Ю. Лечение атопического дерматита // Современные технологии реабилитации детей с аллергодерматозами: (Практич. рукво для врачей) / Под ред. проф. Л. Ф. Казначеевой. Новосибирск, 1999. - 112с.

10. Озерецковская Н. Н. Органная патология в хронической стадии тканевых гельминтозов: роль эозинофилии крови и тканей, иммуноглобулинемии Е, G4 и факторов, индуцирующих иммунный ответ // Мед. паразитол. и паразитарные болезни. - 2000. - №4. - С.9 - 14.

Работа поступила в редакцию 10.12.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 618.3-008.3-036

С. В. Тимофеева

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОГО РІВНЯ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ В КРОВІ

Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, м.Одеса

Реферат. С. В. Тимофеева. **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В КРОВИ.** Обследованы 61 беременная женщина с синдромом угрозы прерывания беременности на фоне повышенного содержания свинца в крови, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 21 женщина, с физиологическим течением беременности и родов. Половине женщин из основной группы (32 (51,0%)) совместно с общепринятой симптоматической терапией получали энтеросорбент растительного происхождения «Лиферан» с целью абсорбции и выведения из организма свинца как возможного этиопатогенетического фактора в развитии синдрома угрозы прерывания беременности. Установлено, что после приёма энтеросорбента достоверно снижается уровень свинца в крови и отмечаются позитивная динамика в акушерской и общеклинической симптоматике, что подтверждается лабораторно. Полученные результаты подтверждают целесообразность применения энтеросорбентов у беременных с дисмикрозлементозом с целью воздействия на все возможные этиопатогенетические звенья процесса.

Ключевые слова: дисмикрозлементоз, синдром угрозы прерывания беременности, свинец, энтеросорбент