

choice of adhesive system in order to obtain positive results and to avert spreading of pathological process that ensured the treatment efficacy. The use of 5th generation AD Adhesive NF promotes the formation of a complete hybrid layer, firm bonding between composite material, dentin and enamel, provides effective sealing at the edge of filling margins with dental tissues and their resistance due to adhesive ductility: all this guarantees the durability of the restorations performed.

DOI 10.31718/2077-1096.19.2.155

УДК 616.31-085:616.915

Бублій Т.Д., Дубовая Л.І.

ПРОЯВИ КОРУ В ПРАКТИЦІ СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

При загальному зменшенні захворюваності на кір та краснуху в останні роки відбувалися спалахи цих інфекцій серед молоді та підлітків. Стаття присвячена клінічному випадку, що стався на стоматологічному прийомі. Метою нашого дослідження було встановити клінічний діагноз пацієнту та звернути увагу лікарів стоматологічного та загального профілю на актуальність цієї проблеми. Продормальний період кору може бути дуже варіабельним та імітувати клінічну картину інших захворювань, як сталося і в нашому випадку, хворий звернувся з клінікою гострого серозного періодонтиту. Плями Бельського - Філатова - Коплика виявляються в 37,7-64,3% випадків (на початку періоду висипання). У 57,5% на слизовій оболонці м'якого піднебіння відзначалася плямиста енантема. У нашого пацієнта спостерігались тільки ознаки гострого катарального стоматита. Ми звертаємо увагу лікарів стоматологічного профілю, що у 100% хворих спостерігається катаральний синдром у вигляді помірно виражених ознак назофарингита (закладеність носа, першіння в горлі, сухий кашель) лише у 42,8% виявлений кон'юнктивіт. Це ускладнює своєчасну постановку діагнозу і диференціальну діагностику в продормальному періоді. Інфікована людина може передавати вірус протягом 4 днів до і після появи у неї висипу, що є дуже небезпечним для оточуючих, та лікаря-стоматолога зокрема. У діагностиці важливо враховувати, що кір - діагноз клінічний, немає можливостей навіть орієнтовної експрес-діагностики (як при грипі), тому кожному лікарю необхідно розглянути питання про своєчасну вакцинацію, цілеспрямовано проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення.

Ключові слова: кір, порожнина рота, клінічні прояви

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології Української медичної стоматологічної академії: „Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування” (державний реєстраційний № 0115U001138).

Вступ

В Україні рівень колективного імунітету до всіх вакцинованих інфекцій критичний, за даними ВООЗ - менше 50%[1]. При загальному зменшенні захворюваності на кір та краснуху в останні роки відбувалися спалахи цих інфекцій серед молоді та підлітків. Причиною є непроведена або неповна вакцинація [6]. За останні 15 років значні епідемічні підйоми захворюваності на кір спостерігалися в 2006 р. (90,7 на 100 тис. населення), 2012 р. (27,9 на 100 тис. населення). У 2017 р. порівняно з 2016 р. показник захворюваності населення України збільшився в 46,8 разу і становив 11,2 на 100 тис. населення. Поточна епідемія кору є наймасштабнішою і смертоносною в цьому столітті, торкнулася як дитячого, так і дорослого населення [4,9]. За даними Центру громадського здоров'я, з початку 2018 року на кінець листопада на кір в Україні захворіли 42 тисячі осіб (15,8 тис. дорослих і 26 тис. дітей). Від ускладнень захворювання померли 15 українців, 11 з яких - діти. Найбільше хворіють у тих областях, де рівень охоплення плановою вакцинацією найменший: у Львівській (8,8 тис. осіб), Івано-Франківській (4,2 тис.), Закарпатській (3,9 тис.) і Одеській (2,6 тис. осіб).

Переважаання серед захворілих дітей може бути пов'язано з тим, що під час попередніх спалахів частина людей, які вже сьогодні є дорослими, перехворіли на кір і придбали імунітет, а частина - вакцинувалися, побоявшись загрози зараження.

У своїй повсякденній практиці стоматолог-терапевт постійно контактує з безліччю пацієнтів, серед яких багато хто може бути потенційно небезпечними в плані зараження лікаря інфекційними захворюваннями. Дотримання санітарно-гігієнічного режиму не в повній мірі гарантує його безпеку.

Мета дослідження

Встановити клінічний діагноз пацієнту та звернути увагу лікарів стоматологічного та загального профілю на актуальність цієї проблеми.

Особливості кору у дорослих в даний час описані багатьма авторами [5, 7, 10]. На сучасному етапі кір перестав бути «дитячою» інфекцією. Численними дослідженнями доведено, що кір у дорослих має свої особливості, про які знають не всі практикуючі лікарі. Наслідком цього є пізня ізоляція і госпіталізація хворих, несвоєчасно розпочате лікування з подальшим розвитком важких ускладнень. Вікова структура

хворих: особи у віці від 17 до 25 років становлять 52,6%; від 25 до 35 років - 26,3%; 35-47 років - 21,1% [5]. В іншому клінічному спостереженні [7] майже половина хворих - 47,2% припадає на вікову групу 20-29 років. Серед хворих на кір чоловіки становлять 55,1-78,9% [9]. Контакт з хворим на кір у госпіталізованих хворих виявлено тільки в 3,7% випадків. Дорослі пацієнти часто надходять в стаціонар з іншими діагнозами: ГРВІ (27,6%), токсико-алергічна реакція (10,3%), скарлатина (3,4%), краснуха (6,9%). Помилковий діагноз напрямки свідчать про труднощі клінічної діагностики та недостатньою настороженістю лікарів щодо кору. Катаральний період не виражений. Період висипання характеризується типовими синдромами (лихоманка, інтоксикація, катаральні явища, висип). У 87,8% випадків відзначався середній ступінь хвороби, в 12,2% - важкий [8]. У більшості хворих захворювання починалося з підвищення температури тіла до фебрильних цифр. Подібний клінічний випадок стався і в нашій практиці. Хворий 20 років, звернувся зі скаргами на підвищення температури, нездужання, біль при накушуванні на 47 зуб. Зуб не лікований, болить другий день. Пацієнт заперечує наявність у нього соматичних захворювань. Об'єктивно: т. 38,3, СОПР блідо-рожева, ГІ = 2,5, РМА = 35% . На жувальній поверхні 47 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, зондування, реакція на холод безболісна, перкусія слабо болюча, ясна в проекції коренів 47 злегка гіперемійовані, набряклі, слабо болючі. Рентгенологічно визначається помірне розширення періодонтальної щілини. Діагноз: Гострий серозний періодонтит 47. Проведене лікування згідно стандартів: препарування каріозної порожнини і порожнини зуба, інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів. Зуб залишили відкритим, призначені лужні полоскання. На наступний день скарг пацієнт відмічає погіршення загального самопочуття болі в суглобах, сухий кашель, появу висипу на всьому тілі, температуру 39,3. Пацієнт не приймав ніяких медикаментів, заперечує алергічні реакції в анамнезі. За нашою рекомендацією був госпіталізований в інфекційну лікарню.

Інфікована людина може передавати вірус протягом 4 днів до і після появи у неї висипу. Робота лікаря-стоматолога пов'язана з підвищеним бактеріальним ризиком. При роботі з високооборотними бормашинами відбувається утворення аерозолів, що складаються з дрібних крапель води крові, слини, мікроорганізмів. Аерозолі утримуються в зоні дихання лікаря і пацієнта до 30 хвилин і поширюються на відстань до 50 - 80 см. Вірус кору залишається активним і живе в повітрі або на інфікованих поверхнях протягом двох годин, що несе небезпеку для оточуючих.

Продормальний період кору може бути дуже варіабельним та імітувати клінічну картину інших захворювань, як сталося і в нашому випадку.

Слід зазначити, що інтоксикація (млявість, слабкість, порушення апетиту) максимально виражена в перші дві доби даного періоду. У 100% хворих спостерігається катаральний синдром у вигляді помірно виражених ознак назофарингита (закладеність носа, першіння в горлі, сухий кашель). На що ми і звертаємо увагу лікарів стоматологічного профілю. У 42,8% виявлено кон'юнктивіт [9]. У 57,5% на слизовій оболонці м'якого піднебіння відзначалася плямиста енантема. У нашого пацієнта спостерігались тільки ознаки гострого катарального стоматита. Плями Бельського - Філатова - Коплика виявляли в 37,7-64,3% випадків (на початку періоду висипання) [5, 10]. Період висипання характеризується появою в більшості випадків типової плямисто-папульозний висипки, схильної до злиття, з етапністю поширення (57,4%) [8]. У 28,6% відзначався геморагічний компонент висипу, в 14,3% випадків висипання були дрібні («скарлатиноподібні») [9]. Збільшення лімфатичних вузлів переважно підщелепної групи виявлено у 42,5% [10]. Дисфункція шлунково-кишкового тракту (стілець ентеритного характеру до 3-6 разів на добу з перших днів хвороби) відзначена у 21,4% [5]. Період пігментації спостерігався у 100% хворих, без вираженої етапності.

Таким чином, захворювання зазвичай починається з різкого підвищення температури, нагадує грип або ГРЗ, наявність різноманітної неспецифічної симптоматики змушує призначати різну симптоматичну терапію. Після кількох днів лікування захворювання переходить в наступний період - висипання, коли з'являється так званий плямисто-папульозний висип спочатку на обличчі, протягом 3-х днів поетапно поширюється на тулуб і кінцівки. Висип може мати тенденцію до злиття, іноді - геморагічний характер, все це свідчить про тяжкий перебіг захворювання. Коли висип досягає гомілок (зазвичай це на третій день з моменту висипання) - тільки тоді стан хворих починає поліпшуватися, а висип на обличчі - бліднути. Така етапність дуже характерна для кору і служить важливим діагностичним критерієм. Закінчується захворювання поступово нормалізацією температури тіла і розвитком пігментації і лушення на місці висипу.

Серед основних особливостей протікання кору зараз у дорослих переважають такі:

- може не бути звичного кон'юнктивіту і кашлю;
- майже у третини хворих відсутні характерні білуваті висипання на слизовій щік (плями Філатова- Коплика);
- приблизно у 5% хворих присутня так званий раш-висип, який буває найрізноманітнішим і «плутає» лікаря;
- висипання на шкірі відсутні майже у третини хворих;
- не спостерігається характерної етапності висипання приблизно у 10% пацієнтів, коли плями спочатку з'являються за вухами і на обличчі, а потім поступово "сповзають" вниз по тілу;

- більш ніж у 15% хворих є біль в животі, причому обумовлений він не тільки реактивним панкреатитом, але і розвитком гострого процесу в черевній порожнині;

- ураження печінки більш ніж у половини хворих;

- характер висипу далеко не завжди відповідає тяжкості перебігу захворювання.

Це ускладнює своєчасну постановку діагнозу і диференціальну діагностику вже в період висипань. У діагностиці важливо враховувати, що кір - діагноз клінічний, немає можливостей навіть орієнтовної експрес-діагностики (як при грипі), тому для правильного і своєчасного встановлення діагнозу необхідно уважно оглядати хворого, особливо ротову порожнину, заглядаючи в місця типової локалізації плям Коплика [1].

Висновки

Лікар-стоматолог, контактуючи з великою кількістю потенційно небезпечних в епідеміологічному плані пацієнтів, піддає ризику зараження не тільки себе, але і всіх оточуючих, тому кожному лікарю необхідно розглянути питання про своєчасну вакцинацію, цілеспрямовано проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення. У зв'язку з високою контагіозністю вірусу кору поріг колективного імунітету є дуже високим, тому для припинення циркуляції вірусу необхідно домогтися і підтримувати значний рівень охоплення щепленнями двома дозами корової вакцини.

Реферат

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

Бублий Т.Д., Дубовая Л.И.

Ключевые слова: корь, полость рта, клинические проявления

При общем уменьшении заболеваемости корью и краснухой в последние годы отмечаются вспышки этих инфекций среди молодежи и подростков. Статья посвящена клиническому случаю, который произошел на стоматологическом приеме. Целью нашего исследования было установить клинический диагноз пациенту и обратить внимание врачей стоматологического и общего профиля на актуальность этой проблемы. Продормальный период кори может быть очень вариабельным и имитировать клиническую картину других заболеваний, как произошло и в нашем случае, больной обратился с клиникой острого серозного периодонтита. Пятна Бельского - Филатова - Коплика появляются в 37,7-64,3% случаев (в начале периода высыпания). В 57,5% на слизистой оболочке мягкого неба отмечается пятнистая энантема. У нашего пациента наблюдались только признаки острого катарального стоматита. Мы обращаем внимание врачей стоматологического профиля на то, что у 100% больных наблюдается катаральный синдром в виде умеренно выраженных признаков назофарингита (заложенность носа, першение в горле, сухой кашель) только в 42,8% обнаруживается конъюнктивит. Это затрудняет своевременную постановку диагноза и дифференциальную диагностику в продормальном периоде. Инфицированный человек может передавать вирус в течение 4 дней до и после появления у него сыпи. Что очень опасно для окружающих, и врача-стоматолога в частности. В диагностике важно учитывать, что корь - диагноз клинический, нет возможностей провести ориентировочную экспресс-диагностику (как при гриппе), поэтому каждому врачу необходимо рассмотреть вопрос о своевременной вакцинации, целенаправленно проводить санитарно-просветительскую работу среди населения.

Summary

CLINICAL MANIFESTATIONS OF MEASLES IN GENERAL DENTAL PRACTICE

Bublii T.D., Dubovaya L.I.

Key words: measles, oral cavity, clinical manifestations

Despite of general tendency towards the decrease in the incidence of measles and rubella in recent years, there have been registered several outbreaks of these infections among young adults and adolescents at present. This case report describes a clinical case of measles suspected at the dental examination. The aim of this study is to make a clinical diagnosis of the patient and to draw attention of the

Література

1. Daragan GM, Krushins'ka TYU Stepaniskij DA, Demchishina IV, Kolesnikova IP Aktual'ni pitannya vakcinacii ta epidemiologichnogo naglyadu za korom i krasnuhoyu v ukraini [Current issues of vaccination and epidemiological surveillance of bark and rubella in Ukraine] Medichni perspektivi / medicini perspektivi 2018;XXIII / 1 ch. 1: 38-43(Ukrainian).
2. Kazancev AP, Volzhanin VM. Kor'. Rukovodstvo po infekcionnym bolezniam [Measles. Infectious disease guide] Saint Petersburg: Foliant; 2011. 322p. (Russian)
3. Kotlova VB, Kokoreva SP, Platonova AV. Kor' vchera i segodnya [Measles yesterday and today]. Elektronnyj nauchno-obrazovatel'nyj vestnik zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2014; 16: 14-7 (Russian)
4. Krasnyuk LS, Bilomerya TA, Alaeva OM [ta in.]Tendenciya rozvitku epidemichnogo procesu krasnuhi v Ukraini [Trend of the development of the rubella epidemic in Ukraine] Profilaktichna medicina; 2012;18:57-9. (Ukrainian).
5. Kulzhanova ShA, Zhumagazin ZhD, Konkaeva ME, Shirshikbaeva GE. Kliniko-ehpidemiologicheskie osobennosti kori u vzroslyh na sovremennom ehstape [Clinical and epidemiological features of measles in adults at the present stage] Infektologiya. 2015;7(2):45-48. (Russian)
6. Marichev IL, Brizhata SI, Procap EI. Stan vakcinoprofilaktiki koru v Ukraini ta ii vpliv na epidemichnij process [The state of measles vaccination in Ukraine and its impact on the epidemic process] Profilaktichna medicina. 2012; 3/4 (19): 3-7 (Ukrainian)
7. Mazankova LN, Gorbunov SG, Nesterina LF, Teben'kov AV. Klinicheskie Obennosti techeniya kori na sovremennom ehstape [Clinical features of the course of measles at the present stage] Pediatriya. 2013;92:18-22. (Russian)
8. Pozdnyakov A.A., Chernyavskaya O.P. Manifestations of the Epidemic Process of Measles and Rubella at the Present Stage. Epidemiology and Vaccinal Prevention. 2018;17(5):45-53. (Russian)
9. Prihod'ko E. Golubovskaya O probleme infekcionnoj zaboлеваemosti v Ukraine. [About the problem of infectious morbidity in Ukraine] Ezhenedel'nik Apteka-4-2018; 4(1125) 29 January <https://www.apteka.ua/article/443619>
10. Petrushanko TO, Chehotina SYU, Bublik TD Virusni infekcii, proyavi v shchelepno-licevij diljanci, farmakoterapiya ta profilaktika: navchal'nij posibnik [Viral infections, manifestations in the maxillofacial area, pharmacotherapy and prevention] Poltava; 2013. 223p. (Ukrainian).

dental professional and general physicians to the relevance of this problem. The prodromal phase of measles can be quite variable and mimic the clinical picture of other diseases, as it happened in our case, when the patient went to the dental office for symptoms of acute serous periodontitis.

Belsky — Filatov — Koplik's spots are reported to usually appear in 37.7-64.3% of cases (at the beginning of the measles rash period). In 57.5% of cases there is spot enanthema on the soft palate mucosa. Our patient presented only signs of acute catarrhal stomatitis. We would like to emphasize that 100% of patients with measles have catarrhal syndrome manifested with moderate signs of nasopharyngitis (nasal congestion, sore throat, dry cough), and only 42.8% suffer from conjunctivitis. This makes it difficult to diagnose this disease in its early period or to make differential diagnosis in the prodromal phase. An infected person can transmit the virus within 4 days before and after the rash appears that is very dangerous for surrounding people and for healthcare workers in particular. When making a diagnosis, it is important to remember that measles is a clinical diagnosis, and there is no opportunity to carry out an indicative rapid diagnosis (as with the flu), therefore every doctor should consider the issue of timely vaccination, and promotes preventive and educational work among the population.

DOI 10.31718/2077-1096.19.2.158

УДК 616.314-74 : (615.46:620.176

Водоріз Я.Ю., Ткаченко І.М.

ВИЗНАЧЕННЯ ОПОРУ НА ЗСУВ РЕСТАВРАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ РІЗНІЙ ГЛИБИНІ ПРЕПАРУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

У сучасній стоматології панує два різних підходи до відновлення анатомії і естетики фронтальних зубів. Найбільш поширеним є варіант реставрації безпосередньо на стоматологічному прийомі за допомогою сучасних фотокомпозитів. Другий варіант – реставрація за керамічними матеріалами, що здійснюється завдяки співпраці клініки та зуботехнічної лабораторії, або, як варіант, різноманітними CAD-CAM системами безпосередньо в клініці. Матеріали і методи дослідження. До даному дослідженню долучались зуби (премоляри, різці) без суттєвих втрат твердих тканин коронки зуба. Зуби із стертістю (всі, за виключенням 1 ступеню) виключались із групи. В рамках запланованого дослідження відібрані видалені зуби піддавались препаруванню (з вестибулярного боку зішлифовувався певний об'єм (підгрупа зубів, відпрепарованих в межах емалі, та підгрупа зубів, відпрепарованих з оголенням дентину). Всього підготовлено 40 зубів (20 відпрепарованих із оголенням дентину, 20 відпрепарованих в межах емалі). Випробування проводились на універсальній розривній машині AUTOGRAPH AGS-J. Верхню половину пристосування кріпили в затискачі випробувальної машини. Зразок з зубом розташовували в верхній частині пристосування, потім на другу частину зразку, яка містить пластинку матеріалу (композитну або керамічну), кляли другу частину пристосування для випробування і акуратно, намагаючись не передавати напруження адгезивному з'єднанню, кріпили в нижньому затискачі розривної машини. Створювали зусилля зсуву до руйнування зразку, при цьому звертали увагу на залишки адгезивного шеву. Результати та висновки. В результаті експерименту з'ясовано, що найбільш оптимальний опір зсуву мають комплекс твердих тканин зуба та керамічних матеріалів IPS Empress Esthetic та EX3, при препаруванні в межах емалі. Опір зсуву у випадку застосування фотокомпозиту є нижчим на 11,4% та 18,1% при використанні адгезивних систем V та VII поколінь відповідно. У разі оголення дентину під час препарування опір зсуву знижується на 19,5% при застосуванні кераміки, модифікованої лейцитним склом, на 17,3% при застосуванні польошпатної кераміки та на 8,4% і 13,2% при реставрації фотокомпозитом за умови використання відповідно V та VII поколінь адгезивних систем.

Ключові слова: адгезія, композитна реставрація, керамічна реставрація, опір зсуву, глибина препарування

У статті публікуються дані дослідження, яке є частиною НДР кафедри пропедевтики терапевтичної стоматології Української медичної стоматологічної академії «Морфологічні особливості тканин ротової порожнини і їх вплив на проведення лікувальних заходів і вибір лікувальних матеріалів, № державної реєстрації 0115U001112.

Вступ

У сучасній стоматології існує два різних підходи до відновлення анатомії і естетики фронтальних зубів. Найбільш поширеним є варіант прямої реставрації безпосередньо на стоматологічному прийомі за допомогою сучасних фотокомпозитів [1].

Другий варіант – реставрація з використанням керамічних матеріалів, що здійснюється завдяки співпраці лікаря-стоматолога та зуботех-

нічної лабораторії, або, як варіант, різноманітними CAD-CAM системами безпосередньо в клініці [2].

Нагальною є проблема вибору варіанту реставрації і, відповідно, підготовки зубних поверхонь під відповідні матеріали [3,4]. Більш обгрунтованим слід вважати застосування керамічних матеріалів через їх естетичні і фізичні особливості [5]. Але категорично відмовитись від застосування фотокомпозитів неможливо, особливо якщо врахувати той факт, що на сьогодні-