

рих цієї категорії дозволить отримати більш повну уяву про покращення не тільки фізичного, але й психолог-

ічного статусу хворого в процесі стаціонарного лікування.

Список літератури

- Вознесенская Т.Г. Боли в спине: взгляд невролога / Т.Г. Вознесенская // Concilium medicum. - 2009. - № 2. - С. 75-79.
- Волчегорский И.А. Вклад невропатической боли в снижение качества жизни при поясничном остеохондрозе / И.А. Волчегорский, К.М. Местер // Журнал неврологии и психиатрии. - 2009. - № 6. - С. 69-71.
- Воробьева О. В. Роль депрессии в хронизации дорсалгий: подходы к терапевтической коррекции / О.В. Воробьева, Е.С. Акарачкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2010. - Т. 104, № 8. - С. 46-50.
- Григорьева В.Н. Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине / В.Н. Григорьева // Журнал неврологии и психиатрии. - 2010. - № 12. - С. 3-9.
- Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич [и др.] // Кардиология. - 2004. - № 1. - С. 48-54.
- Особенности ведения больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом пояснично-крестцовой локализации / А.В. Клименко, Ю.И. Головченко, Т.Н. Калишук-Слободин [и др.] // Здоров'я України. - 2010. - № 2 (159). - С. 38-39.
- Товажнянська О.Л. Психодіагностичні особливості депресивних розладів серед хворих працездатного віку із захворюваннями хребта / О.Л. Товажнянська, В.Б. Михайлов // Міжнародний медичний журнал. - 2010. - № 4. - С. 45-49.
- Bias P. Analgesic therapy in chronic low back pain: comparative study of lornoxicam versus placebo and naproxen / P. Bias, F.W. Kursten // Der Schmerz 8. - 2010. - Suppl. 1. - P. 70.
- Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study / J. Chenot, A. Becker, C. Leonhardt [et al.] // BMC Complementary Altern. Med. - 2009. - Vol. 7. - P. 42.

Московко С.П., Цибульская В.П., Костюченко А.В.

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ПОЯСНИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Резюме. В статье представлены результаты исследования, цель которого - оценка качества жизни, наличия и выраженности депрессивных расстройств у пациентов с обострением поясничного болевого синдрома, а также установление корреляционных взаимосвязей этих показателей с оценкой интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале оценки боли (ВАШ). Под наблюдением находились 230 пациентов. Качество жизни изучали с помощью опросников SF-36 и EQ-5D. Установлено, что качество жизни пациентов с обострением поясничного болевого синдрома достоверно ниже по сравнению с практически здоровыми лицами. С высокой частотой выявляется депрессия, что коррелирует с интенсивностью болевого синдрома. Наличие депрессии негативно отражалось на качестве жизни пациентов.

Ключевые слова: вертеброгенные болевые синдромы, депрессия, качество жизни.

Moskovko S.P., Tsybul'ska V.P., Kostyuchenko A.V.

EVALUATION DEPRESSIVE DISORDER AND QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH LUMBAR EXACERBATION OF PAIN SYNDROME DURING TREATMENT IN HOSPITAL

Summary. The aim of this study was to evaluate the quality of life, the presence and severity of depressive disorders in patients with exacerbations of low back pain. The aim of the study was to establish as of correlations with the intensity of pain by Visualanalog painscale (VAS). We observed 230 patients. Quality of life was studied using SF-36 and EQ - 5D. Quality of life in patients with exacerbations of low back pain was significantly lower compared to healthy individuals. The study revealed that depression with a high frequency is detected in patients with low back pain. It correlates with the intensity of pain. The presence of depression negatively affected the quality of life of patients.

Key words: vertebrogenic pain syndromes, depression, quality of life.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2014 р.

Цибульська Вікторія Павлівна - аспірант, асистент кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 803-25-54

Московко Сергій Петрович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

Костюченко Андрій Володимирович - к.мед.н., асистент Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

© Горай М.А.

УДК: 616.311-001

Горай М.А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Медведєва, 11, м. Вінниця, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Резюме. В статті наведені результати клінічного обстеження 110 хворих з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота. Встановлені особливості перебігу хронічних механічних травм в залежності від статі та гігієнічного

стану порожнини рота. У чоловіків хронічні механічні травми виникають істотно частіше, ніж у жінок. Недостатній рівень гігієни ротової порожнини у обстежених хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота, сприяє негативному впливу на перебіг запальних і деструктивних захворювань.

Ключові слова: хронічна механічна травма, слизова оболонка порожнини рота.

Вступ

Хронічна механічна травма - найбільш поширена причина пошкодження слизової оболонки порожнини рота. Клінічні прояви хронічних механічних пошкоджень залежать від локалізації пошкодження на слизовій оболонці рота, віку хворого, вторинного інфікування, сили подразника. Частіше, хронічні механічні травматичні ураження зустрічаються у людей похилого віку. На думку авторів [Гемонов, Могилюний, 1096] це пов'язано, з віковими змінами, що відбуваються в слизовій оболонці в похилому та старечому віці, а саме сповільнення процесів регенерації, що є причиною тривалого загоювання ушкодженої слизової оболонки [Панікаровський та ін., 1989]. За даними авторів [Цветкова, 2005; Cerero-Lapiedra et al., 2010] при хронічній механічній травмі спочатку виникає застійна гіперемія, набряк, на місці яких можуть утворюватись травматичні ерозії, а потім декубітальні виразки. Лейкоплакія травматичного ґенезу за дослідженнями [Банченко и др., 2001] зустрічається майже у 1,3% населення в віковій групі 50-70 років. На думку авторів [Данілевський та ін., 2001] чоловіки хворіють в 2 рази частіше жінок. Як правило захворювання розвивається на фоні хронічного пошкодження та хронічного запалення слизової оболонки під дією зовнішніх подразників [Бекметов, 1983]. В більшій мірі процеси зроговіння порушує мікротравма (шороховатість протеза, незначні зміни прикусу), що сприяє розвитку в місцях травмування кератозу і гіперкератозу. Надмірне ороговіння свідчить про порушення процесів диференціювання епітелію і може мати діагностичне значення [Власова и др., 2000]. Ряд авторів [Гемонов, Роціна, 1976] проводили вивчення активності ферментних систем в епітелії порожнини рота при гіперкератозах. В теперішній час ні у кого не викликає сумнівів зв'язок між змінами в слизовій оболонці порожнини рота з захворюваннями різних органів та порушенням обмінних процесів, в тому числі гормональним обміном [Басалик и др., 1987; Нигматов, Юлдашева, 2008]. На думку авторів [Кушлинський и др., 1993] на фоні дисфункціональних змін в період менопаузи у жінок виникають ділянки лейкоплакії на слизовій оболонці зовнішніх статевих органів та порожнини рота.

Однак в літературі відсутні данні щодо визначення структури хронічних механічних травм, особливостей їх перебігу в залежності від стану гігієни порожнини рота, та потребує уточнення розподіл травматичних уражень в залежності від статевої приналежності хворих.

Мета дослідження - оцінити клінічний перебіг хронічних механічних травм СОПР в залежності від статі та стану гігієни порожнини рота.

Матеріали та методи

Для визначення структури хронічних механічних травм слизової оболонки порожнини рота проведено обстеження 112 хворих, що звернулись за допомогою в міській клінічній стоматологічній центр "ВМКСЦ стоматологічна поліклініка" і на кафедрі терапевтичної стоматології ВНМУ імені М. І. Пирогова.

Розподіл хворих з хронічними травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота приведено на рисунку 1.

Враховуючи виражені зміни клінічної симптоматики, тривалість захворювання (1-1,5 роки), позитивна проба з перекисом водню і, у зв'язку з цим, підозра на злоякісність, 2 хворих на гіперплазію протезного ложа були направлені для обстеження і лікування у онкологічне хірургічне відділення.

Проведено обстеження 110 хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота (чоловіків - 104, жінок - 6) віком від 55 до 78 років. Групу контролю склали 30 практично здорових осіб (25 чоловіків і 5 жінок) тієї ж вікової категорії зі здоровою слизовою оболонкою.

Клінічне обстеження включало опитування і вивчення анамнезу захворювання і життя хворого та проведення основних методів дослідження: пальпацію, перкусію і зондування.

При обстеженні хворих виявляли скарги на неприємні відчуття, печіння, відчуття стягнутості і сухості слизової оболонки порожнини рота. Відмічали болісність при прийомі їжі, розмові в ділянці ураженої слизової оболонки порожнини рота, ерозії, наявність різко болючої виразки в місці контакту з травмуючим агентом.

При зборі анамнезу враховували тривалість захво-



Рис. 1. Розподіл хворих з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота.

рювання, його динаміку, наявність рецидивів і терміни ремісії. Уточнювали характер проведеного раніше лікування і його ефективність. Враховували навички гігієнічного догляду за порожниною рота, використання нестандартних засобів для індивідуальної гігієни.

Виявляли перенесені та супутні стоматологічні і загально соматичні захворювання, наявність шкідливих звичок: паління, звичного прикушування слизової оболонки губ, щік.

При огляді визначали наявність патологічних змін слизової оболонки порожнини рота, язика, губ, піднебіння. Проводили визначення стану зубів, зубних рядів і прикусу. Звертали увагу на наявність у порожнині рота ортопедичних конструкцій, особливо часткових або повних знімних протезів, зруйнованих коронок зубів, порушення прикусу. Виявляли наявність постійних подразників слизової оболонки: гострі кути зубів, пломб, протезів, зубних відкладень, зубів розміщених поза дугою.

У всіх обстежених проводили візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота: оцінювали колір, вологість, тургор тканин, визначали рівень гігієни порожнини рота за спрощеним індексом Гріна-Вермільона (ОHI - S) [Данілевський та ін., 2000]. При обстеженні слизової оболонки визначали наявність хронічної травматичної еритеми в ділянці тривалого подразнення, гіперплазії, деструкційних змін, зон кератозу та гіперкератозу. Відмічали локалізацію елементів ураження, а при наявності виразки - стан її країв, дна, тканин навколо неї, можливості вторинного інфікування, завдяки конкретним місцевим умовам. Проводили пальпацію регіональних лімфатичних вузлів і визначали їх стан, болючість. Діагностику захворювання проводили відповідно до класифікації захворювань слизової оболонки порожнини рота [Данілевський та ін., 2000].

Результати. Обговорення

При обстеженні хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота встановлені різні клінічні прояви та перебіг захворювання. При цьому виключали наявність злоякісного ураження. На рисунку 2. приведено розподіл обстежених хворих з різними проявами хронічної механічної травми слизової оболонки порожнини рота за статтю.

З наведених даних видно, що в структурі хронічної механічної травми слизової оболонки порожнини рота переважають кератотичні прояви; які виявлені тільки у чоловіків: 37(33%) хворих мали плоску форму лейкоплакії і 6 (5,3%) - верукозну. При обстеженні встановлено майже аналогічну кількість хворих на хронічну травматичну еритему (35 пацієнтів), серед яких 82,8% (29 осіб) склали чоловіки, 17,2% (6 осіб) - жінки. Хронічне запалення слизової оболонки порожнини рота з порушенням її цілісності (ерозії, виразки) виявлені відповідно у 19(17%) і 13(11,6%) пацієнтів чоловічої статі.

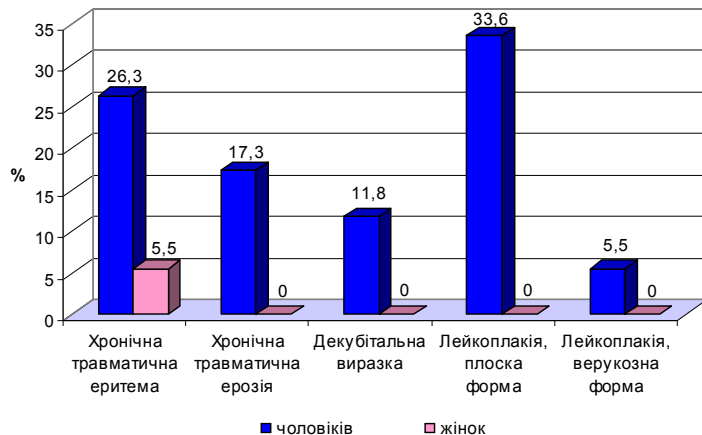


Рис. 2. Розподіл хворих з хронічними травмами слизової оболонки порожнини рота.

Отже, хронічні механічні травми слизової оболонки порожнини рота у чоловіків зустрічаються у 17 разів частіше, ніж у жінок. Встановлена залежність хронічних механічних пошкоджень слизової оболонки порожнини рота від віку хворих (55-78 років), очевидно пов'язана з віковими змінами: підвищенням процесів зроговіння епітелію, зниженням тургору, еластичності і реактивності слизової оболонки.

При опитуванні 24 (68,5%) хворих з 35 на хронічну травматичну еритему пред'являли скарги на біль при вживанні їжі та розмові. У 11 (31,4%) хворих скарги на біль були відсутні, а хронічна травматична еритема виявлялась після зняття протезу.

Аналіз анамнестичних даних встановив, що у 9 (25,7%) хворих з даною патологією тривалість захворювання становила 2 роки, у 13 (37,1%) - біля 1 року, у 13(37,2%) - 4-6 місяців. Наявність рецидивів відмічали 8(24%) обстежених пацієнтів з терміном ремісії 6-7 місяців. Лікування за призначенням лікаря стоматолога проводили 29(82,8%) хворих, самостійне - 6(17,2%). Лікування усіх 35 пацієнтів з хронічною травматичною еритемою складалося з усунення пошкоджуючих факторів і місцевого впливу на прояви захворювання. Термін лікування залежав від віку хворих: з 55 по 60 років склав 3-4 дні; з 60 по 70 років - 4-5 днів; з 70 по 78 років - 6-7 днів.

Супутні захворювання виявлені у 30(85,7%) хворих на хронічну травматичну еритему. Звертає на себе увагу те, що лише у 5(14,2%) хворих не виявлені загально соматичні захворювання. Розподіл супутніх соматичних захворювань наступний: 12 хворих (40%) страждали на серцево-судинну патологію, 8 (26,6%) - патологію шлунково-кишкового тракту, 5 (16,7%) - захворювання опорно-рухового апарату, 3 (10%) - захворювання нервової системи, 2 (6,7%) - на ендокринну патологію.

З шкідливих звичок переважало паління. 24 хворих, що склало 68,5% від загальної кількості з даною патологією, були затятими курцями, 9(25,7%) - постійно

вживали алкоголь.

При об'єктивному обстеженні причиною виникнення травматичної еритеми були: неправильно виготовлені мостоподібні та знімні пластинчасті протези - відповідно в 21(60%) і 11(31,4%) випадків, неякісне відновлення анатомічної форми зуба за допомогою пломбувальних матеріалів - в 2(5,7%), гострі краї зубів - в 1(2,8%). Крім того, у 12(34,2%) хворих виявлена неліквована одонтопатологія (карієс та його ускладнення), у 9(25,7%) - генералізований пародонтит.

Спостерігали набряк, гіперемію слизової оболонки, локалізація яких відповідала дії подразнюючого фактора. Регіональні лімфовузли в 6(17,1%) випадків були збільшені, рухомі, не спаяні з підлеглими тканинами і болячі при пальпації.

При деструктивних ураженнях слизової оболонки порожнини рота перебіг захворювань відрізнявся більш вираженою систематикою. Встановлено, що 15(78,9%) хворих з хронічною травматичною ерозією і 11(84,6%) з декубітальною виразкою скаржились на виражену біль в ділянці травматичного ураження слизової оболонки, неможливість прийому їжі та утруднення при розмові. При аналізі тривалості захворювання ми керувались даними анамнезу, якщо хворий перебував на диспансерному обліку, враховували дані його амбулаторної карти. При цьому 10(52,6%) пацієнтів з травматичною ерозією і 4(30,7%) з декубітальною виразкою вважали себе хворими протягом 2 тижнів; 5(26,3%) і 3(23%) - 6-7 днів; 4(21%) і 6(46,1%) - 3-4 дні. Рецидиви захворювань частіше визначали у пацієнтів з декубітальною виразкою, ніж з травматичною ерозією: відповідно в 3(15,7%) і 2(15,3%) випадків. Ефективність лікувальних заходів були не тривалими: в 4(21 %) і 3 (23%) випадків загоєння ерозій і виразок відбувалось протягом 3 днів, в 6(31,6%) і 4(30,8%) - протягом 5 днів, 9(47,4%), 6(46,2%) - протягом 7 - 12 днів.

В усіх 32 обстежених хворих з деструктивними ураженнями слизової оболонки порожнини рота місцевого походження виявлені супутні загально соматичні захворювання: 12 (37,5%) хворих страждали на серцево-судинну патологію, 6 (18,7%) - патологію шлунково-кишкового тракту, 8 (25%) - захворювання опорно-рухового апарату, 3 (9,4%) - захворювання нервової системи, 3 (9,4%) - ендокринну патологію.

З анамнезу встановлено шкідливі звички: у 75% випадків - паління, у 6,2% - прикушування щоки, у 37,5% - постійне вживання алкоголю.

Більше половини хворих на декубітальну виразку (11 з 13, що склало 84,6%) користувались частковими або повними знімними протезами. У хворих на хронічну травматичну ерозію цей показник був істотно нижчим: 9(47,3%). У 1(7,6%) хворого на декубітальну виразку і у 4(21 %) - на травматичну ерозію етіологічними факторами були неякісно виготовлені мостоподібні протези, у 1(7,6%) і 6(31,5%) - гострі краї пломб.

При аналізі стоматологічного статусу виявлено, що

3(23%) хворих на декубітальну виразку і 5(26,3%) хворих на травматичну ерозію страждали генералізованим пародонтитом I - II ступеня важкості із значною кількістю над та під ясеневих відкладень. У 5(38,4%) пацієнтів з декубітальною виразкою і 8(42,1%) з травматичною ерозією встановлені карієс та його ускладнення. Поєднання місцевих деструктивних уражень слизової оболонки порожнини рота з іншими захворюваннями слизової оболонки не виявлено.

Клініка хронічної травматичної ерозії, яка діагностовано у 19 хворих, характеризувалась набряком та гіперемією слизової оболонки, в межах яких знаходились одиночні ерозії овальної форми, вкриті фібринозним нальотом, різко болючі при пальпації. У 8 (42,1%) пацієнтів ерозії локалізувались на слизовій альвеолярного гребня в межах протезного поля. Ці пацієнти відмічали біль, що посилювався при користуванні протезами та вживанні їжі, інколи з'являлась кровоточивість. У 6 (31,5%) пацієнтів ерозії локалізувались по лінії змикання зубів на слизовій щіці і були викликані прикушуванням щоки, у 5 (26,3%) пацієнтів - на червоній каймі губ та в кутах рота. Ці пацієнти скаржились на біль при прийомі їжі та кровоточивість. Лімфатичні вузли у 68,4% хворих збільшені та болісні при пальпації.

При об'єктивному обстеженні 13 хворим встановлено діагноз декубітальна виразка. З них у 3 (23%) хворих декубітальна виразка локалізувалась на слизовій щіці по лінії змикання зубів, у 2 (15,3%) - на боковій верхній язику, у 8 (61,5%) хворих - на слизовій оболонці порожнини рота, що відповідала межах протезного поля знімних протезів. У всіх 13 пацієнтів спостерігали одиночну, оточену запальним інфільтратом виразку, краї якої були гіперемовані, підвищені над поверхнею слизової, дно вкрите нальотом. У 2 (15,3%) пацієнтів декубітальні виразки були розташовані по перехідній складці, та мали форму щілини, у 11 (84,6%) пацієнтів - овальної форми. Всі пацієнти скаржились на болючість, що посилювалась при прийомі їжі та користуванні знімними протезами. Відмічалась різка болючість при пальпації країв виразки. У всіх пацієнтів спостерігали збільшення піднижньощелепних лімфатичних вузлів, та їх болючість.

Плоска форма лейкоплакії встановлена у 37 хворих, верукозна - у 6, що склало 33,6% і 5,4% від усіх пацієнтів з хронічною механічною травмою слизової оболонки порожнини рота. При цьому 18(48,6%) хворих з плоскою і 2(33,3%) - з верукозною лейкоплакією вважали себе хворими протягом 4 місяців; 12(32,4%) і 1(16,7%) - 1-1,5 роки, 7(18,9%) і 3(50%) хворих страждали даною патологією більше 2 років. В 29(78,3%) випадків лейкоплакія мала безсимптомний перебіг, виявлена вперше при огляді лікаря - стоматолога, в інших 8(21,6%) випадках - при зверненні до лікаря з приводу неприємних відчуттів, сухості в роті, відчутті стягнутості, печіння слизової оболонки, пекучості при вживанні гострої їжі, дискомфорту при прийомі їжі та користуванні знімни-

Таблиця 1. Результати дослідження гігієнічного стану ротової порожнини у хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота.

Хронічні травматичні захворювання СОПР	Показник індексу Гріна-Вермільона		
	Основна група	Контрольна група	p
Хронічна травматична еритема, n=35	1,89±0,04	0,44±0,03	<0,001
Хронічна травматична ерозія, n=19	2,3±0,08	0,44±0,03	<0,001
Декубітальна виразка, n=13	3,2±0,1	0,44±0,03	<0,001
Лейкоплакія, плоска форма, n=37	0,58±0,04	0,44±0,03	>0,05
Лейкоплакія, верукозна форма, n=6	0,6±0,08	0,44±0,03	>0,05

Примітка. p - достовірність різниці показників між основною та контрольною групами.

ми протезами. Усі хворі на верукозну форму лейкоплакії скаржились на відчуття шорсткості слизової оболонки порожнини рота в ділянці вогнища ураження. Лише 9(24,3%) хворих на плоску форму лейкоплакії проводили лікування захворювання за допомогою аплікацій масляного розчину вітаміну А. Хворим з верукозною формою лейкоплакії рекомендували хірургічний метод лікування, який за різними обставинами не був виконаний.

Супутню загально соматичну патологію мали 35(94,5%) хворих на плоску і 100(%) хворих на верукозну лейкоплакію. Серед захворювань внутрішніх органів і систем частіше зустрічали серцево-судинну патологію (35,7%), захворювання шлунково-кишкового тракту (42,8%), захворювання нервової системи (7,1%), опорно-рухового апарату (4,7%), ендокринну патологію (4,7%). Шкідливі звички виявлені у 100% хворих з кератозами: зловживання алкоголю - в 9(21,4%) випадків, паління - 28(66,6%), прикушування слизової оболонки - 3(7,1%).

Ретельний огляд слизової оболонки порожнини рота виявив різну локалізацію вогнищ плоскої форми лейкоплакії, в залежності від місцевого травмуючого агента. З них у 3 (8,1%) пацієнтів зона пошкодження локалізувалась на нижній поверхні язика, у 12 (32,4%) визначена лейкоплакія дна порожнини рота, у 8 (21,6%) - на слизовій альвеолярного відростку, що відповідала межах протезного поля знімних протезів (вони мали чіткі краї що підвищувались над слизовою оболонкою порожнини рота та шорстку поверхню). У 9(24,3%) хворих вогнище лейкоплакії локалізувалось в ретромолярній ділянці, у 4 (10,8%) - на червоній каймі губ та в ділянці кута рота у вигляді симетрично розташованих двох трикутників з основою в ділянці кута рота, що не підвищувались над рівнем слизової та були безболісні. У 1 (2,7%) хворого зона пошкодження локалізувалась на слизовій щоки по лінії змикання зубів. У 26 (70,2%) пацієнтів діагноз лейкоплакія плоска форма було встановлено вперше. У всіх пацієнтів з плоскою формою лейкоплакії спостерігали на фоні незміненої слизової

оболонки безболісні плями молочно-білого, білого та сіро-білого кольору з чіткими контурами. У 3 (8,1%) хворих мали зірчасту форму. У 14 (37,8%) пацієнтів на слизовій оболонці спостерігали зони помутніння епітелію сірого кольору з гладкою тонкою поверхнею. При зішкрібанні шпателем поверхня епітелію не знімалась. Вогнище ураження береться в складку. Лімфатичні вузли у всіх оглянутих цієї групи були не збільшені і безболісні при пальпації.

При верукозній лейкоплакії на фоні незміненої блідо-рожевої слизової оболонки у 4 (66,6%) пацієнтів візуально спостерігали гіперкератотичну бляшку, що значно підвищувалась над рівнем слизової оболонки, з чіткими межами, неправильної форми, молочно-білого кольору. Поверхня бляшки була шорстка на дотик, безболісна при пальпації, не знімалась при зішкрібанні шпателем. На фоні бляшки у 2 (33,3%) хворих спостерігали щільні, сірувато-білі бугристі утворення, що нагадували бородавки і мали широку основу, були не спаяні з підлеглими шарами, мали горбисту поверхню, чітко обмежені та безболісні при пальпації. У 3 (50%) пацієнтів бляшки локалізувались в ретромолярній ділянці, у 1 (16,6%) - на боковій поверхні язика, у 2 (33,3%) - на дні порожнини рота. Всі хворі скаржились на наявність патологічного утворення та шорсткуватість, дискомфорт при прийомі їжі. Лімфатичні вузли не збільшені, безболісні при пальпації.

Враховуючи значення гігієни порожнини рота у розвитку та посиленні патологічного процесу в слизовій оболонці порожнини рота [Алимова, 2004], проведено вивчення стану її гігієни у хворих на хронічну механічну травму, за індексом Гріна-Вермільона. Результати дослідження гігієнічного стану ротової порожнини у обстежених хворих наведені в таблиці 1.

З наведених даних видно, що показник індексу Гріна-Вермільону у хворих з запальними та деструктивними змінами в слизовій оболонці порожнини рота був істотно вище, ніж в групі осіб контрольної групи, а з кератотичними ураженнями слизової оболонки - достовірно не відрізняється від групи контролю. Так, середньостатистичні значення гігієнічного індексу в основній групі при хронічній травматичній еритемі склали 1,89±0,04, при хронічній травматичній ерозії - 2,34±0,08, при декубітальній виразці - 3,2±0,1, в контрольній відповідно - 0,44±0,03 (p<0,001). На відміну від них, у хворих на плоску форму лейкоплакії показник ОНІ- S склав 0,57±0,17, у хворих на верукозну лейкоплакію - 0,6±0,08 (проти 0,44±0,03 в групі контролю, при p>0,05 в обох групах).

Отже аналіз результатів індексу Гріна-Вермільона показав добрий рівень гігієни ротової порожнини у хворих на лейкоплакію слизової оболонки порожнини рота, незадовільний - у хворих на хронічну травматичну еритему, дуже поганий - у хворих на хронічну травматичну ерозію та декубітальну виразку. Таким чином отримані дані свідчать про недостатній рівень гігієни ро-

тової порожнини у обстежених хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота, що може сприяти створенню несприятливої ситуації в цьому біологічному середовищі і негативно впливати на перебіг запальних і деструктивних захворювань слизової оболонки порожнини рота травматичного походження. Це вказує на необхідність його урахування і корекції в комплексному лікуванні.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. У структурі хронічних механічних травм слизової оболонки порожнини рота частіше трапляються запально-деструктивні захворювання та кератози: хронічна травматична еритема (31,3%), хронічна травматична ерозія (17%), декубітальна виразка (11,6%), плоска форма лейкоплакії (33%), верукозна форма лейкоплакії (5,3%), гіперплазія слизової оболонки протезного ложа (1,8%).

2. У чоловіків хронічні механічні травми виникають

істотно частіше, ніж у жінок ($p < 0,001$).

3. Встановлена залежність хронічних механічних пошкоджень слизової оболонки порожнини рота від віку хворих (55-78 років), що пов'язана з віковими змінами, які відбуваються у слизовій оболонці.

4. Недостатній рівень гігієни ротової порожнини у обстежених хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота, сприяє негативному впливу на перебіг запальних і деструктивних захворювань слизової оболонки порожнини рота травматичного походження.

Перспективою подальших досліджень. Для більш об'єктивного судження про механізми розвитку хронічної механічної травми слизової оболонки порожнини рота, на наш погляд, необхідно провести вивчення компонентів імунологічного та ендокринного стану організму, які можуть сприяти розвитку патологічних змін у слизовій оболонці під дією місцевих пошкоджуючих факторів.

Список літератури

- Алимова Р.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъемных сложных ортодонтических конструкций / Р.Г. Алимова // Стоматология. - 2004. - № 6. - С. 63-64.
- Бассалик Л. С. Цитоплазматические рецепторы половых стероидных гормонов в злокачественных опухолях и предопухолевых процессах слизистой оболочки полости рта человека / Л. С. Бассалик, Г. В. Фалилев, Н. Е. Кушлинский // Вопросы онкологии. - 1987. - № 1. - С. 28-30.
- Бекметов М. В. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта у рабочих химических предприятий / М. В. Бекметов // Стоматология. - 1983. - № 5. - С. 35-37.
- Власова Л. Ф. Цитологический анализ поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта / Л. Ф. Власова, Л. М. Непомнящих, Е. О. Резникова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2000. - Т. 129, № 1. - С. 113-116.
- Возрастные морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта / [Панікаровський В. В., Григорьян А. С., Качуровська Л. Н., Антипова З.П.] // Стоматология. - 1989. - № 1. - С. 6-11.
- Гемонов В. В. Защитные свойства поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта / В. В. Гемонов, М. А. Могильный // Стоматология. - 1996. - Т. 25, № 3. - С. 4-6.
- Гемонов В. В. Активность некоторых ферментных систем в эпителии полости рта человека при гиперкератозах / В. В. Гемонов, П. И. Рощина // Стоматология. - 1976. - № 2. - С. 22-25.
- Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н. Ф. Данилевський, В. К. Леонтьев, А. Ф. Несін, Ж. И. Рахній. - Киев. - 2001. - 271 с.
- Кушлинский Н. Е. Рецепторы половых стероидных гормонов в цитозольной фракции рака и лейкоплакии слизистой оболочки полости рта / Н. Е. Кушлинский, А. А. Нагибин, П. И. Лаптев // Стоматология. - 1993. - № 4. - С. 18-22.
- 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.
- Нігматов Р. Н. Морфологическое изучение слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов / Р. Н. Нігматов, Н. В. Юлдашева // Вісник стоматології. - 2008. - № 1. - С. 35-36.
- Цветкова Л. А. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова. - Москва : "МЕДпресс-информ", 2005. - 208 с.
- Cerero-Lapiedro R. Proliferative verrucous leukoplakia: a proposal for diagnostic criteria / R. Cerero-Lapiedro, D. Balade-Martinez, L. A. Moreno-Lopez // Medical Oral, Patologia Oral, Cirugia Bucal. - 2010. - № 21. - P. 123-128.

Горай М.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Резюме. В статье приведены результаты клинического обследования 110 больных с хроническими механическими травмами слизистой оболочки полости рта. Установлены особенности течения хронических механических травм в зависимости от пола и гигиенического состояния полости рта. У мужчин хронические механические травмы встречаются достоверно чаще, чем у женщин. Недостаточный уровень гигиены ротовой полости у обследованных больных с хронической механической травмой слизистой оболочки полости рта, способствует и негативно влияет на течение воспалительных и деструктивных заболеваний.

Ключевые слова: хроническая механическая травма, слизистая оболочка, полость рта.

Goray M.A.

CLINICAL FEATURES OF THE CHRONIC MECHANICAL INJURY OF THE ORAL MUCOSA

Summary. This article presents the clinical examination results of 110 patients with chronic mechanical injuries of the oral mucosa. The clinical features of chronic mechanical injuries depending on the sex and state of the oral cavity hygiene have been established.

Chronic mechanical injuries can be more often observed in men than in women. The insufficient oral hygiene level in the patients with a chronic mechanical injury of the oral mucosa contributes to and negatively influences the clinical course of the oral mucosa inflammatory and destructive diseases of traumatic nature.

Key words: *chronic mechanical trauma, oral mucosa.*

Стаття надійшла до редакції 12.05.2014 р.

Горай Марина Антонівна - к. мед. н., асистент кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 063 390-53-30

© Кулигіна В.М., Стремчук М.В.

УДК: 616. 317-002-08-053.3:616-084

Кулигіна В.М.¹, Стремчук М. В.

¹Кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018); дитячий лікар-стоматолог Хмельницької міської об'єднаної стоматологічної поліклініки (вул. Прибузька, 18, м. Хмельницький, 29001, Україна)

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НИЖНЬОЇ ГУБИ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ТА ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ

Резюме. Проведено дослідження функціональної активності малих слинних залоз у 65 здорових дітей та 61 хворого на atopічний хейліт у різні вікові періоди: раннє дитинство (1-3 роки), перше та друге дитинство (відповідно 4-7 і 8-12 років) і підлітковий вік (13-16 років). У дітей з atopічним хейлітом встановлено зменшення кількості малих слинних залоз у всіх вікових категоріях порівняно з відповідними групами здорових дітей. У 85,2% дітей з atopічним хейлітом виявили різке зниження, а у 14,8% - посилення секреторної активності малих слинних залоз. Посилення секреторної активності малих слинних залоз у дітей з важким перебігом atopічного хейліту є підтвердженням взаємозв'язку між функціональним станом малих слинних залоз нижньої губи та ступенем залучення червоної кайми губ у патологічний процес.

Ключові слова: atopічний хейліт, малі слинні залози, функціональна активність, діти у різні вікові періоди.

Вступ

Малі слинні залози є специфічними "бар'єрними" структурами порожнини рота, оскільки відіграють важливу роль у формуванні місцевого гуморального імунітету [Горбатова, 1997]. Однією з функцій малих слинних залоз є здатність продукувати антигени для клітинних структур, залучених в імунну відповідь [Горбатова, 2006]. Доведено, що 70,3% секреторного IgA припадає на долю малих слинних залоз. Локалізуючись майже на всьому протязі слизової оболонки порожнини рота, малі слинні залози не можуть залишатися не залученими у патологічні процеси даної ділянки. Їм належить суттєва роль в ініціації запальних процесів на слизовій оболонці [Гаубеншток, 1992]. Малі слинні залози у поєднанні з лімфоїдними утвореннями є важливою ланкою компенсаторно-захисної функції слизової оболонки порожнини рота у підтриманні її гомеостазу [Горбатова, 1997; Тимофеев и др., 2011]. Тому можна припустити, що зміна секреторної активності малих слинних залоз значною мірою впливатиме на характер та особливості перебігу atopічного хейліту, розвиток якого пов'язаний з імунологічними механізмами.

Метою дослідження є визначення функціональної активності малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи у здорових дітей та хворих на atopічний хейліт у різні вікові періоди.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети проведено обсте-

ження 61 дитини з atopічним хейлітом у різні вікові періоди (9 дітей - групи раннього дитинства - 1-3 років, 17 дітей - групи першого дитинства - 4-7 років, 17 дітей - другого дитинства - 8-12 років, 18 дітей - підліткового віку - 13-16 років). 65 здорових дітей аналогічного вікового періоду склали групу контролю (відповідно 8, 19, 21 і 17 осіб).

Функціональну активність малих слинних залоз досліджували за методикою Яковлевої В.І. (1980) [Яковлева, 1985], яка передбачає зважування фільтрувального паперу певної маси до і після дослідження. В процесі виконання дослідження використовували фільтрувальний папір спеціального призначення марки "MN 224" ("Macherey-Nagel", Німеччина) та лабораторні ваги "RADWAG AS 60/220/C" (Польща). У зв'язку з меншими розмірами присінка порожнини рота та слизової оболонки нижньої губи у дітей порівняно з дорослими середню кількість функціонуючих малих слинних залоз визначали на ділянці слизової оболонки нижньої губи площею 1 см² (за методикою автора - 4 см²). Для цього на слизовій оболонці нижньої губи, пофарбованої 1% водним розчином метиленового синього, в межах рамки 1x1 см шляхом візуального підрахунку визначали кількість функціонуючих малих слинних залоз (рис. 1).

Секреторну функцію малої слинної залози оцінювали за наступною методикою: попередньо зважений фільтрувальний папірець розміром 1x1 см укладали на слизову оболонку нижньої губи на одну хвилину з