

Перспективи подальших досліджень полягають у порівнянні значень СРБ сечі та крові при інфекційних процесах у хворих із різними онкогематологічними захворюваннями.

Література

1. Вельков В.В. Прокальцитонин и С-реактивный белок в современной лабораторной диагностике / Лабораторна діагностика. – 2010. - № 2 (52). – с. 39-76.
2. Титов В.Н. С-реактивный белок – вектор переноса жирных кислот к клеткам, которые непосредственно реализуют синдром системного воспалительного ответа // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. - № 6. – с. 3-13.
3. Тарасова Л.Н. С-реактивный белок как маркер инфекции у больных острым миелоидным лейкозом / Л.Н. Тарасова, В.В. Черепанова, Г.Н. Мустафина, С.Г. Владимировна // Гематол. и трансфузиол. – 2009. – т. 54. - № 5. - с. 27-31.
4. Ліснянська І.С. Одночасний моніторинг С-реактивного білку у крові і сечі – новий напрямок в діагностиці і прогнозуванні захворювань нирок / І.С. Ліснянська, Р.І. Яцишин, Н.М. Коваль, В.Я. Камінський, О.В. Мазур // Український журнал нефрології та діалізу. – 2011. - № 3 (31). – с. 31-33.
5. Деклараційний патент Україна (11)38542 (51) У01 № 33/487. Спосіб експрес-діагностики активності і прогнозування

перебігу хвороби нирок / Н.М. Коваль, Н.М. Середюк, Є.М. Бардяк, О.В. Мазур. Заявл. 28.07.2008. Опубл. 12.01.2009. Бюл. № 1. - 2009 р.

6. Gendrel D., Raymond J., Coste J. et al. Comparison of procalcitonin with C-reactive protein, interleukin 6 and interferon-alpha for differentiation of bacterial vs. viral infections // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 1999. – Vol. -18 (10). – P. 875-881.
7. Крячок І.А. Сучасні стандарти діагностики та лікування хворих на множинну мієлому / Укр. Мед. Часопис. – 2010. - № 2 (76). – с. 91-96.
8. Дубей Л.Я. Концентрація інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) у сироватці крові дітей на різних етапах перебігу гострої лімфобластної лейкемії // Український журнал гематології та трансфузіології. – 2008. – № 1 (8). - с. 12-16.
9. Канефрон Н во врачебной практике / Український медичний часопис. – 2003. - № 2 (34). – с. 97-106.
10. Stevens D. Cytokines: an updated compendium. *Current Opin.inf. dis.* 2005; 8: 175-180.
11. Kishimoto T., Taga T., Akira S. Cytokine signal transduction. *Cell* 2004; 6: 253-262.
12. Клінічна імунологія та алергологія / За редакцією професора Дранніка Г.М. / «Здоров'я», Київ, 2006, с. 886.

Одержано 24.09.2012 року.

УДК 616.314 – 007

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ТКАНИН ПАРОДОНТУ, СТАНУ ОПОРНИХ ЗУБІВ, ВИДУ ПРИКУСУ ТА НАХИЛУ КОРОНОК ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Бєлікова Н.І.

Буковинський державний медичний університет

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, СОСТОЯНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ, ВИДА ПРИКУСА И НАКЛОНА КОРОНОК ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ

Беликова Н.И.

Буковинский государственный медицинский университет

CLINICAL ESTIMATION OF THE PARODONTAL TISSUES, STATE OF THE RETAINERS, KIND OF OCCLUSION AND INCLINATION OF CROWNS OF THE FRONTAL TEETH

Belikova N.I.

Bukovina State Medical University

Резюме. Перед вибором методу адгезивного шинування зубів фронтальної ділянки проведений огляд порожнини рота 81 пацієнта із захворюваннями тканин пародонта. При обстеженні звертали увагу на форму зубної дуги, нахил коронок зубів у фронтальній ділянці, розташування окремих зубів, прикус, стан переддвір'я порожнини рота (місця прикріплення перехідної складки, глибину, наявність рецесії ясен). Серед патологічних станів, які заважають проведенню шинування, були виявлені: травматична оклюзія (95,7%), аномалії розташування окремих зубів, віялоподібне розходження зубів, скученість зубів (73,5%), патологія переддвір'я порожнини рота (46,7%), III ступінь рухомості зубів. Зазначені патологічні стани потребували попередньої ортодонтичної підготовки або хірургічного лікування.

Ключові слова: захворювання тканин пародонта, мілке переддвір'я порожнини рота, віялоподібне розходження зубів, скученість зубів, травматична оклюзія, кровоточивість ясен, рухомість зубів.

Резюме. Перед выбором метода адгезивного шинирования зубов фронтального участка проведен обзор полости рта 81 пациента с заболеваниями тканей пародонта. При обследовании обращали внимание на форму зубной дуги, наклон коронок зубов во фронтальном участке, расположение отдельных зубов, прикус, состояние преддверия полости рта (места прикрепления переходной складки, глубину, наличие рецессии десен).

Среди патологических состояний, которые мешают проведению шинирования, были выявлены: травматическая окклюзия (95,7%), аномалии расположения отдельных зубов, веерообразное расхождение зубов, скученность зубов (73,5%), патология преддверия полости рта (46,7%), III степень подвижности зубов. Отмеченные патологические состояния требовали проведения предварительной ортодонтической подготовки или хирургического лечения.

Ключевые слова: заболевание тканей пародонта, мелкое преддверие полости рта, веерообразное расхождение зубов, скученность зубов, травматическая окклюзия, кровоточивость десен, подвижность зубов.

Summary. Before the choice of method of adhesive splinting of teeth of frontal area the review of cavity of mouth of an 81 patient is conducted with the diseases of tissues of paradontium. At an inspection paid attention to form of dental arc, inclination of crowns of teeth in

a frontal area, location of separate teeth, bite, state of threshold of cavity of mouth (places of attachment of transitional fold, depth, presence of recession of gums). Among pathos's that interfere with realization of splint age, were educed: traumatic occlusion (95,7 anomalies of location of separate teeth, fan-shaped divergence of teeth, congestion of teeth (73,5 pathology of threshold of cavity of mouth (46,7 III degree of mobility of teeth. The marked pathos's required realization of orthodontics pre-treatment or surgical treatment.

Key words: *disease of tissues of paradontium, shallow threshold of cavity of mouth, fan-shaped divergence of teeth, congestion of teeth, traumatic occlusion, sanguifluousness of gums, mobility of teeth.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. За даними експертів ВООЗ поширеність захворювань тканин пародонту сягає 98%. Сьогодні одним із найбільш поширених стоматологічних захворювань є пародонтит. Схильність до прогресу, різноманітний вплив на організм, часті рецидиви дозволяють віднести цю патологію до актуальних проблем сучасної стоматології [1, 9].

Важливу роль у виникненні захворювань пародонта відіграють місцеві фактори (аномалії прикріплення вуздечок губ, язика, мілке переддвір'я порожнини рота, аномалії прикусу і окремих зубів, травматична оклюзія, некоректна ортопедична апаратура), які призводять до порушення кровообігу в тканинах пародонта, функціонального перевантаження зубів, внаслідок чого виникає запалення, рухомість, а потім і передчасна їх втрата [2, 3]. За даними різних авторів, аномалії положення зубів супроводжуються функціональним травматичним перевантаженням тканин пародонта, що не дозволяє проводити ефективне ортопедичне лікування без виправлення зубощелепних аномалій [2, 5, 6, 8].

Крім того, скупчене положення зубів не дозволяє пацієнтам проводити якісне чищення зубів, що сприяє формуванню нальоту і зубного каменю, які, у свою чергу, викликають запалення і руйнування навколорізних тканин [4, 7]. Тому вибір способу лікування залежить від виявленої в результаті обстеження патології [10]. Попередити таку патологію, або отримати позитивний результат при її комплексному лікуванні можна тільки шляхом раціонального сучасного і, по можливості, своєчасно проведеного ортодонтичного лікування.

Мета дослідження. Проаналізувати стан тканин пародонта, положення зубів у зубній дузі, нахили коронок фронтальних зубів, рухомість зубів, місце прикріплення перехідної складки та вуздечок для вибору методу адгезивного шинкування фронтальних зубів.

Матеріали і методи

Для вирішення поставлених завдань було проведено обстеження і лікування 81 пацієнта, які звернулися з метою профілактичного огляду та санації в період з 2007 по 2010 рр. у віці від 35 до 45 років чоловічої та жіночої статі, у яких встановлено діагноз пародонтит різного ступеня тяжкості.

При формуванні груп пацієнтів враховувалися наступні критерії: вид прикусу, відсутність вогнищ хронічної інфекції в організмі, відсутність множинних уражень твердих тканин зубів, глибина пародонтальної кишені.

З дослідження виключалися пацієнти з обтяженою соматичною патологією і з важкими деструктивними формами пародонтиту.

Стабілізація зубних рядів шинами була заключним етапом комплексного лікування захворювань пародонта, яке включало в себе нормалізацію гігієни порожнини рота, лікування та спостереження у лікаря-пародонтолога, проведення терапевтичних та хірургічних заходів.

Клінічне дослідження проводили за загальноприйнятими методиками. При проведенні обстеження пацієнтів оглядали зуби та зубні ряди, визначали вид прикусу, зубну формулу, аномалії положення окремих зубів, наявність зубоальвеолярних деформацій, підвищеного стирання зубів, наявність клиноподібних дефектів, дефектів твердих тканин зубів, характер змикання зубних рядів (прикус), проводили оцінку оклюзійних контактів, занадто виражених горбів у молярів та премолярів, визначали тип резорбції альвеолярної кістки, прикріплення і вираженість вуздечок губ і

язика, щічно-альвеолярних складок, глибину переддвір'я порожнини рота. Дані обстеження пацієнтів заносили до розробленої карти обстеження стоматологічного хворого та фіксували в медичній карті стоматологічного хворого, форма № 043/у.

Результати та їх обговорення

При проведенні клінічного обстеження 81 пацієнта до шинкування фронтальної групи зубів виявлено наступне.

Скарги на кровоточивість ясен при чищенні зубів висували 67 (82,7%) обстежених, на кровоточивість ясен при прийомі їжі - 25 (30,8%), на больові або неприємні відчуття в яснах - 17 (20,9%), на неприємний запах з рота - 33 (40,7%), на рухомість зубів - 65 (80,2%), на зміщення зубів - 11 (13,5%), на виялоподібне розходження зубів - 14 (17,2%), появу 3-8 (9,87%), на гіперестезію зубів - 9 (11,1%) осіб.

Під час опитування було виявлено, що за допомогою до лікаря-пародонтолога звертався 31 обстежений (38,2%), 28 осіб (34,5 %) вважали себе хворими більше 10 років, решта - 22 (27,1%) - не більше 5 років.

У 50 (61,7%) обстежених попереднє лікування полягало в проведенні професійної гігієни порожнини рота і аплікаціях лікарських препаратів, у 12 (14,8%) - раніше проводилися курси фізіотерапевтичного лікування. Пацієнти, які отримували лікування у лікаря-пародонтолога, вважали його успішним, а тривалість ефекту (відсутність кровоточивості ясен, неприємних відчуттів і неприємного запаху з рота) становила від 6 місяців до 1 року.

Серед обстежених не було виявлено осіб, які мають професійної шкідливості, 34 (41,9%) особи палили цигарки.

При опитуванні пацієнтів щодо дотримання індивідуальної гігієни порожнини рота було з'ясовано, що 17 (20,9%) осіб чистять зуби 2 рази на добу, 24 (29,6%) - 1 раз на добу і 13 (16,0%) - чистять зуби нерегулярно (кілька разів на тиждень). Більшість обстежених з предметів і засобів індивідуальної гігієни порожнини рота використовували тільки зубну щітку і зубну пасту, зубні нитки і флоси - 6 (7,40%), а ополіскувачі - 8 (9,87%).

При огляді переддвір'я порожнини рота (рис. 1) коротка масивна вуздечка верхньої губи була виявлена у восьми (9,81%) осіб, нижньої губи - у 9 (11,1%), язика - у 5 (6,17%). Наявність масивних тяжів було відмічено у 16 (19,7%) осіб. 11 (13,5%) чоловік раніше були прооперовані з приводу аномалій прикріплення вуздечок губ і язика. Таким чином, патологія прикріплення перехідної складки виявлена у 46,7% осіб, тобто майже у половини обстежених (табл. 1).

Під час огляду ясенного краю відзначали застійну гіпе-



Рис.1. Пацієнтка К., 41р . Мілке переддвір'я порожнини рота

Таблиця 1. Патологічні стани, які заважають проведенню шинування

Патологічний стан	Кількість осіб	
	%	абсолютне число
травматична оклюзія	95,7%	78
аномалії розташування окремих зубів	73,5 %	59
патологія переддвер'я порожнини рота	46,7 %	37
коротка вуздечка верхньої губи	9,81%	8
коротка вуздечка нижньої губи	11,1%	9
коротка вуздечка язика	6,17%	5
масивні тяжі	19,7%	16

**Рис. 2. Пацієнт Т., 20 р. Рецесія ясен II класу за Міллером в ділянці 4 зуба (на фоні травматичної оклюзії)**

реміню вільної і прикріпленої частини ясен, міжзубні ясенні сосочки були сипкі, набряклі, кровоточили при зондуванні.

У 37 (45,6%) пацієнтів були виявлені набряк і гіперемія, у 18 (22,2%) - гіперемія із застійними явищами, ретракція ясенного краю до 4 мм в ділянці передньої групи зубів нижньої щелепи - у 21 (25,9%) особи, передньої групи зубів верхньої щелепи - у 9 (11,1%). Рецесія ясен 1 та 2 класів за Міллером (рис.2) визначалася у 4 пацієнтів (4,98%), рецесія легкого ступеня - у 7 (8,64%) осіб, при цьому в двох випадках (2,46%) зуби виводилися із піднебінного положення, в 7 випадках (8,64%) знаходилися вестибулярно.

Рухомість зубів I-II ступеня була виявлена у 35 (71,4%) пацієнтів. У решти 14-ти обстежених (28,6%) рухомість зубів відповідала II-III ступеню, і визначалися пародонтальні кишень глибиною більше 5 мм. Гнійного відокремлюваного з пародонтальних кишень у жодного із обстежених виявлено не було. Кровоточивість ясен при зондуванні визначалася у всіх (100%) обстежених.

При обстеженні було виявлено, що професійної гігієни порожнини рота потребують всі пацієнти (100%). У 21 (25,9%) обстежених було виявлено м'який зубний наліт, у 28 (34,5%) - мінералізовані над'ясенні зубні відкладення, у 22 (27,1%) - мінералізовані під'ясенні зубні відкладення, у десяти (12,4%) - пігментований наліт.

При оцінці стану оклюзії у 42 (54,2%) пацієнтів були виявлені різні форми порушення оклюзії: у 21 (25,9%) особи - глибокий прикус, у 16 (19,7%) - дистальний прикус, у 5 (6,17%) - мезіальний, у 2 (2,46%) обстежених - перехресний (рис.3).

Аномалії положення окремих зубів виявлено у 53 (65,4%) осіб, тріми - у 23 (28,3%), діастеми - у 13 (15,9%), скупченість зубів нижньої щелепи у 12 (14,8%), віялоподібне розходження зубів верхньої щелепи - у семи (8,65%). У 77 (95,7%) обстежених була виявлена травматична оклюзія (рис.4, 5, 6).

При огляді зубних рядів каріозні ураження визначалися у 8 (9,87%) обстежених, клиноподібні (абфракційні) дефекти - у 56 (69,3%), патологічне стирання - у 6 (7,40%) осіб.

Потребували хірургічної санації порожнини рота - 17 осіб (20,9%), протезування - 23 (28,3%), у 15 (18,5%) обстежених бічні дефекти зубного ряду були заміщені незнімними мостоподібними протезами з двосторонньою опорою, у восьми (9,87%) - частковими знімними пластинковими і дуговими протезами.

Таким чином, серед 81 пацієнта із захворюваннями тканин пародонту потребували попереднього ортодонтичного

**Рис. 3. Пацієнтка Р., 37 р. Прогенічне співвідношення щелеп (мезіальний)****Рис.4. Пацієнт Б., 50 р. Прогнатичне співвідношення щелеп (дистальний). Тріми між латеральними різцями верхньої щелепи. Віялоподібне розходження зубів. М'який зубний наліт****Рис.5. Аномалії положення латеральних різців верхньої щелепи**



Рис.6. Скупченість фронтальних зубів нижньої щелепи

лікування 55 (67,9%) осіб, хірургічного лікування 17 (20,9%), ортопедичного лікування, включаючи вибіркоче пришліфування, шинкування рухомих зубів та заміщення дефектів зубного ряду – 9 (11,2%) пацієнтів

Тому комплексне лікування цих пацієнтів проводилося під контролем лікаря-пародонтолога і включало проведення професійної гігієни порожнини рота, терапевтичної корекції, хірургічних та ортопедичних заходів. Пацієнтам, які мали аномалії розташування окремих зубів або груп зубів, була призначена консультація ортодонта з наступним відповідним лікуванням.

Висновки

1. Переважаючими серед скарг при захворюваннях тканин пародонта були кровоточивість ясен при чищенні зубів – 82,7%, рухомість зубів різного ступеня – 80,2%, неприємний запах з рота – 40,7%, кровоточивість зубів при прийманні їжі – 30,8%.
2. Недотримувалися гігієни порожнини рота – 45,6% обстежених.
3. Патологія прикріплення перехідної складки порожнини рота виявлена у 46,7% осіб, тобто майже у половини обстежених.
4. Аномалії положення окремих зубів виявлені у 73,5% обстежених.
5. Травматична оклюзія була виявлена у 95,7% обстежених.

Перспективи подальших досліджень

Брагування стану порожнини рота пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта та консультація суміжних спеціалістів (хірурга-стоматолога, ортопеда, ортодонта і гігієніста) перед шинуванням рухомих зубів є запорукою успішного комплексного лікування.

Література

1. Артюшкевич А.С. Клиническая периодонтология / А.С. Артюшкевич, Е.К. Трофимова, С.В. Латышева - Мн., 2002. - 304 с.
2. Бабаханов Р.И. Влияние травматической окклюзии на ткани пародонта. автореф. дисс. канд. мед. наук / Бабаханов Р.И. - М., 1987. - 19 с.
3. Баграмов Э.Г. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта при аномалиях прикуса у взрослых: автореф. дис. . канд. мед. наук / Баграмов Э.Г. - М., 1987. -16 с.
4. Близнюк А.А. Клиническая эффективность нового метода чистки зубов у больных с обострившимся течением генерализованного пародонтита / А.А. Близнюк // Вісник стоматології. – 2006. – № 1. – С. 43-46.
5. Бронников О.Н. Клинико-функциональная сравнительная оценка методов шинирования у больных хроническим генерализованным пародонтитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Н. Бронников - М., 2005.- 21 с.
6. Вакушина Е.А. Распространенность аномалий окклюзии среди подростков и взрослых г. Ставрополя / Е.А. Вакушина, Е.А. Брагин // Ортодонтия.- 2003. № 2 (22). - С.29-32
7. Косенко К.Н. Несколько аспектов рационального применения средств гигиены полости рта / К.Н. Косенко, Т.П. Терешина, А.А. Близнюк // Дентальные технологии. – 2004. - № 6 (19). – С. 4-7.
8. Цепов Л.М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев. - М, 2002.-190 с.
9. Чайковська І. В. Лікування генералізованого пародонтиту тяжкого ступеня, стійкого до традиційних методів лікування/ І. В. Чайковська // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2004. – Выпуск 8., Т.1. – С. 207–210.
10. Lindhe J. Textbook of Clinical Periodontology / J. Lindhe//Munksgaard. Copenhagen, 1993.- 648 p.

Одержано 24.09.2012 року.