

## Список літератури

- Колесниченко В.А. Механогенез синдромов перенапряжения у спортсменов / В.А. Колесниченко, А.И. Продан, А.А. Тяжелов // Травматология и ортопедия России. - 2007. - Т.3. - С. 17-24.
- Колесниченко В.А. Остеохондропатия позвоночника. Ранняя диагностика и прогнозирование течения заболевания: дисс. ... д-ра. мед. наук / В.А. Колесниченко. - Харьков, 2000. - 451 с.
- Маркс В.О. Ортопедическая диагностика / В.О. Маркс - Минск: Наука и техника, 1978. - 506 с.
- A Model of Movement Dysfunction Provides a Classification System Guiding Diagnosis and Therapeutic Care in Spinal Pain and Related Musculoskeletal Syndromes: A Paradigm Shift-Part 2 / Key J., Clift A., Condie F., Harley C. // J. Bodywork and Movement Therapies. - 2008 - Vol. 12, № 1. - P. 105-120.
- Cobb J.R. Outline for the Study of Scoliosis. Instruct. Course Lectures the Am / J.R. Cobb // Acad. of Orthop. Surg. - 1948. - № 5. - P. 261-275.
- Current Concepts in Scheuermann's Kyphosis / Papagelopoulos P.J., Mavrogenis A.F., Savidou O.D. [et al.] // Orthopedics. - 2008. - № 1 - 31. - P. 52-58.
- Dixon J.S. Reproducibility along a 10 cm Vertical Visual Analogue Scale / J.S. Dixon, H.A. Bird // Ann. Rheum. Dis. - 1981. - Vol. 40, № 1. - P. 87-89.
- Dynamic Sagittal Imbalance of the Spine in Degenerative Flat Back. Significance of Pelvic Tilt in Surgical Treatment / Lee C.S., Lee C.K., Kim Y.T. [et al.] // Spine, 2001. - № 26(18) - P. 2029-2035.
- Fon G.T. Thoracic Kyphosis: Range in Normal Subjects / G.T. Fon, M.J. Pitt, A.C.Jr. Thies // Am. J. Roentgenology 1980. - Vol. 134, № 5. - P. 979-983.
- Janda V. The Concept of Postural Muscles and Posture in Man Austr / V. Janda, K. Lewit // J. Physiotherapy 1983. - № 3. - P. 83-84.
- Lowe T.G. Scheuermann's Disease / T.G. Lowe // Orthop. Clin. North Am. - 1999. - № 3. - P. 475-487.
- Pain-Related Fear: A Critical Review of the Related Measures / [Lundberg M., Grimby-Ekman A., Verbunt J., Simmonds M.J.] // Pain Res. Treatment. - 2011. - Article ID 494196. - 26 p. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/494196>.
- Review of Rehabilitation an Orthopedic Conservative Approach to Sagittal Plane Diseases During Growth: Hyperkyphosis, Juvenile Kyphosis, and Scheuermann Disease / Zaina F., Atanasio S., Ferraro C. [et al.] // Eur. J. Phys. Rehabil. Med. - 2009. - Vol. 45, № 4. - P. 595-603.
- Roland M. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire / M. Roland. - 2000. - Vol. 25, № 24. - P. 3115-3124.
- Sorenson K.M. Scheuermann's Juvenile Kyphosis: Clinical Appearances, Radiography, Etiology and Prognosis // K.M. Sorenson. - 1964. - 437 p.
- Tome-Bermejo F. Current Concepts on Scheuermann Kyphosis: Clinical Presentation, Diagnosis and Controversies around Treatment. Rev. Esp. Cir. / F. Tome-Bermejo, A.I. Tsirikos // Ortop. Traumatol. 2012. - Vol. 56, № 6. - P. 491-505.
- Tropiano P. Sagittal lumbar spinal balance: A method of measurement. In: Kaech D.L., Jinkins J.R. ed. Spinal restabilization procedures / P. Tropiano, J.J. Bronsard, D.L. Kaech // Elsevier Science. - 2002. - № 7. - P. 83-93.
- Weiss H.R. Brace Treatment for Patients With Scheuermann's Disease - A Review of the Literature and First Experiences with a New Brace Design / H.R. Weiss, D. Turnbull, S. Bohr // Scoliosis. - 2009. - № 4. - P. 22-39.

**Днепровская А.В.**

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАНА

**Резюме.** Различные сагиттальные контуры позвоночника при классической и атипичной формах болезни Шейерманна сочетаются с различными вариантами мышечного дисбаланса. Выполнено рандомизированное контролируемое исследование эффективности программ ЛФК у пациентов с кифозом Шейерманна и поясничной формой заболевания в возрасте 16-26 лет (средний возраст 20,6±0,3). Мы связываем эффективность программ ЛФК с применением различных методик физических упражнений в зависимости от варианта сагиттального центрирования позвоночника.

**Ключевые слова:** болезнь Шейерманна, сагиттальный баланс позвоночника, программы ЛФК.

**Dniprovskaya A.V.**

### KINESOTHERAPY PROGRAMS EFFICACY IN PATIENTS WITH SCHEUERMANN'S DISEASE AND DIFFERENT SAGITTAL SPINE ALIGNMENT

**Summary.** Different spine sagittal contours in classic and lumbar Scheuermann's disease are associated with various muscle imbalance. A randomized controlled trial of the efficacy of kinesiotherapy programs in patients with Scheuermann's kyphosis and lumbar Scheuermann's aged 16-26 years (mean age 20,6±0,3 years) was performed. We associate the efficiency of the kinesiotherapy program with applying a differential approach to prescribing the exercises according to the variation of sagittal spinal alignment.

**Key words:** Scheuermann's disease, sagittal spine balance, kinesiotherapy programs.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2013 р.

Дніпровська А.В. - кафедра травматології і ортопедії, Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

© Горай М. А.

УДК: 616.311:616.31-001:611.018

**Горай М. А.**

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЛЕЙКОПЛАКІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТРАВМАТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЦИТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

**Резюме.** Проведено цитологічне дослідження ефективності лікування плоскої та верукозної форм лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота травматичного походження. В процесі лікування в цитограмах основної групи хворих з кератозами в 2, 6 і 4, 6 рази (відповідно з плоскою і верукозною лейкоплакією) збільшилась кількість епітеліальних клітин 5 стадії зрілості відносно початкових значень ( $p < 0,001$ ). Кількість клітин проміжної трансформації наблизились до рівня здорових осіб контрольної групи і склали  $3,29 \pm 0,3$  (I тип) і  $10,5 \pm 0,4$  (II тип). Відсутність достовірної динаміки усіх показників клітинних елементів епітелія у порівнювальній групі обстежених з плоскою та верукозною формою лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота відносно початкових ( $p > 0,05$ ), свідчило про порушення процесів дозрівання та диференціювання і неефективність проведеного лікування. Позитивна динаміка показників цитологічного аналізу і нормалізація фізіологічного стану слизової оболонки порожнини рота після лікування хворих основної групи свідчать про високу ефективність розробленого методу лікування хворих на лейкоплакію слизової оболонки порожнини рота порівняно з традиційним.

**Ключові слова:** цитологічне дослідження, лейкоплакія, епітелій.

### Вступ

Проблема лікування гіперкератотичних уражень слизової оболонки порожнини рота травматичного походження на сьогоднішній день залишається актуальною в зв'язку з поширеною розповсюдженістю та недостатньою ефективністю рекомендованих методів лікування [Данилевський та ін., 2001].

Поверхневий епітелій є основною функціональною ланкою слизової оболонки порожнини рота, на якій, в першу чергу, відображається патологічний вплив патогенних чинників [Бородай, 2001]. Інтенсивний вплив механічних факторів на слизову оболонку порожнини рота може викликати її посилене зроговіння - гіперкератоз, або утворення зон деструкції епітелію, з подальшим утворенням ерозій та виразок [Гемонов, 1996]. Вивчення морфофункціональних особливостей поверхневих шарів епітелію необхідно для розуміння процесів, що проходять в слизовій оболонці порожнини рота при хронічних механічних пошкодженнях слизової оболонки [Нигматов, 2008]. Проведення якісних і кількісних цитологічних досліджень дозволяє визначити методику і тактику лікування, та оцінити його ефективність.

**Мета** дослідження. Оцінка ефективності лікування хворих з лейкоплакією слизової оболонки порожнини рота травматичного ґенезу за показниками цитологічного дослідження.

### Матеріали та методи

Досліджено 73 хворих на лейкоплакію слизової оболонки порожнини рота віком від 55 до 75 років. З них 37 - з плоскою формою лейкоплакії, 6 - з верукозною формою. 30 здорових осіб ідентичного віку без уражень слизової оболонки порожнини рота склали групу контролю.

Методику цитологічного дослідження та її оцінку проводили за рекомендацією Власової Л. Ф. і співавт. [2001] та Банченко Г. В. і співавт. [2001].

Поверхнєве зішкрябування проводили за допомогою гістологічного шпателя з поверхні вогнищ ураження. Препарати фіксували протягом 15 хвилин в 96% етиловому спирті, а потім зафарбовували за Романовським-Гімзе протягом 20 хв. при температурі 37°C. Мікроскопічне дослідження проводили з використанням імерсійного об'єктиву  $\times 200$ .

У відбитках з різних ділянок слизової оболонки по-

рожнини рота зустрічаються епітеліальні клітини ранніх та пізніх стадій диференціювання в різному співвідношенні. Виділяють наступні стадії диференціювання епітеліальних клітин: 1 стадія - базальні клітини круглої або овальної форми діаметром від 16,5 до 22,5 мкм, з діаметром ядра від 10 до 13,5 мкм, ядерно-цитоплазматичне співвідношення - 0,6, хроматин ядра ніжно сітчатий, цитоплазма базофільна у вигляді вузького обідку; 2 стадія - парабазальні клітини круглої або овальної форми діаметром від 17 до 45,5 мкм, діаметр ядра від 7 до 17,5 мкм, ядерно-цитоплазматичне співвідношення в межах 0,5, структура хроматина ядра тонка, цитоплазма менш базофільна, ніж у базальних клітин; 3 стадія - проміжні клітини 1 типа, овальної форми, діаметр від 31 до 51,5 мкм, діаметр ядра від 9 до 18,5 мкм, ядерно-цитоплазматичне співвідношення в межах біля 0,3, ядро має тонку структуру, цитоплазма слабкобазофільна, іноді з виростами; 4 стадія - проміжні клітини 2 типу полігональної форми діаметром від 25 до 88 мкм, діаметр ядра від 7,5 до 15 мкм, ядерно-цитоплазматичне співвідношення 0,2, ядро більш грубої структури, цитоплазма слабкобазофільна, утворює вирости, виявляються перші ознаки кератинізації; 5 стадія - поверхневі клітини полігональної форми діаметром від 22,5 до 82 мкм, діаметр ядра від 6 до 13 мкм, ядерно-цитоплазматичне відношення менше 0,2, ядро пікнотичне, цитоплазма від слабкобазофільної до окситофільної, виражені ознаки кератинізації, цитоплазма утворює широкі вирости, границі цитоплазми виражені нечітко; 6 стадія - без'ядерні клітини діаметром від 28 до 55 мкм неправильної форми, оксифільні з високим ступенем кератинізації, на місці ядра часто спостерігається порожнина.

У вогнищі кератинізації спостерігали клітини пізніх стадій диференціювання - без'ядерні (6 стадії), у відбитках з здорових ділянок слизової оболонки були присутні одиночні епітеліальні клітини 4 стадії - пізні проміжні, 5 стадії - поверхневі з пікнотичним ядром, що складають основну масу клітинних елементів і 6 стадії - клітини, що втратили ядро. Математичну обробку цитограм проводили за формулою:

$$ІДК = 1а + 2б + 3в + 4г + 5д + 6е,$$

де ІДК - індекс диференціювання клітин, 1-6 - цифрові значення ступеня диференціювання клітин, а-д - процент клітин, що відповідає стадії дозрівання.

В лікуванні лейкоплакції слизової оболонки порожнини рота велике значення приділяли санації хронічних вогнищ інфекції в порожнині рота, усували місцеві подразнюючі фактори: видаляли зубний камінь, зішлифовували гострі кути зубів, проводили заміну неякісних пломб, заміну старих протезів, проводили професійну гігієну порожнини рота. Мотивували пацієнта до підтримання адекватної гігієни порожнини рота, рекомендували виключити гарячу та гостру їжу, алкоголь, куріння.

Провідну роль в профілактиці та лікуванні гіперкератотичних уражень відіграє їх рання діагностика лікарями стоматологами [Лукіних, 2000; Сивовол, 2010].

Метод лікування передбачав, в першу чергу, обов'язкове усунення травмуючого агенту. Наводимо метод комплексного лікування хворих на лейкоплакцію слизової оболонки порожнини рота.

Місцеве лікування вогнища лейкоплакції полягало в нанесенні аплікації 2% розчину сечовини по 2 хв., змиванні розчину сечовини дистильованою водою, проведінні ультрафонофорезу 0,1% розчином Галавіту по 10 хв. з інтенсивністю озвучування 0,4 Вт/см<sup>3</sup>, на курс до 4 сеансів при плоскій лейкоплакції, 6-8 - при верукозній.

Загальне лікування:

"Аргінін-цинк" по 1 капсулі 1 раз в день під час їжі протягом трьох тижнів, "Декамевіт" по 1 капсулі 1 раз в день після їжі протягом трьох тижнів, відвар кореня солодки по 1 ст. ложці 3 рази в день, протягом 2 тижнів, рекомендували випивати 2 літра молока в день для відновлення рівня лактоферину в організмі.

Для пацієнтів, що мають зубні протези, під час лікування, для гігієнічного догляду за порожниною рота рекомендували періодично використовувати зубну пасту PresiDENT Exclusiv з вмістом гексетидину 0,1%, прополісу, монофторфосфат 0,8% і фторид натрію 0,1%. Зубний ополіскувач PresiDENT Profi.

Для щоденного догляду за ротовою порожниною рекомендували зубну пасту PresiDENT Classic 2 рази на день, зубний ополіскувач PresiDENT Classic Plus, зубну щітку PresiDENT Z3, м'яку зубну нитку PresiDENT Mint & Fluor.

При протезуванні хворих на лейкоплакцію необхідно оптимально відновлювати висоту нижньої третини обличчя, проводити об'ємне моделювання базисів протезів, правильну орієнтацію оклюзійних площин та відновлення бугоркового перекриття для попередження травмування слизової оболонки. Пацієнтам, що мають мостоподібні конструкції рекомендували використовувати інтердентальні щітки та міжзубні йоржики.

Для догляду за зубними знімними протезами рекомендували використовувати PresiDENT Дентпрограмм - таблетки для очистки зубних протезів, та ортодонтичну щітку PresiDENT з круглою голівкою для чистки протезів. Проводити чистку зубних протезів щодня, як мінімум перед сном, як максимум - після кожного прийому їжі.

## Результати. Обговорення

Для об'єктивної оцінки ураження слизової оболонки при хронічному механічному пошкодженні проведено цитологічне дослідження, основане на якісній та кількісній характеристиці стану стадій розвитку клітин епітелію та цитопатологічних змін клітинної популяції.

Основним компонентом клітинного ряду цитограм з ділянок лейкоплакції слизової оболонки порожнини рота (рис. 1) були зроговілі без'ядерні клітини 6 стадії диференціювання (відповідно 80,08±0,42% при плоскій формі лейкоплакції і 92,6±1,49% при верукозній, при достовірності різниці відносно групи контролю 99,9%). Майже в три рази при плоскій і в п'ять разів при верукозній лейкоплакції слизової оболонки порожнини рота, зменшена кількість клітин зрілого епітелію 5 стадії порівняно з контрольною групою (p<0,001). В незначній кількості виявляли клітини проміжних стадій зрілості. Виходячи з даних показників, розрахований за формулою, індекс диференціювання клітин склав 565,94±2,97% при плоскій формі лейкоплакції, і 588,6±1,06% - при верукозній, що з вірогідністю 99,9% відрізнявся від групи контролю.

Таким чином цитологічний метод дослідження слизової оболонки порожнини рота в нормі та при виникненні патології є об'єктивним, простим та доступним для діагностики хронічних травматичних уражень слизової оболонки порожнини рота.

Результати цитологічної картини ураження слизової оболонки при лейкоплакції характеризують підсилення кератотичних процесів і порушення фізіологічних процесів злуццювання поверхневих шарів епітелію.

Поява в цитограмах хворих з лейкоплакією слизової оболонки порожнини рота значної кількості зроговілих клітин у вигляді лусочок вказувало на наявність вираженого гіперкератозу епітелію.

Виявлені зміни цитологічної характеристики слизової оболонки порожнини рота у хворих з хронічними механічними травматичними пошкодженнями дозво-

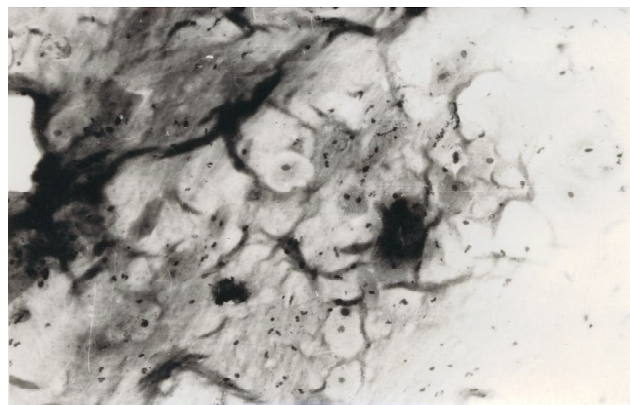


Рис. 1. Цитограма відбитків з слизової оболонки порожнини рота хворого Д., 68 років. Д-з: плоска форма лейкоплакції слизової оболонки в ділянці кута рота. Нашарування зроговілих без'ядерних клітин. Забарвлення Романовського - Гімзе, зб.: x200.

**Таблиця 1.** Результати цитологічного дослідження хворих основної групи з лейкоплакією СОПР після лікування.

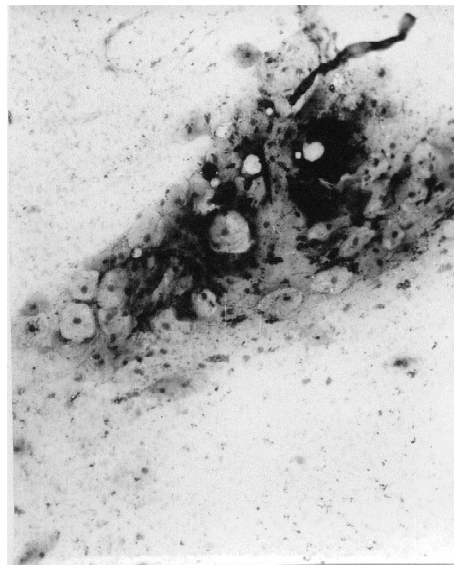
Групи обстежених (кількість хворих)	Стадії диференціювання епітеліальних клітин основної групи до лікування %						
	1	2	3	4	5	6	ІДК
Лейкоплакія плоска форма, n=18			1,27±0,32	6,27±0,48	12,5±0,42	80,08±0,42	557±5,3
р							
Лейкоплакія верукозна форма, n=3				1±0,7	7,3±0,81	91,6±1,07	586,6±6,5
р							
Лейкоплакія плоска форма, n=18			3,29±0,3	10,5±0,4	32,3±0,7	54,5±0,43	536,2±4,2
р			>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,01
Лейкоплакія верукозна форма, n=3			2,3±1,07	10±0,7	33,6±0,04	54,3±1,07	541,3±4,96
р			>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

**Примітка:** р - достовірна різниця показників у хворих основної групи до та після лікування.

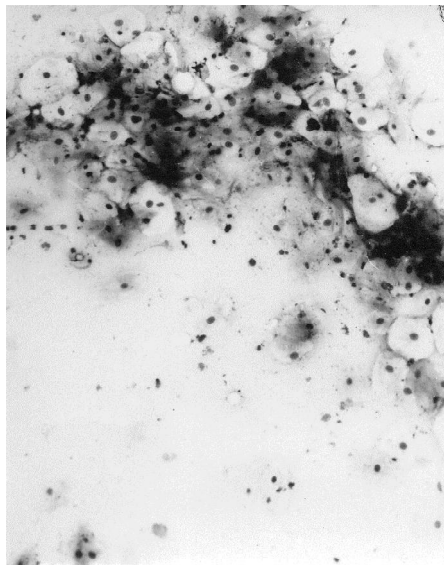
**Таблиця 2.** Результати цитологічного дослідження хворих групи порівняння з лейкоплакією СОПР після лікування.

Групи обстежених (кількість хворих)	Стадії диференціювання епітеліальних клітин групи порівняння до лікування %						
	1	2	3	4	5	6	ІДК
Лейкоплакія плоска форма, n=19			1,3±0,3	4,9±0,4	10,7±0,96	83±1,15	573,5±2,0
р							
Лейкоплакія верукозна форма, n=3				3±1,3	5±0,4	93±0,6	590,6±1,25
р							
Лейкоплакія плоска форма, n=19			2,1±0,3	8,2±0,49	14,2±0,63	75,5,1±0,56	566,1±2,4
р			>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Лейкоплакія верукозна форма, n=3			0,6±0,3	3±0,8	6,3±1,4	90±1,4	588,3±0,39
р				>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

**Примітка.** р - достовірність різниці показників групи порівняння до та після лікування.



**Рис. 2.** Епітеліальні клітини 5-стадії диференціювання. Після лікування хворого з плоскою формою лейкоплакії слизової оболонки в ділянці кута рота. Забарвлення Романовського - Гімзе, зб.: x200.



**Рис. 3.** Епітеліальні клітини 5-стадії диференціювання. Після лікування хворого з плоскою формою лейкоплакії слизової оболонки, ретромолярна ділянка. Забарвлення Романовського - Гімзе, зб.: x200.

З наведених даних таблиці 1 видно, що динаміка змін показників рівня диференціювання клітин епітелію в відбитках з слизової оболонки порожнини рота в процесі лікування хворих основної групи з плоскою і верукозною формами лейкоплакії була позитивною. В цитограмах основної групи хворих з кератозами в 2,6 і 4,6 рази (відповідно з плоскою і верукозною лейкоплакією) збільшилась кількість епітеліальних клітин 5-ї стадії зрілості (рис. 2 і 3) відносно початкових значень (р<0,001).

Кількість клітин проміжної трансформації наблизились до рівня здорових осіб контрольної групи і склали 3,29±0,3 (I тип) і 10,5±0,4 (II тип). На позитивний результат запропонованого лікування також вказувало достовірно (р<0,001) зниження середньостатистичних значень показника відсотка епітеліальних клітин 6-ї стадії диференціювання (з 80,8±0,42

лизи здійснювати контроль за динамікою їх стану в процесі комплексного лікування (таблиця 1 і 2).

редньостатистичних значень показника відсотка епітеліальних клітин 6-ї стадії диференціювання (з 80,8±0,42

до  $54,5 \pm 0,43\%$  у хворих з плоскою формою лейкоплакії і з  $91,6 \pm 1,07$  до  $54,3 \pm 1,07\%$  - із верукозною), і ідентичне зниження ІДК (з  $557 \pm 5,3$  до  $536,2 \pm 4,2$  ( $p < 0,01$ ) з плоскою формою, з  $586,6 \pm 6,5$  до  $541,3 \pm 4,96$  ( $p < 0,001$ ) - з верукозною).

Відсутність достовірної динаміки усіх показників клітинних елементів епітелію у порівнювальній групі обстежених з плоскою та верукозною формою лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота відносно початкових ( $p > 0,05$ ) свідчило про порушення процесів дозрівання та диференціювання і неефективність проведеного лікування.

Таким чином, позитивна динаміка показників цитологічного аналізу і нормалізація фізіологічного стану слизової оболонки порожнини рота після лікування хворих основної групи свідчать про високу ефективність розробленого методу лікування хронічних механічних пошкоджень у порівнянні з традиційним лікуванням.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При дії хронічного механічного пошкодження в слизовій оболонці порожнини рота розвивається лейкоплакія СОПР.

2. В цитограмах з ділянок ураження переважають зроговілі без'ядерні клітини 6 стадії диференціювання, що свідчить про порушення процесів дозрівання епі-

телію СОПР, та підтверджується результатами визначення індексу диференціювання клітин.

3. В процесі лікування в цитограмах основної групи хворих з кератозами в 2,6 і 4,6 рази (відповідно з плоскою і верукозною лейкоплакією) збільшилась кількість епітеліальних клітин 5 стадії зрілості відносно початкових значень ( $p < 0,001$ ) та кількість клітин проміжної трансформації наблизились до рівня здорових осіб контрольної групи. Це підтверджувало нормалізацію процесів зроговіння клітин епітелію СОПР.

4. Відсутність достовірної динаміки усіх показників клітинних елементів епітелію у порівнювальній групі обстежених з плоскою та верукозною формою лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота відносно початкових ( $p > 0,05$ ) свідчило про порушення процесів дозрівання та диференціювання і неефективність проведеного лікування.

5. Позитивна динаміка показників цитологічного аналізу і нормалізація фізіологічного стану слизової оболонки порожнини рота після лікування хворих основної групи свідчать про високу ефективність розробленого методу лікування хворих на лейкоплакію слизової оболонки порожнини рота порівняно з традиційним.

Перспективою подальшого дослідження є впровадження запропонованого методу лікування лейкоплакії травматичного походження в практичну діяльність лікаря стоматолога з подальшим визначенням його ефективності.

### Список літератури

- Бородай Н. В. Морфологичні особливості слизової оболонки порожнини рота та зміни в ній при різних патологічних процесах / Н. В. Бородай // Лабораторна діагностика. - 2001. - № 1. - С. 49-55.
- Власова Л. Ф. Цитологічний аналіз поверхневих шарів епітелію слизової оболонки порожнини рота / Л. Ф. Власова, Л. М. Непомнящих, Е. О. Резникова // Бюллетень експериментальної біології і медицини. - 2000. - Т. 129, № 1. - С. 113-116.
- Гемонов В. В. Захисні властивості поверхневих шарів епітелію слизової оболонки порожнини рота / В. В. Гемонов, М. А. Могильный // Стоматологія. - 1996. - Т. 25, № 3. - С. 4-6.
- Груздева А. А. Местное лечение лейкоплакии у рабочих железнодорожных производств / А. А. Груздева // Вісник стоматології. - 2001. - № 2. - С. 15-16.
- Заболевания слизистой оболочки полости рта / [Данилевский Н. Ф., Леонтьев В. К., Несин А. Ф., Рахний Ж. И.] - Киев. - 2001. - 271 с.
- Лейкоплакия и близкие к ней поражения слизистой оболочки полости рта / [Банченко Г. В., Молочков В. А., Кряжева С. С., Бальшун Д. Г.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2001. - № 5. - С. 4-8.
- Лукиных Л. М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л. М. Лукиных // Ниж-Н. : НГМА. - 2000. - 367 с.
- Нигматов Р. Н. Морфологическое изучение слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов / Р. Н. Нигматов, Н. В. Юлдашева // Вісник стоматології. - 2008. - № 1. - С. 35-36.
- Сивовол С. И. Предраковые заболевания: лейкоплакия / С. И. Сивовол, А. В. Саберов // Стоматолог инфо. - 2010. - № 2. - С. 20-21.

**Горай М.А.**

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ЗА ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Резюме.** Проведено цитологічне дослідження ефективності лікування плоскої і верукозної форм лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота травматичного походження. В процесі лікування в цитограмах основної групи хворих з кератозами в 2,6 і 4,6 раз (соответственно с плоской и верукозной лейкоплакией) увеличилось количество эпителиальных клеток 5 стадии зрелости соответственно начальных значений ( $p < 0,001$ ). Количество клеток промежуточной трансформации приблизилось к уровню здоровых особ контрольной группы и составило  $3,29 \pm 0,3$  (I тип) и  $10,5 \pm 0,4$  (II тип). Отсутствие достоверной динамики у всех показателей клеточных элементов эпителия в сравнительной группе обследованных с плоской и верукозной формой лейкоплакии слизистой оболочки полости рта относительно начальных ( $p > 0,05$ ), свидетельствовало о нарушении процессов созревания и дифференцирования и неэффективности проведенного лечения. Позитивная динамика показателей цитологического анализа и нормализации физиологического состояния слизистой оболочки полости рта после лечения больных основной группы свидетельствуют о высокой эффективности разработанного метода лечения больных с лейкоплакией слизистой оболочки полости рта сравнительно с традиционными.

**Ключевые слова:** цитологическое исследование, лейкоплакия, эпителий.

Goray M.A.

### EXPERIMENTAL JUSTIFICATION FOR TREATMENT OF A CHRONIC MECHANICAL INJURY OF THE ORAL MUCOSA

**Summary.** A cytological examination of the treatment efficacy of the flat and verrucous forms of the oral mucosa leukoplakia of traumatic nature was performed. During the treatment the number of the epithelial cells of the 5th maturity stage increased 2,6 and 4,6 times (with the flat and verrucous leukoplakia respectively) in the cytograms of the main group of patients with keratoses and the number of cells of the intermediate transformation approximated to the level of healthy persons of the control group. Absence of a significant dynamics of all the indices of the epithelium cell elements in the comparison group of the examined with the flat and verrucous oral mucosa leukoplakia as compared to the primary ones ( $p > 0,05$ ) testified to derangement of the maturity and differentiation processes as well as inefficiency of the performed treatment. A positive dynamics of the cytologic analysis indices and normalization of the physiological state of the oral mucosa after treatment of the patients from the main group testified to a high efficacy of the developed method for treatment of the patients with oral mucosa leukoplakia as compared to the traditional one.

**Key words:** cytological examination, leukoplakia, epithelium.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2013 р.

Горай Марина Антонівна - кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

---

© Превар А.П., Крижановська А.В., Дзісь Н.П.

УДК: 615.015.8:579.62:616-002.3

Превар А.П., Крижановська А.В., Дзісь Н.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

### АНАЛІЗ АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ З ОСЕРЕДКІВ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ М'ЯКИХ ТКАНИН

---

**Резюме.** В роботі проведено аналіз чутливості бактерій до антибіотиків. Результати отримані протягом чотирьох років досліджень матеріалу, виділеного із осередків гнійно-запальних процесів м'яких тканин. Встановлено, що найчастіше причиною гнійно-запальних процесів м'яких тканин були *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter freundii*, *Proteus vulgaris* та *Escherichia coli*. Клінічні штами мікроорганізмів проявляли високу чутливість до антибіотиків гентаміцину, ципрофлоксацину, офлоксацину, ванкомицину, лінкомицину, рифампіцину, що необхідно враховувати під час лікування пацієнтів із гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин.

**Ключові слова:** антибіотики, резистентність, гнійно-запальні процеси.

---

#### Вступ

Проблема лікуванні гнійно-запальних процесів м'яких тканин в хірургічній практиці залишається однією з найбільш актуальних. Це пояснюється зміною мікробного пейзажу, що залежить від несприятливих екологічних умов, зниженням рівня імунологічного захисту організму, нераціональним використанням антибіотиків. Особливого значення набувають умовно-патогенні мікроорганізми - збудники опортуністичних і внутрішньолікарняних інфекцій. За даними сучасних літературних джерел частка умовно-патогенних ентеробактерій - збудників госпітальних інфекцій досягає від 65 % до 85 %, а *Staphylococcus aureus* спричиняє післяопераційні ускладнення у 30 % випадків [Олійник, 2013].

Провідним фактором у лікуванні гнійно-запальних процесів є своєчасна оптимізація лікувальних заходів з урахуванням характеру мікрофлори та її чутливості до протимікробних препаратів. Однією з найголовніших причин безуспішного лікування гнійно-запальних процесів є формування резистентності мікроорганізмів та нераціональне використання антибіотиків [Roberts, Hartman, 2008]. Особливу проблему для клініцистів становить глобальне поширення поліантибіотикорезистентних штамів бактерій, а також циркуляція в лікувальних

закладах штамів стафілококів, резистентних до цефалоспоринов III-IV поколінь, карбапенемів, фторхінолонів, аміноглікозидів II-III поколінь [Кучма, 2012]. В дослідженнях Деркач і Коцар [2013] було встановлено значне поширення в хірургічних відділеннях метицилінрезистентних стафілококів як серед пацієнтів (81 % обстежених), так і серед медичного персоналу (32 % обстежених).

Швидкість, з якою формується і розповсюджується стійкість бактерій до антибіотиків, вражає. Згідно даних ВООЗ, швидке зростання стійкості мікроорганізмів до антибіотиків загрожує підірвати основи охорони здоров'я, створені медичною наукою протягом останніх років. Виходів із такої ситуації є два: більш інтенсивне розробка і впровадження нових антибактеріальних препаратів або пошук нових методів контролю за ростом резистентності мікроорганізмів до існуючих антибактеріальних препаратів [Фещенко, 2010]. Постійний моніторинг етіології гнійно-запальних процесів м'яких тканин спонукає клініцистів до корекції методів лікування та профілактики післяопераційних ускладнень.

Мета нашого дослідження - вивчення спектру мікроорганізмів - збудників гнійно-запальних процесів м'я-