

10. Emsley H.C.A. A randomised phase II study of interleukin-1 receptor antagonist in acute stroke patients / H.C.A. Emsley, C.J. Smith, R.F. Georgiou // *J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 2005. – № 76. – P. 1366-1372.
11. Reduced IL-2 but elevated IL-4, IL-6, and IgE serum levels in patients with cerebral infarction during the acute stage / H.M. Kim, H.Y. Shin, H.J. Jeong [et al.] // *J. Mol. Neurosci.* – 2000. – Vol. 14 (3). – P. 191-196.
12. Calcified carotid atherosclerotic plaque is associated less with ischemic symptoms than is noncalcified plaque on MDCT / K.R. Nandalur, E. Bascurt, K.D. Hagspiel [et al.] // *Am. J. Roentgenol.* – 2005. – № 1. – P. 295-298.

МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗНЫХ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Н.Р. Сохор, С.І. Шкробот, О.Р. Ясний

Резюме. Исследовано содержание провоспалительных цитокинов у 134 больных с разными подтипами ишемического инсульта (ИИ). Установлено, что в наибольшей степени уровень интерлейкинов возрастает при атеротромботическом ишемическом инсульте (АИИ), а в наименьшей – при гемодинамическом ИИ. Уровень IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8 у больных с АИИ был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем при всех других подтипах ИИ. Отмечено достоверно отличительные значения СРП при разных подтипах ИИ. Наиболее низкое содержание СРП выявлено у больных с лакунарным ИИ. Уровень ФНП- α достоверно не отличался при разных ИИ.

Ключевые слова: подтипы ишемического инсульта, цитокины, С-реактивный протеин.

INFLAMMATORY MEDIATORS DURING THE ACUTE PERIOD OF DIFFERENT SUBTYPES OF ISCHEMIC STROKE

N.R. Sokhor, S.I. Shkrobot, O.R. Yasnii

Abstract. The content of inflammatory cytokines in 134 patients with different subtypes of ischemic stroke (IS) has been investigated. It has been found that the highest level of inflammatory interleukins increased in atherotrombotic ischemic stroke (AIS), and the lowest – in hemodynamic IS. The level of IL-1 β , IL-2, IL-6 and IL-8 in patients with AIS was significantly ($p < 0.05$) higher than with all other subtypes of IS. Significantly different values of C-reactive protein (CRP) with different subtypes of IS have been marked. The lowest content of CRP was found in the patients with lacunar IS. The level of TNF- α was not significantly different in patients with all subtypes of IS.

Key words: subtypes of ischemic stroke, cytokines, C-reactive protein.

State Medical University Named after I.Ya. Horbachevskiy (Ternopil)

Рецензент – проф. В.М. Пашковський

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 126-129

Надійшла до редакції 24.01.2013 року

© Н.Р. Сохор, С.І. Шкробот, О.Р. Ясний, 2013

УДК 616.314-001.4 -084-08

І.М. Ткаченко

ВИКОРИСТАННЯ ЗНІМНОЇ ШИНИ-КАПИ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІДВИЩЕНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНОЇ ЯВИЩАМИ БРУКСИЗМУ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. У роботі представлені результати вивчення оклюзійних контактів при підвищеній стертості твердих тканин зубів. Описана нова методика визначення суперконтактів при підвищеній стертості зубів з явищами бруксизму. Вивчення точок підвищеного контакту дасть, у подальшому, можливість проводити лікувальні та профілактичні заходи з метою нормалізації оклюзій-

них відносин при лікуванні та профілактиці підвищеної стертості.

Ключові слова: підвищене стирання зубів, методика визначення суперконтактів при підвищеній стертості, моноблок для лікування і профілактики підвищеної стертості.

Вступ. При лікуванні пацієнтів з будь-якою патологією ми намагаємося відтворити так звану

фізіологічну норму, яка існувала в органах чи системах до початку захворювання.

© І.М. Ткаченко, 2013

Підвищене стирання твердих тканин зубів зустрічається приблизно у 8-14 % пацієнтів, які звертаються за допомогою до лікаря-стоматолога. Кількість їх може варіювати залежно від умов проживання, віку, наявності супутньої патології, спадкової схильності до захворювання [3, 8]. Динаміка розвитку патологічного процесу є зовнішнім вираженням внутрішніх змін морфологічних структур. Підвищена стертість зубів, яка носить прогресуючий характер, з часом, буде впливати на функцію всіх компонентів зубо-щелепної системи, а зміна компенсовано розвинутого зусилля буде збільшувати навантаження на всю систему, при погіршенні ситуації, порушення динамічної рівноваги, підсилюючи знос компонентів.

Таким чином, виникнення торсійного навантаження на нижній щелепі буде викликати переваження суглобових елементів та, одночасно, аномальну стимуляцію пародонтальних рецепторів, які адаптуються до більш високого порогу та не реагують на адекватні імпульси, сприяючи підтримці аномального навантаження.

Такі функціональні зміни, що зберігаються тривалий час, будуть викликати органічні (суглобовий хрускіт, пародонтальні болі, підвищена стертість, міофасціїти та ін.)

Оклюдійний контакт, що переважає в антеролатеральних відділах (на першому і другому премолярах), визначає передній центр ваги оклюзії та пов'язаний із переважанням м'язової активності жувальних м'язів [4, 8].

Тому, нормалізація оклюдійних співвідношень щелеп є головним завданням в ортопедичній практиці. Незважаючи на кількість розробок, актуальність цього питання загострюється внаслідок підвищення вимог до рівня функціональності протезів та реставрацій, особливо за наявності підвищеної стертості.

Сучасна оклюдійна реабілітація пацієнта вимагає вивчення та використання значної кількості оклюдійних детермінант. Найбільш важливими серед них є положення змикання щелеп, яке повною мірою залежить від жувальних м'язів. Підтримання щелепно-лицевої системи в умовах гармонії можливе за умов відповідності суглобових характеристик оклюдійним. Стартовим пунктом для аналізу рухів у скронево-нижньощелепних суглобах є положення центрального співвідношення щелеп. Визначення такого центру та точне перенесення цього положення в артикулятор важливе для правильної діагностики, а особливо правильної розробки ортопедичної конструкції.

Мета дослідження. Розробити та апробувати в клініці новий спосіб виготовлення капи для лікування та профілактики патологічної стертості зубів на фоні явищ бруксизму.

Матеріал і методи. Нами проведено клінічне обстеження 35 пацієнтів віком від 28 до 55 років із надмірною втратою емалі та дентину. Пацієнти належали до дослідної групи, яким про-

водили лікування з приводу підвищеного стирання твердих тканин зубів. Обстежувані були розподілені на чотири вікові групи, майже рівноцінні за статеву ознакою: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 років, при цьому жінки становили 52,3 %, чоловіки – 47,7 %. Для верифікації характеру стирання зубів (фізіологічне або патологічне) зіставляли вік хворого та інтенсивність ураження, використовуючи класифікацію Молдованова А.Г. (1992). Клінічні спостереження дозволили нам визначити суттєві розбіжності в плані лікування хворих із підвищеним стиранням твердих тканин зубів залежно від стану ротової порожнини. Тому для класифікації патологічної стертості ми використовували класифікацію патології Бушан М.Г. (1979), звертаючи увагу на додаткові клінічні прояви хвороби в порожнині рота, які доповнені Балем Г.М. (2008) [2].

Дослідження передбачало аналіз зубних контактів із визначенням типу змикання зубів. Для визначення суперконтактів використовували метод, який включає виготовлення капи на зуби нижньої щелепи, використання її протягом однієї ночі з наступним фотографуванням для діагностики, лікування та порівняння їх у динаміці процесу лікування. Капу виготовляли з одnobічної кольорової фольги зі спеціальним покриттям «Brix checker» (рис. 1, рис. 2).

Після виготовлення й інструктажу пацієнта капа повинна уводиться в порожнину рота і щільно накладатися на зубний ряд нижньої щелепи.

Капа повинна знаходитися в порожнині рота протягом всієї ночі. Залежно від стертості поверхонь на капі, які втратили захисне покриття, можна визначити латеротрузію, медіотрузію і наявність суперконтактів. На капі чітко відображується малюнок суперконтактів, який можливо фотографувати і застосовувати як діагностику, так і в лікувальних цілях для вибору ортопедичної конструкції та диспансерного нагляду за якістю проведених лікувальних заходів. Використання капи не змінює об'єму порожнини рота, що не впливає на положення язика та функціональні особливості жувальної мускулатури. Підвищені контакти чіткі і отримуються при різних оклюдійних положеннях нижньої щелепи (рис. 3).

Після ретельного вивчення надмірних оклюдійних контактів ми пропонуємо, при лікуванні патологічної стертості зубів, з метою нормалізації діяльності жувальних м'язів та скронево-нижньощелепного суглоба використовувати пацієнтам спеціальну м'яку капу, яка враховує надмірні контакти, що індивідуально відобразилися на капі оклюдійній.

З цієї метою на моделі позначаються місця підвищених контактів, які в подальшому необхідно розвантажити (рис. 4).

Після визначення і нанесення суперконтактів на моделі виготовляється восковий оклюдійний базис, який розташовується на жувальній поверхні зубів верхньої щелепи. Лікар-ортопед повинен визначити конструктивний прикус



Рис. 1. Загальний вигляд капи для визначення суперконтактів при підвищеній стертості зубів



Рис. 2. Загальний вигляд капи в порожнині рота



Рис. 3. Загальний вигляд капи на моделі з вираженими оклюзійними контактами



Рис. 4. Місця підвищених суперконтактів на моделі



Рис. 5. Капа-моноблок для лікування підвищеної стертості зубів

(висоту центральної оклюзії, яка була в пацієнта до втрати твердих тканин зубів, з урахуванням даних електроміографії).

Відомі різні конструкції лікувально-діагностичних апаратів (оклюзійні шини), які використовують для відновлення оклюзійної висоти, центрування положення суглобових голівок у тих випадках, коли оклюзійні порушення привели до таких ускладнень, як м'язово-суглобові дисфункції, стомато-неврологічні симптоми, бруксизм, для розслаблення жувальних м'язів при аномаліях прикусу, що супроводжуються болем у

жувальних м'язах та зниження висоти центральної оклюзії [6, 7].

Ми пропонуємо використовувати для лікування підвищеної стертості зубів знімну двощелепну шину-капу, яку виготовляють із гнучких пластин матеріалу Sof-Tray Sheets, із заданою товщиною 0,5 мм, на верхню та нижню щелепи. З'єднують їх у вигляді моноблока, що здатний фіксувати нижню щелепу в положенні конструктивного прикусу, визначеного лікарем, і не дозволяє зміщувати щелепи під час сну, з можливістю одночасного проведення ремінералізуючої терапії за рахунок щільного прилягання шини-капи до слизової оболонки альвеолярних відростків і зубів обох щелеп (рис. 5).

Для виготовлення запропонованої двощелепної шини-капи із гнучких пластин матеріалу Sof-Tray Sheets:

1. Пацієнту знімають відбитки з верхньої та нижньої щелеп. Виготовляються дві гіпсові моделі.

2. Виготовляють восковий оклюзійний базис, який розташовують на жувальній поверхні зубів.

3. Визначають конструктивний прикус (висоту центральної оклюзії, яка була в пацієнта до втрати твердих тканин зубів). Залежно від відстані між зубами верхньої та нижньої щелеп, яка

потрібна в лікувальних цілях на жувальній поверхні зубів, можна використовувати 1, 2 чи іншу кількість пластинок.

4. Фіксують в артикуляторі в конструктивно-моу прикусі.

5. Виготовляють капу, яка вкриває вестибулярну поверхню альвеолярного відростка, фронтальні та бічні зуби і щільно до них прилягає. У разі необхідності роз'єднати прикус на досить значну відстань отриману шину-капу нижньої щелепи обрізають ножицями таким чином, що частина залишається тільки на оклюзійній поверхні зубів нижньої щелепи, потім проводять повторне штампування капи, при цьому товщина її на оклюзійній поверхні вже буде у 2 рази товщою. Таким чином можливо збільшувати товщину до необхідної. Після закінчення штампування капи з верхньої та нижньої щелеп разом із моделями встановлюються в артикулятор і змикають. Після проведених маніпуляцій отримуємо моноблок, який фіксує нижню щелепу в положенні конструктивного прикусу і не дозволяє зміщуватися щелепі під час сну. Таким чином обмежується рух нижньої щелепи і знімається перенавантаження на опорні зуби (за рахунок того, що шина-капа є досить еластичною), що, у свою чергу, позитивно відображається на стані жувальних м'язів.

Запропонована двощелепна шина-капа для ортопедичного лікування підвищеної стертості зубів досить легко припасовується за рахунок своєї еластичності, тому при встановленні її в порожнині рота не виникає жодних проблем. При зміні товщини капи по жувальній поверхні ми можемо змінювати проміжок між щелепами і доводити його, за потребою, до стану фізіологічного спокою. Оскільки двощелепна шина-капа щільно прилягає до слизової оболонки альвеолярних відростків і зубів, то між нею та зубами можна вводити лікарські препарати, які будуть сприяти мінералізації твердих тканин зубів, що дозволить підвищити ступінь ефективності ортопедичного лікування патологічної стертості зубів.

Результати дослідження та їх обговорення.

За результатами дослідження оклюзійних контактів з'ясовано, що в групі пацієнтів із підвищеним стиранням зубів, які перебували на лікуванні і яким виготовлялися капи для виявлення суперконтактів, латеротрузійні контакти виявлено в 76,5±4,2 % випадків, медіотрузійні – 23,5±4,2 %. Таким чином, при виготовленні кап із кольоровим маркуванням ми мали можливість зафіксувати найбільш контактуючі ділянки на оклюзійних поверхнях зубів, які виявлялися протягом якнайменше 5-6 годин. Отримані контакти в подальшому надають змогу ліквідувати підвищене навантаження шляхом перебудови міостатичного рефлексу, який ми змінювали шляхом виготовлення кап з урахуванням суперконтактів за запропонованою нами методикою.

Висновок

Отже, згідно з отриманими даними особливості оклюзійних взаємовідношень здатні сприяти патологічному (надмірному) стиранню зубів. З огляду на це діагностичне дослідження міжзубних контактів, яке передбачає визначення показань до оптимізації оклюзії, використання нашої методики дозволить запобігти розвитку або прогресуванню патологічного процесу. Відповідно, обов'язковою умовою відтворення повноцінної функціональної оклюзії при патологічному стиранні зубів має бути вивчення її попередньої імітації та моделювання реставрацій жувальних поверхонь в артикуляторах, необхідне для досягнення оклюзійної гармонії, що передбачає створення не тільки стабільних множинних центричних контактів бокових зубів, а й протрузійної та латеротрузійної напрямних функцій [1, 5]. Капа, яка виготовляється за виявленими гіперконтактами, може використовуватися в профілактичних і лікувальних цілях у пацієнтів з підвищеною стертістю зубів.

Перспективи подальших досліджень. Подальша розробка та апробування в клінічних стоматологічних закладах нового способу виготовлення капи для лікування та профілактики патологічної стертості зубів на фоні явищ бруксизму.

Література

1. Алексеев В.А. Патологическое стирание зубов / В.А. Алексеев, А.М.Брозголь. – М.: Медицина, 1970. – 88 с.
2. Баля Г.Н. Классификация форм генерализованного патологического стирания твердых тканей зубов / Г.Н. Баля // Актуал. пробл. сучасної мед.: Вісн. Укр. мед. стом. академії. – 2008. – Т. 8, Вип. 3 (23). – С. 121-123.
3. Біда В.І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / Біда В.І. – К.:ВАТ «Видавництво «Київська правда», 2002. – 96 с.
4. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов / Каламкаров Х.А. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 176 с.
5. Каламкаров Х.А. Эффективность ортопедического лечения патологической стираемости зубов, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / Х.А. Каламкаров, Р.И. Куликов // Стоматология. – 1991. – № 2. – С. 57-59.
6. Пат. UA 32692, МПК А61С 7/00. Шина-капа для лікування порушень функціональної оклюзії / Ожоган З.Р., Дмитренко І.А., Обідняк В.З.(UA). – № u200800578; заявл. 17.01.2008; опубл. 26.05.2008. Бюл. № 10.
7. Пат. UA 51443, МПК А61С 7/00. Шина-капа для лікування порушень функціональної оклюзії / Дмитренко І.А., Ожоган З.Р.(UA). – № u201002610; заявл. 09.03.2010; опубл. 12.07.2010. Бюл. № 13.

8. Фастовець О.О. Клініко-патогенетичне обґрунтування комплексного лікування патологічного стирання зубів: автореф. дис. на здобуття

наук. ст. д-ра. мед. наук: 14.01.22 / Олена Олександрівна Фастовець. – К., 2008. – 35 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЪЕМНОЙ ШИНЫ-КАППЫ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЯВЛЕНИЯМИ БРУКСИЗМА

И.М. Ткаченко

Резюме. В работе представлены результаты изучения окклюзионных контактов при повышенной стираемости твердых тканей зубов. Описана новая методика определения суперконтактов при повышенной стираемости зубов с явлениями бруксизма. Изучение точек повышенного контакта даст, в последующем, возможность проводить лечебные и профилактические мероприятия с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений при лечении и профилактике повышенной стираемости.

Ключевые слова: повышенное стирание зубов, методика определения суперконтактов при повышенной стираемости, моноблок для лечения и профилактики повышенной стираемости.

THE USE OF A REMOVABLE TRAY-BUS FOR ORTHOPEDIC TREATMENT OF INCREASED ABRASION OF TEETH COMPLICATED BY THE PHENOMENA OF BRUXISM

I.M. Tkachenko

Abstract. The results of a study of occlusal contacts with increased abrasion of the hard dental tissues are presented in the paper. A new technique for determining supercontacts with an elevated abrasion of the teeth with the symptoms of bruxism is described. A study of high contact points will, enable in the future, to conduct therapeutic and preventive measures in order to normalize occlusal relations, when treating and preventing enhanced abrasion.

Key words: heightened abrasion of teeth, technique of determining Supercontact with heightened abrasion, monoblock for treating and preventing heightened abrasion.

HSEE of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy" (Poltava)

Рецензент – проф. О.Б. Беліков

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 129-133

Надійшла до редакції 14.12.2012 року

© I.M. Tkachenko, 2013

УДК 616.126-002-022.7-036-07-08(477.87)

Т.В. Чендей

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Резюме. У статті наведено результати досліджень особливостей перебігу та лікування хворих на інфекційний ендокардит в умовах Закарпатської області. Проаналізовано випадки захворювання у 53 пацієнтів,

котрі були госпіталізовані в спеціалізований заклад третинного рівня протягом 2008-2011 рр.

Ключові слова: інфекційний ендокардит, діагностика, лікування.

Вступ. Інфекційний ендокардит (ІЕ) – тяжке інфекційне захворювання з високими показниками інвалідизації та смертності. Як вітчизняні [1], так і закордонні автори [3] відмічають тенденцію до зростання захворюваності на ІЕ та стабільно високі показники смертності, незважаючи на доступність широкого арсеналу протимікробних засобів та впровадження раннього хірургічного лікування ІЕ. Важливим є й те, що лікування ІЕ дороговартісне й, відтак, недоступне для значної кількості пацієнтів. На відміну від багатьох інших серцево-судинних захворювань, сучасні ре-

комендації з ведення хворих на ІЕ головним чином ґрунтуються на консенсусі експертів, а не на результатах адекватно спланованих і проведених клінічних досліджень. Наслідком цього є істотна гетерогенність підходів до лікування ІЕ в різних країнах та відсутність наукових порівнянь різних стратегій лікування ІЕ.

Мета дослідження. Охарактеризувати особливості перебігу та лікування хворих на ІЕ в умовах Закарпатської області.

Матеріал і методи. Проведено одномоментне ретроспективне описове дослідження, під час

© Т.В. Чендей, 2013