

### Висновок

Використання спіральної комп'ютерної томографії із системним застосуванням методу інтегральної оцінки для комплексної діагностики типу рубцевих тканин, визначенням прихованого внутрішнього об'єму і площі патологічного рубця, чіткості його меж та контурів дозволяє в оптимальному варіанті диференційовано визначити доцільність застосування хірургічної корекції в кожному конкретному випадку.

### Література

1. Озерская О.С. Рубцы кожи и их дерматологическая коррекция / Озерская О.С. – СПб., Искусство России, 2007. – 224 с.
2. Manuskiaiti W. Treatment response of keloidal and hypertrophic scars / W.Manuskiaiti, R.E. Fitzpatrick // Archives of dermatology. – 2002. – V.138 (9). – P.1149-1155.
3. Денисенко О.Г. Диференційна діагностика і лікування келоїдних та гіпертрофічних рубців / О.Г. Денисенко, Р.О. Чернышов // Галицький лікарський вісник. – 2006. – Т.13, №1. – С.112–115.

4. Келоидные рубцы у детей / [В.В. Шафранов, Е.Н. Борхунова, А.В.Таганов и др.] – М. : Издательский Дом «Династия», 2006. – 112 с.
5. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция / Белоусов А.Е. – СПб. : Командор-SPB, 2005. – 128 с.
6. Chernoff W.G. The efficacy of topical silicone gel elastomers in the treatment of hypertrophic scars, keloid scars, and post-laser exfoliation erythema / W.G. Chernoff, H. Cramer, S. Su-Huang // Aesthetic plastic surgery. – 2007. – №31(5). – P.495–500.
7. Karakoz H. Comparison of efficacy of silicone gel sheeting, and topical onion extract including heparin and allantoin for the treatment of postburn hypertrophic scars / H. Karakoz, F. Yuksel, E. Ulkur [et al.] // Burns. – 2009. – V.9. – P.132–141.
8. Мишалов В.Г. Проблемы диагностики и лечения патологических рубцов / В.Г. Мишалов, В.В.Храпач, И.А.Назаренко [и др.] // Хирургия Украины. – 2008. – №. 4 (28). – С.109–114.
9. Alster T.S. Gyertrophic scars and Keloids: etiology and management / T.S. Alster, E.L. Tanzi // Am. J. Clin. Dermat. – 2003. – №4. – P.235–243.
10. Martin D. Changes in subjective vs objective burn scar assessment over time: oes the patient agree with what we think / D. Martin // J Burn Care Rehabil. – 2003. – V.24(4). – P.239–244.

### Реферат

СПОСОБ ОЦЕНКИ РУБЦОВОИЗМЕНЕННЫХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Аветиков Д.С., Ставицкий С.А.

Ключевые слова: келоидные рубцы, гипертрофические рубцы, дифференциальный диагноз, спиральная компьютерная томография.

В статье представлено обоснование использования спиральной компьютерной томографии для диагностической визуализации рубцовоизмененной ткани головы и шеи. Также представлены сравнительные результаты денситоматрического исследования келоидных и гипертрофических рубцов.

### Summary

PREOPERATIVE ESTIMATION OF SCAR TISSUES OF HEAD AND NECK

Avetikov D.S., Stavytskyi S.A.

Keywords: keloid scars, hypertrophic scars, differential diagnosis, spiral computed tomography.

This paper is devoted to the study of the application of helical computed tomography for imaging scar tissues of the head and neck. It also focuses on some comparative results obtained by densitography of keloid and hypertrophic scars.

УДК 613.6:616.314.18-002

**Бойченко О.М.**

### СТАН РЕГІОНАРНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА МІКРОЦІРКУЛЯЦІЇ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ У ХВОРИХ НА ІХС ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Розвиток ІХС у значній кількості випадків (від 80 до 92%) супроводжується проявами в порожнині рота. У роботі наведено дані обстеження 89 пацієнтів на предмет дослідження стану регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах пародонту методом реопародонтографії. Виявлено, що стан регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції у тканинах пародонта при хронічному генералізованому пародонтиті у стадії загострення у хворих, які страждають на стабільну стенокардію напруги, є суттєво порушеним, що підтверджено зміною показників реопародонтографії.*

Ключові слова: регіонарна гемодинаміка, мікроциркуляція, пародонтит, ішемічна хвороба серця.

Робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт ВДНЗУ „УМСА” і є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології: „Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонта та слизової оболонки порожнини рота” (№ державної реєстрації 0104U004411).

### Вступ

Хвороби пародонта займають друге місце за поширеністю серед стоматологічних захворювань. Генералізований пародонтит - найпоширеніший вид патології пародонта, особливо у другій половині життя людини. Висока поширеність, схильність до прогресування і багатогранний вплив на зубощелепну систему, й організм у ці-

лому, а також неоднозначність лікування дозволяють віднести захворювання пародонта до числа актуальних проблем сучасної медицини [3, 5, 7, 8, 11, 16, 18].

Згідно з експертними оцінками ВООЗ, ішемічна хвороба серця - одне з найпоширеніших захворювань і одна з основних причин смертності, а також тимчасової та стійкої втрати працездат-

ності населення в розвинених країнах світу. За останні 10 років в Україні поширеність і захворюваність на ІХС виросли у 2 рази [90,99]. Розвиток ІХС в значній кількості випадків (від 80 до 92%) супроводжується проявами в порожнині рота [2, 6, 15, 19].

При захворюваннях тканин пародонта у великій кількості робіт досліджено порушення метаболізму та регіонарної гемодинаміки. Встановлено, що істотний внесок вносять розлади регіонарного кровообігу, мікроциркуляції, порушення в системі гемостазу, активація вільнорадикального окиснення зі зниженням антиоксидантної активності [4, 5, 10, 12, 13, 14, 19]. Разом з тим, роботи по вивченню кисневого режиму, гемодинаміки та мікроциркуляції в пародонті при серцево-судинній патології нечисленні [1, 6, 9, 20].

При розвитку ХГП в тканинах пародонту доведено, в тому числі нашими попередніми дослідженнями, порушення практично всіх видів обміну речовин, що зумовлює складну та багатогранну картину захворювання, зокрема порушення регіонарної гемодинаміки та виникнення стану гіпоксії тканин [10]. Ішемічні явища в тканинах пародонту призводять до активації пероксидного окиснення ліпідів, що викликає розвиток дистрофічних порушень в тканинах і вільнорадикального пошкодження тканин [11, 12, 19].

#### Мета дослідження

Виявити порушення стану регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах пародонта при хронічному генералізованому пародонтиті у стадії загострення у хворих, які страждають на стабільну стенокардію напруги.

#### Матеріали та методи

Для дослідження стану регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах пародонта хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги нами виконані реопародонтографічні дослі-

дження - як метод дослідження пульсових коливань кровонаповнення судин пародонта, що ґрунтується на графічній реєстрації змін повного електричного опору тканин. Ця методика дозволяє об'єктивно оцінювати кровопостачання тканин, стан та ступінь ішемізації їх незалежно від причини виникнення.

Нами обстежено 4 групи пацієнтів на предмет дослідження стану регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах пародонта методом реопародонтографії:

– контрольну групу (20 осіб) склали особи з практично здоровим пародонтом, що не мали в анамнезі вираженої соматичної патології, близькі за віком до пацієнтів груп спостереження;

– першу групу (20 осіб) склали хворі на хронічний генералізований пародонтит, в анамнезі котрих не відмічалось вираженої соматичної патології;

– в другу групу (33 особи) були віднесені хворі на хронічний генералізований пародонтит, в стадії загострення ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу (ф.к.), СН I, ф.к. II за NYHA (помірна хронічна серцева недостатність), зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка;

– третю групу (36 осіб) склали хворі на хронічний генералізований пародонтит, в стадії загострення ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ф.к., СН IIA, ф.к. III за NYHA (виражена хронічна серцева недостатність), зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Результати реографічного дослідження тканин пародонта хворих на хронічний генералізований пародонтит в анамнезі котрих не відмічалось вираженої соматичної патології представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Реопародонтографія хворих на хронічний генералізований пародонтит, в анамнезі котрих не відмічалось вираженої соматичної патології (M±m)

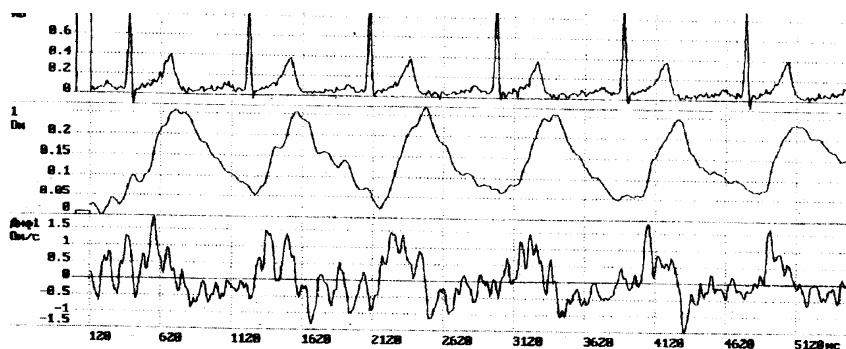
Групи спостереження	Показники реопародонтографії (%)			
	PI	IE	IPO	ПТС
Контрольна група (n = 20)	0,2±0,03	74,7±4,4	99,0±7,9	19,2±1,9
I група (n = 20)	1,6 ± 0,07*	39,2 ± 1,8*	240,0 ± 11,6*	22,7 ± 1,0

Примітка: \* –  $p < 0,05$  у порівнянні з даними контрольної групи.

Як видно з даних, наведених в табл. 1, основні показники реопародонтографічного дослідження пацієнтів першої групи спостереження суттєво відрізняються від показників осіб контрольної групи. Так, реографічний індекс контрольної групи складає 0,2±0,03 %, в той час як у пацієнтів першої групи спостереження цей показник був у вісім разів вищий (1,6 ± 0,07 %), що свідчить про значні патологічні зміни судин пародонту у хворих на ХГП. Аналогічно індекс еластичності судин та індекс периферичного опору

судинного русла пародонта мали у пацієнтів першої групи спостереження гірші значення ( $p < 0,05$ ). Однак показник тону судин, який має центральну регуляцію через симпатичну нервову систему і мало залежить від місцевих чинників, в обох групах суттєво не відрізнявся.

Для прикладу наводимо реопародонтограму особи з практично здоровим пародонтом, що не мала в анамнезі вираженої соматичної патології.

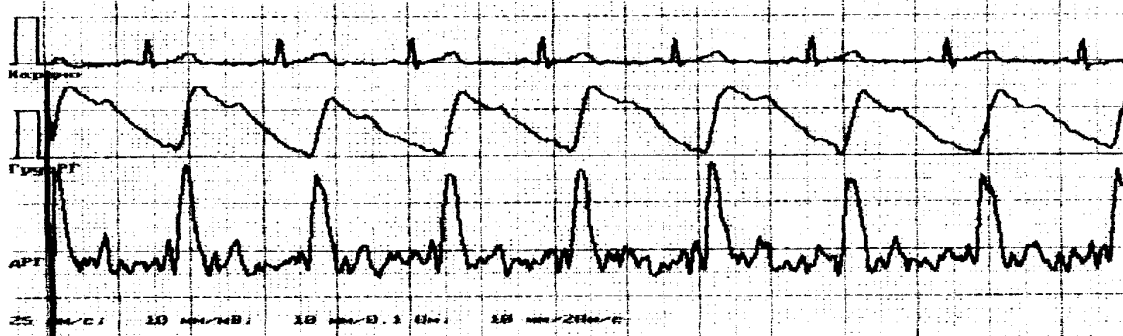


Параметр	Значение	разм.
<b>Амплитуды:</b>		
Амплитуда систолической волны:	0.50	[ом]
Амплитуда быстрого кровенаполнения:	0.081	[ом]
Амплитуда инцизуры:	0.172	[ом]
Амплитуда диастолической волны:	0.156	[ом]
Амплитуда максимума 1 производной:	4.041	[ом /с]
Базовый импеданс:	183.35	[ом]
<b>Интервалы</b>		
Период напряжения:	200	[мс]
Длительность сердечного цикла:	790	[мс]
Продолжительность анакроты:	100	[мс]
Продолжительность катакроты:	690	[мс]
<b>Расчетные параметры</b>		
Частота сердечных сокращений	78	[1/мин]
Реографический систолический индекс	0,25	[%]
Реографический диастолический индекс	76.583	[%]
Дикротический индекс:	84.349	[%]
Временный показ, сосудистого тонуса:	40	[%]
Амплитудный показ, сосудистого тонуса	39.546	[%]
Показатель тонуса артерий	25.3	[%]
Показатель тонуса средних и мелких артерий	20,34	[%]
Показатель периферического сопротивления	112,4	[%]
Показатель эластичности:	76,8	[%]

Рис. 1. Реопародонтограмма особи Г. з практично здоровим пародонтом, що не має в анамнезі вираженої соматичної патології.

Наступний приклад представлений реопародонтограмою пацієнта, хворого на хронічний ге-

нералізований пародонтит, в анамнезі якого не відмічалось вираженої соматичної патології.



Параметр	Значение	разм.
<b>Амплитуды:</b>		
Амплитуда систолической волны:	0.23	[ом]
Амплитуда быстрого кровенаполнения:	0.081	[ом]
Амплитуда инцизуры:	0.172	[ом]
Амплитуда диастолической волны:	0.156	[ом]
Амплитуда максимума 1 производной:	4.041	[ом /с]
Базовый импеданс:	183.35	[ом]
<b>Интервалы</b>		
Период напряжения:	200	[мс]
Длительность сердечного цикла:	790	[мс]
Продолжительность анакроты:	100	[мс]
Продолжительность катакроты:	690	[мс]

Расчетные параметры		
Частота сердечных сокращений	78	[1/мин]
Реографический систолический индекс	1,54	[%]
Реографический диастолический индекс	76.583	[%]
Дикротический индекс:	84.349	[%]
Временный показ, сосудистого тонуса:	40	[%]
Амплитудный показ, сосудистого тонуса	39.546	[%]
Показатель тонуса артерий	25.3	[%]
Показатель тонуса средних и мелких артерий	22,54	[%]
Показатель периферического сопротивления	217,3	[%]
Показатель эластичности:	36,9	[%]

Рис. 2. Реопародонтограмма пацієнта Л., хворого на хронічний генералізований пародонтит, в анамнезі котрої не відмічалось вираженої соматичної патології.

Дані реопародонтографічного дослідження пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом, хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу (ф.к.), СН I, ф.к.

II за NYHA (помірна хронічна серцева недостатність), зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка представлені в табл. 2.

Таблиця 2

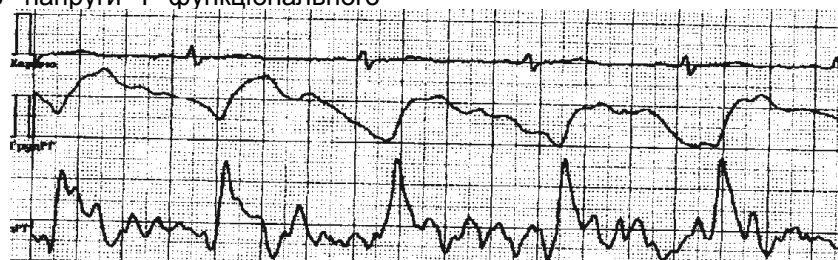
Реопародонтографія пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом, хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу (ф.к.), СН I, ф.к. II за NYHA (помірна хронічна серцева недостатність), зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (M±m)

Групи спостереження	Показники реопародонтографії			
	РІ	ІЕ	ІПО	ПТС
Контрольна група (n = 20)	0,2±0,03	74,7±4,4	99,0±7,9	19,2±1,9
II група (n = 33)	1,47 ± 0,07*	44,7 ± 1,9*	244,7 ± 10,3*	22,7 ± 0,97

Примітка: \* –  $p < 0,05$  у порівнянні з даними контрольної групи.

Наступний приклад представлений реопародонтограмою пацієнта, з хронічним генералізованим пародонтитом, хворого на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального

класу (ф.к.), СН I, ф.к. II за NYHA (помірна хронічна серцева недостатність), зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка.



Параметр	Значение	разм.
<b>Амплитуды:</b>		
Амплитуда систолической волны:	0.23	[ом]
Амплитуда быстрого кровенаполнения:	0.081	[ом]
Амплитуда инцизуры:	0.172	[ом]
Амплитуда диастолической волны:	0.156	[ом]
Амплитуда максимума 1 производной:	4.041	[ом /с]
Базовый импеданс:	183.35	[ом]
<b>Интервалы</b>		
Период напряжения:	200	[мс]
Длительность сердечного цикла:	790	[мс]
Продолжительность анакроты:	100	[мс]
Продолжительность катакроты:	690	[мс]
<b>Расчетные параметры</b>		
Частота сердечных сокращений	78	[1/мин]
Реографический систолический индекс	1,54	[%]
Реографический диастолический индекс	76.583	[%]
Дикротический индекс:	84.349	[%]
Временный показ, сосудистого тонуса:	40	[%]
Амплитудный показ, сосудистого тонуса	39.546	[%]
Показатель тонуса артерий	25.3	[%]
Показатель тонуса средних и мелких артерий	22,54	[%]
Показатель периферического сопротивления	237,3	[%]
Показатель эластичности:	46,9	[%]

Рис.3. Реопародонтограмма пацієнта Л., з хронічним генералізованим пародонтитом, хворого на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу (ф.к.), СН I, ф.к. II за NYHA (помірна хронічна серцева недостатність), зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка.

Результати реопародонтографічного дослідження хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ф.к., СН ІІА, ф.к. ІІІ за NYHA (ви-

ражена хронічна серцева недостатність), зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка представлені в табл. 3.

Таблиця 3

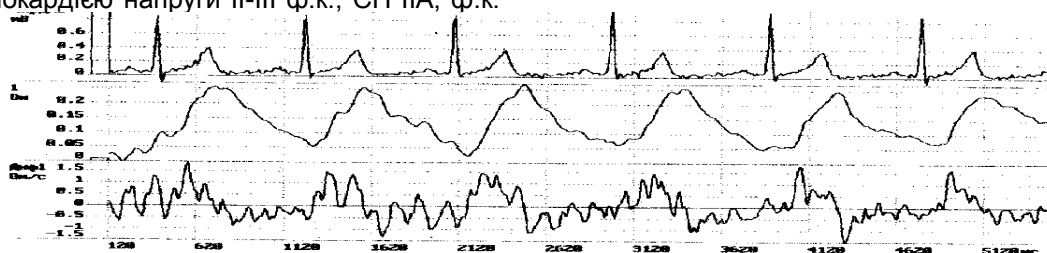
Реопародонтографія хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ф.к., СН ІІА, ф.к. ІІІ за NYHA (виражена хронічна серцева недостатність), зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка (M±m)

Групи спостереження	Показники реопародонтографії			
	PI	IE	ІПО	ПТС
Контрольна група (n = 20)	0,2±0,03	74,7±4,4	99,0±7,9	19,2±1,9
ІІІ група (n = 36)	1,57 ± 0,53*	45,3 ± 2,0*	239,7 ± 12,9*	22,70 ± 1,03

Примітка: \* – p<0,05 у порівнянні з даними контрольної групи.

Наступний приклад представлений реопародонтограмою пацієнта, з хронічним генералізованим пародонтитом, хворого на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ф.к., СН ІІА, ф.к.

ІІІ за NYHA (виражена хронічна серцева недостатність), зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.



Параметр	Значення	разм.
Амплитуди:		
Амплитуда систолічної волни:	0.23	[ом]
Амплитуда быстрого кровенаполнения:	0.081	[ом]
Амплитуда инцизуры:	0.172	[ом]
Амплитуда диастолической волни:	0.156	[ом]
Амплитуда максимума 1 производной:	4.041	[ом /с]
Базовый импеданс:	183.35	[ом]
Интервалы		
Период напряжения:	200	[мс]
Длительность сердечного цикла:	790	[мс]
Продолжительность анакроты:	100	[мс]
Продолжительность катакроты:	690	[мс]
Расчетные параметры		
Частота сердечных сокращений	78	[1/мин]
Реографический систолический индекс	1,57	[%]
Реографический диастолический индекс	76.583	[%]
Дикротический индекс:	84.349	[%]
Временный показ, сосудистого тонуса:	40	[%]
Амплитудный показ, сосудистого тонуса	39.546	[%]
Показатель тонуса артерий	25.3	[%]
Показатель тонуса средних и мелких артерий	22,54	[%]
Показатель периферического сопротивления	237,3	[%]
Показатель эластичности:	45,9	[%]

Рис. 4. Реопародонтограма пацієнтки П., з хронічним генералізованим пародонтитом, хворої на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ф.к., СН ІІА, ф.к. ІІІ за NYHA (виражена хронічна серцева недостатність), зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.

Таблиця 4

Порівняльна оцінка результатів реографічного дослідження тканин пародонта груп спостереження

Групи спостереження	Показники реопародонтографії			
	PI	IE	ІПО	ПТС
Контрольна група (n = 20)	0,2±0,03	74,7±4,4	99,0±7,9	19,2±1,9
I група (20 осіб)	1,60 ± 0,07*	39,2 ± 1,8*	240,0 ± 11,6*	22,7 ± 1,0
II група (33 особи)	1,47 ± 0,07*	44,7 ± 1,9*#	244,7 ± 10,3*	22,70 ± 0,97
III група (36 осіб)	1,57 ± 0,53*	45,3 ± 2,0*#	239,7 ± 12,9*	22,70 ± 1,03

Примітка: \* – p<0,05 у порівнянні з даними контрольної групи

# – p<0,05 у порівнянні з даними першої групи хворих на генералізований пародонтит I-II ст., в анамнезі котрих не відмічалось ознак ішемічної хвороби серця.

Як видно з даних, представлених в табл. 4, стан регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах пародонта при хронічному генералізованому пародонтиті суттєво порушений. Це підтверджується показниками реопародонтографії: реографічний індекс в порівнянні з контрольною групою зріс майже у 8 разів, індекс еластичності судин знизився майже вдвічі, індекс периферичного опору судинного русла пародонта зріс у 2 – 2,5 рази. Ця динаміка змін показників відслідковується в усіх групах спостереження хворих на хронічний генералізований пародонтит. Причому за даними індексу еластичності судин пародонту ми отримали вірогідну ( $p < 0,05$ ) відмінність цього показника у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги в порівнянні з групою пацієнтів без вираженої соматичної патології.

Що стосується показника тону судин, який має центральну регуляцію через симпатичну нервову систему і мало залежить від місцевих чинників, в усіх групах спостереження він суттєво не відрізнявся.

### Висновки

1. Стан регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції в тканинах пародонта при хронічному генералізованому пародонтиті у стадії загострення у хворих, які страждають на стабільну стенокардію напруги, є суттєво порушеним, що підтверджується зміною показників реопародонтографії (збільшенням реографічного індексу, індексу периферичного опору судинного русла пародонта, зниженням індексу еластичності судин).

2. Виявляється вірогідна відмінність величини індексу еластичності судин пародонту у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги в порівнянні з групою пацієнтів без вираженої соматичної патології.

### Література

1. Арутюнов С.Д. Состояние гемодинамики в тканях пародонта у пациентов с хроническим пародонтитом и ишемической болезнью сердца / С.Д.Арутюнов, Д.С.Арутюнов, Н.В.Плескановская // Ортодонтия. – 2011. – №1. – С. 12-17.

2. Бартенева Т.В. Лечение и профилактика заболеваний пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т.В. Бартенева. – Волгоград, 2008. – 19 с.

3. Безрукова И.В. Быстропрогрессирующий пародонтит / И.В. Безрукова, А.И. Грудянов. – М. : ООО «Мед. информ. агенство», 2002. – 127 с.

4. Волчегорский И.А. Сравнительный анализ состояния системы «перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита» в слюне больных хроническим пародонтитом лёгкой и средней степени тяжести / И.А. Волчегорский, Н.В. Корнилова, И.А. Бутюгин // Стоматология. – 2010. – №6. – С.24-27.

5. Воскресенский О.Н. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита / О.Н.Воскресенский, Е.К.Ткаченко // Стоматология. – 1991. – №4. – С.5-10.

6. Горбачева И.А. Роль сердечно-сосудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваний пародонта / И.А. Горбачева, Л.Ю. Орехова, Ю.А. Сычева [и др.] // Пародонтология. – 2007. – № 1 (42). – С.50-58.

7. Григорьян А.С. Болезни пародонта / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фролова. – М. : МИА, 2004. – 320 с.

8. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко – К., 2000. – 462 с.

9. Дубровская Е.Н. Изменение микроциркуляции при использовании мексидола в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у больных артериальной гипертензией / Е.Н. Дубровская, Л.Н. Казарина, Л.В. Вдовина // Росс. стомат. журн. – 2008. – № 4. – С.19-20.

10. Лукьянова Л.Д. Современные проблемы адаптации к гипоксии. Сигнальные механизмы и их роль в системной регуляции / Л.Д. Лукьянова // Патол. физиол. и эксперим. тер. – 2011. – №1. – С. 3-19.

11. Мащенко И.С. Болезни пародонта / Мащенко И.С. – Днепропетровск : Коло, 2003. – 271 с.

12. Мищенко В.П. Пародонт и гемостаз / В.П. Мищенко, Ю.И. Силенко. – Полтава : 2001. – 151 с.

13. Окислительный стресс. Проксиданты и антиоксиданты / [Е.Б. Меньшикова, В.З. Ланкин, Н.К. Зенков и др.]. – М. : Слово, 2006. – 556 с.

14. Скулачев В.П. Энергетика биологических мембран / Скулачев В.П. – М. : Наука, 1989. – 564 с.

15. Цепов Л.М. Патология пародонта при системных заболеваниях / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.Л. Цепова, А.Л. Цепов // Маэстро стоматологии. – 2009. – № 33. – С. 64-67.

16. Чумакова Ю.Г. Генерализованный пародонтит: структура нуждаемости в специализированной стоматологической помощи / Ю.Г. Чумакова // Вісн. стоматол. – 2007. – № 6. – С. 24-31.

17. Чумакова Ю.Г. Уровень и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста (по анализу ортопантомограмм) / Ю.Г. Чумакова, В.И. Антипа, Ю.Е. Косоверов [и др.] // Совр. стоматол. – 2004. – № 2. – С. 56-59.

18. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease / J. Highfield // Aust. Dent. J. – 2009. – V. 54, Suppl. 1. – P. 11-26.

19. Hingorani A.D. Chronic inflammation, periodontitis and cardiovascular diseases / A.D. Hingorani, F. D'Auto // Oral Dis. – 2008. – V.14, №2. – P. 102-104.

20. Humphrey L.L. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis / L.L. Humphrey, R. Fu, D.I. Buckley [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 2008. – V.23, №12. – P. 2079-2086.

### Реферат

СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ИБС СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Бойченко О.Н.

Ключевые слова: регионарная гемодинамика, микроциркуляция, пародонтит, ишемическая болезнь сердца.

Развитие ИБС в значительном количестве случаев (от 80 до 92%) сопровождается проявлениями в полости рта. В работе приведены данные обследования 89 пациентов на предмет исследования состояния регионарної гемодинаміки і мікроциркуляції в тканинах пародонта методом реопародонтографії. Обнаружено, что состояние регионарної гемодинаміки і мікроциркуляції в тканинах пародонта при хроническом генерализованном пародонтите в стадии обострения у больных, страдающих стабильной стенокардией напряжения существенно нарушено, что подтверждено изменением показателей реопародонтографії.

Summary

REGIONAL HEMODYNAMICS AND MICROCIRCULATION IN PERIODONTAL TISSUES UNDER CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND STABLE EXERTIONAL ANGINA

Boytschenko O.N.

Key words: regional hemodynamics, microcirculation, periodontitis, ischemic heart disease.

The occurrence of ischemic heart disease (IHD) in the most cases (from 80% to 90%) manifests particular changes in the oral cavity. This paper presents the results obtained in 89 patients who have been examined in order to assess the condition of regional hemodynamics and microcirculation in periodontal tissues by rheoparodontography. It has been found out the condition of regional hemodynamics and microcirculation in periodontal tissues under the exacerbation of chronic generalized periodontitis is considerably affected in patients with stable exertional angina that has been proven with findings of rheoparodontography.

УДК: 616.31 (083.41)

**Власова Г.И., Несмашина В.В., Силаева О. А., Кудрявцев А.А.**

**МОНИТОРИНГ ПЕРВОГО ВИЗИТА В ДЕТСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

Государственное заведение «Луганский государственный медицинский университет»

*Мониторинг первого визита к стоматологу в зависимости от возраста и структуры заболевания выявил существенные нарушения в звеньях профилактики среди детей пренатального младенческого и дошкольного возраста.*

Ключевые слова: первый визит, стоматолог, возраст.

В связи с ухудшением показателей стоматологического здоровья населения неохваченного системной профилактикой, большой поток научной информации сфокусирован на необходимости лечебно-профилактической помощи детям раннего возраста. [1,2,6,7,8,9,10]

Оценивая тенденции развития кариеса, новые методы диагностики, возможности минимально-инвазивных и атравматических методов лечения временных зубов, стоматологи всего мира утверждают: благоприятный исход для улучшения стоматологического здоровья становится реальностью только при бесперебойном и полноценном функционировании всех звеньев лечебно-профилактической цепи, начиная с антенатального периода развития [1,3,4,5,8,9].

Не вызывают сомнений и рекомендации, касающиеся сроков первого визита к стоматологу для выявления факторов риска возникновения кариеса – не позже 6 месяцев с момента прорезывания первого зуба, и начала гигиенического ухода – сразу после их появления. Таким образом, первый визит к стоматологу является своеобразным индикатором организации системы первичной профилактики не только стоматологов, но и акушеров-гинекологов и педиатров, призванных формировать общий образовательный уровень родителей.

Однако, реальная практика, подтвержденная немногочисленными статистическими исследованиями [5,10], свидетельствует о том, что родители, обращаются со стоматологическими проблемами у детей значительно позже. Известно, что только 2 % американских детей до 1 года побывали у специалистов, к 2-м годам их количество увеличилось только до 11 %, а к 3 – до 31 %. [9] Подобные показатели (12 % из 2-х летних) зафиксированы и в Австрии.

Данными о начале долгосрочного сотрудничества детей, родителей и стоматологов, равно как и цели первого обращения к специалистам этого профиля, официальная отечественная статистика не располагает.

Вместе с тем, на фоне высокого уровня стоматологической заболеваемости в Украине [1,2,4,6,7], подробный и глубокий анализ ситуации имеет не только теоретический, но и практический интерес с позиций организации комплексной программы профилактики в период модернизации системы первичной медико-санитарной помощи в стране.

**Цель работы**

На основании ретроспективного изучения амбулаторных стоматологических карт 100 детей дошкольного возраста проанализировать причины и сроки первого обращения к стоматологу, а также рассмотреть полученные данные при оценке состояния первичной профилактики в отрасли.

**Материал и методы**

Методом случайной выборки проведена экспертная оценка 100 амбулаторных карт стоматологического больного (ф № 043/О), пациентов детских отделений городских стоматологических поликлиник, работающих по участковому принципу. Изучали возраст, дату первого в жизни визита, причину или повод обращения, стоматологический статус. Факт первого визита применимо к возрасту обязательно уточнялся у родителей.

Материалы систематизированы, проанализированы и представлены в таблице 1 и диаграмме 1