

типом ожирення (31 пацієнт). При виписці із стаціонару у лиц с ожирением в 20-22% случаев наблюдалось грубое или выраженное нарушение жизнедеятельности (4-5 баллов согласно модифицированной шкалы Рэнкина) и в 16-17% случаев требовалась постоянная посторонняя помощь в быту (индекс Бартелла <60). Частота соответствующих значений у пациентов с нормальным весом составляла 11% и 6%. Через 90 суток после инсульта частота вышеуказанных показателей была: у пациентов с ожирением – 6-10% и 10-12%, а у пациентов с нормальной массой тела – 0%.

Ключевые слова: ожирение, ишемический стволовой инсульт, восстановительный период, функциональный дефект.

Lytvynenko N.V., Delva M.Yu.

Peculiarities of Functional Recovery after Ischemic Brainstem Strokes in Obese Patients

Summary: The aim of the study was to investigate the dynamics of

functional recovery after primary ischemic brainstem strokes in patients with obesity that didn't have diabetes mellitus. It was formed three groups of patients: with normal weight, with abdominal obesity and with non-abdominal (femoral-sciatic) obesity. Each group had from 31 to 40 patients. At the time of discharge from hospital, 20-22% of obese patients had moderate or severe disabilities (4-5 points according to modified Rankin scale) and 16-17% of obese patients required permanent outside assistance at home (Barthel index <60). The frequencies of corresponding indicators in patients with normal weight were 11% and 6% respectively. In 90 days after strokes, frequencies of the above mentioned parameters were: in patients with obesity – from 6 to 10% and from 10 to 12%, in patients with normal body weight – 0%.

Key words: obesity, ischemic brainstem stroke, recovery, functional defects.

Надійшла 07.05.2012 року.

УДК 616.314.17-008.1+616.314-007

Мельничук А.С., Рожко М.М.

Стан тканини пародонта в осіб із частковими дефектами зубних рядів

Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти (зав. каф. – проф. М.М.Рожко)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Серед 65 обстежених із частковою втраатою зубів (від 1 до 3) 35 із них мали не ліковані включені дефекти зубних рядів, а у 30 виявлено мостоподібні протези з різних матеріалів, які потребували заміни. У всіх діагностовано дефекти III і IV класів за Кенеді. Пародонтальний статус визначали за індексом гігієни Грін-Вермільйона, пробою Шиллера-Пісарєва, числом Свракова, глибиною пародонтальних кишень та індексом Рамфьорда. Встановлено, що неясні ортопедичне лікування і використання пластмас може бути як першо-причиною розвитку генералізованого пародонтиту, так і чинником, який прискорює поглиблення патологічного процесу у випадку, коли початкові прояви генералізованого пародонтиту уже були до ортопедичного лікування. У хворих, яким раніше проводили ортопедичне лікування, проте ортопедичні конструкції потребують заміни, порівняно з пацієнтами, яким необхідне первинне ортопедичне лікування включених дефектів, при умові однакових рентгенологічних змін клінічні прояви генералізованого пародонтиту дещо відрізняються: запальні зміни (за показниками проби Шиллера-Пісарєва і числа Свракова) проявляються достовірно більше, а дистрофічно-запальні зміни (за показниками глибини пародонтальних кишень та індексу Рамфьорда) мають тенденцію до підвищення.

Ключові слова: часткові дефекти зубних рядів, генералізований пародонтит, клініко-рентгенологічний стан пародонта.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Генералізований пародонтит належить до найпоширеніших захворювань людства. Ця патологія дуже часто призводить до ранньої втрати зубів, оскільки при її розвитку звичайне оклюзійне навантаження починає перевищувати толерантність структур пародонта і перетворюється з чинника, що стимулює розвиток, у травмуючий, який порушує трофіку і пошкоджує тканини пародонта [1, 2]. Водночас, втрата зубів з іншого приводу (наприклад, ускладненого карієсу), спричиняє перевантаження зубів, які залишилися, оклюзійну травму та розвиток пародонтиту. Оклюзійна травма відіграє провідну роль у подальшому розвитку хвороби і негативно впливає на всю зубо-щелепну систему [3, 4].

За даними ВООЗ, у 75% хворих на пародонтит спостерігається часткова втрата зубів. При цьому незмінне ортопедичне лікування дефектів зубних рядів складає більшу частину допомоги особам у віці від 35 до 44 років, досягаючи показника 85,4% [5, 6].

Встановлено, що у хворих на пародонтит жителів м. Івано-Франківська і області у 18,97% випадків необхідно виготовляти незнімні види протезів, у 50,48% – знімні-шшини протези, а в 28,54% – комбіновані [7]. Клінічні зміни у цих пацієнтів досить різноманітні та залежать від кількості втрачених зубів, їх розташування у зубному ряді, від виду прикусу і функції цих зубів [8].

Запорукою успішного ортопедичного лікування хворих із частковою втраатою зубів на фоні генералізованого пародонтиту є визначення пародонтологічного статусу при плануванні ортопедичного лікування.

Метою дослідження є вивчення клінічних особливостей стану тканин пародонта у хворих із частковою втраатою зубів.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 65 хворих із частковою втраатою зубів, у яких діагностовано хронічний генералізований пародонтит у розвинутій стадії, віком 20-44 років. Серед них 35 пацієнтів мали включені дефекти і раніше не були протезовані, а у 30 хворих виявлено мостоподібні конструкції із різних матеріалів, які потребували заміни з різноманітних причин. Дефекти зубних рядів відповідали III і IV класам за Кенеді, а кількість втрачених зубів складала від 1 до 3. Генералізований пародонтит діагностували на підставі клініко-рентгенологічних показників за класифікацією Данилевського М.Ф., 1994. Пародонтальний статус визначали за індексом гігієни Грін-Вермільйона, пробою Шиллера-Пісарєва, числом Свракова, глибиною пародонтальних кишень та індексом Рамфьорда [9].

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх обстежених пародонтальні індекси і проби були змінені (табл. 1). Аналізуючи дані, наведені в таблиці, гігієна ротової порожнини у пацієнтів не була достатньою. При цьому у хворих, яким не проводилося ортопедичне лікування, індекс Грін-Вермільйона склав $1,73 \pm 0,10$ балів, а у хворих із мостоподібними протезами гігієнічний стан тканин пародонта був на 10,98% гіршим і становив $1,92 \pm 0,15$ бали ($p > 0,05$). Це зумовлено наступними виявленими нами чинниками: неточним крайовим приляганням коронки до уступа зуба, що сприяє затримці їжі; використанням неякісних пластмас, які завдяки залишковому токсичному мономеру негативно діють на маргінальний пародонт;

Таблиця 1. Клінічний стан пародонта хворих у разі часткової втрати зубів на фоні хронічного генералізованого пародонтиту

Показники	Групи обстежених, n=65	
	непротезовані, n=35	протезовані, n=30
Індекс Грін-Вермільйона, бали	1,73±0,10	1,92±0,15 p>0,05
Проба Шиллера-Пісарєва, бали	5,40±0,31	7,37±0,47 p<0,001
Число Свракова, бали	1,88±0,12	2,69±0,17 p<0,001
Глибина пародонтальних кишень, мм	3,87±0,15	4,27±0,17 p>0,05
Індекс Рамфьорда, бали	4,86±0,17	5,05±0,18 p>0,05

Примітка. Вказано вірогідність різниці: p – до величини показників хворих, яким не проводилося ортопедичне лікування пацієнтів

а також мають властивість набухати з часом, що, в свою чергу, призводить до хронічної компресії маргінального краю і викидка набряк ясен, застій крові, порушення трофіки; повною відсутністю крайового уступу та глибоким цементуванням коронок (глибше, ніж на 2 мм), що спричиняє травмування ясенного краю та руйнування зубоясенного прикріплення.

Інтенсивність ураження ясен запальним процесом у хворих на хронічний генералізований пародонтит, які потребують ортопедичного лікування, за пробою Шиллера-Пісарєва склала 5,40±0,31 бали, а у хворих, яким необхідне вторинне ортопедичне лікування, – 7,37±0,47 бали, тобто була в 1,37 раза вищою (p<0,001).

Глибина ураження тканин пародонта запальним процесом також була більшою у хворих із неякісними незнімними конструкціями (число Свракова дорівнювало 1,88±0,12 бали), ніж у пацієнтів, яким не проводилося ортопедичне лікування (число Свракова відповідало показнику 2,69±0,17 бали), а саме, в 1,43 раза (p<0,001).

У пацієнтів із дефектами зубних рядів з одночасним ураженням тканин пародонта хронічним генералізованим пародонтитом визначалися пародонтальні кишені глибиною 3,87±0,15 мм і 4,27±0,17 мм, в ортопедично не лікованих і лікованих відповідно, а різниця склала 10,34% (p>0,05).

За хронічного генералізованого пародонтиту поглиблення патологічного процесу в тканинах пародонта супроводжується посиленням дистрофічно-запальних змін, що спричинило збільшення індексу Рамфьорда до 4,86±0,17 бали у пацієнтів із частковою втратою зубів, які потребують ортопедичного лікування, і до 5,05±0,18 бали в осіб, яким раніше проводили ортопедичне лікування включених дефектів зубних рядів. Між показниками індексу Рамфьорда у цих двох груп обстежених різниця становила 3,91% (p>0,05).

Рентгенологічні зміни в кістковій тканині пародонта хворих проявлялися деструкцією коміркового відростка на 1/3-1/2 довжини кореня та остеопорозом у збереженій частині коміркового відростка різної інтенсивності.

Таким чином, здійснені нами дослідження засвідчили, що у хворих, які мають часткові дефекти зубних рядів, діагностуються досить виражені дистрофічно-запальні зміни в тканинах пародонта, які за клінічними і рентгенологічними показниками відповідають хронічному генералізованому пародонтиту I і II ступеня розвитку. При цьому показники пародонтальних індексів і проб засвідчили, що у пацієнтів, які потребують заміни конструкцій, дистрофічні зміни були дещо більшими, ніж у раніше нелікованих людей, а запальні – вірогідно вищими. Це можна пояснити кількома причинами. Зокрема, при ортопедичному лікуванні хворих на генералізований пародонтит очевидно не завжди вдавалося правильно розподілити жувальне навантаження на опорні зуби, усунути травматичні вузли, відтворити функціональну єдність зубного ряду і досягнути стану віднос-

ного спокою порушених тканин пародонта, що є необхідною умовою якісного ортопедичного лікування [10, 11]. Можливо, не досить вдале ортопедичне лікування зумовлене тим, що до його початку не було здійснено достатнє місцеве і загальне терапевтичне лікування генералізованого пародонтиту чи кюретаж пародонтальних кишень, тобто лікування не було комплексним. Крім того, саме неякісне ортопедичне лікування спричинило виникнення генералізованого пародонтиту або його прогресування.

Висновки

1. Неякісне ортопедичне лікування і використання пластмас може бути як першопричиною розвитку генералізованого пародонтиту, так і чинником, що прискорює поглиблення патологічного процесу у випадку, коли початкові прояви генералізованого пародонтиту уже були у пацієнтів яким проводилося ортопедичне лікування.

2. У хворих, яким було проведено ортопедичне лікування, проте ортопедичні конструкції потребують заміни, порівняно з тими, яким необхідне первинне ортопедичне лікування включених дефектів, при умові однакових рентгенологічних змін клінічні прояви генералізованого пародонтиту дещо відрізняються: запальні зміни (за показниками проби Шиллера-Пісарєва і числа Свракова) проявляються достовірно більше, а дистрофічно-запальні зміни (за показниками глибини пародонтальних кишень та індексу Рамфьорда) мають тенденцію до підвищення.

Перспективою подальших досліджень є вивчення функціонального стану тканин пародонта за показниками оклюзійних співвідношень і кровопостачання тканин пародонта у пацієнтів із включеними дефектами зубних рядів на тлі генералізованого пародонтиту.

Література

- Грудянов А.И. Заболевания пародонта и вопросы травматической окклюзии в клинике ортопедической стоматологии / А.И. Грудянов, Н.А. Стариков // Новое в стоматологии. – 1999. – №4. – С. 3-18.
- Янушевич О.О. Влияние окклюзионной травмы на развитие заболеваний пародонта / О.О. Янушевич, Г.С. Рунова, А.Д. Гончаренко // Российская стоматология. – 2009. – №3. – С. 16-19.
- Клинеберг И. Окклюзия и клиническая практика / И. Клинеберг, Р. Джагер. – М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – 200 с.
- Хайман Смуkler. Нормальная окклюзия при наличии интактных и восстановленных зубов / Хайман Смуkler. – М. – СПб. – К. – Алматы – Вильнюс: Азбука, 2006. – 136 с.
- Гажва С.И. Жалобы пациентов как один из показателей качества работы стоматолога-ортопеда / С.И. Гажва, О.А. Алёшина // Клиническая стоматология. – 2009. – №7. – С. 76-77.
- Чвалун Е.К. Обоснование применения несъемных протезов с односторонней опорой при частичной потере зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 „стоматология” / Е.К. Чвалун. – Ставрополь, 2005. – 23 с.
- Павлюк В.М. Клініко-експериментальне обґрунтування вдосконалених ортопедичних методів лікування генералізованого пародонтиту: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.21 „стоматология” / В.М. Павлюк. – Укр. дер. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 1995. – 18 с.
- Рожко М.М. Ортопедична стоматология / М.М. Рожко, В.П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2003. – 552 с.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 462 с.
- Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта / В.Н. Копейкин. – М.: Издательство «Триада-Х», 1998. – 175 с.
- Виявлення ролі оклюзійних взаємодій у патогенезі генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання / В.П. Неспрядько, Н.В. Лисейко, П.П. Топка, Д.К. Гуца // Український стоматологічний альманах. – 2001. – №2. – С. 114-118.

Мельничук А.С., Рожко Н.Н.

Состояние тканей пародонта у лиц с частичными дефектами зубных рядов

Резюме. Среди 65 обследованных с частичной потерей зубов (от

1 до 3) 35 имели нелеченные включенные дефекты, а у 30 выявлено мостовидные протезы из разных металлов, которые подлежат замене. У всех диагностировано дефекты III и IV классов по Кеннеди. Пародонтальный статус определяли по индексу гигиены Грин-Вермилльона, пробе Шиллера-Писарева, числу Свракова, глубины пародонтальных карманов и индексу Рамфорта. Установлено, что некачественное ортопедическое лечение и использование пластмасс может быть как первопричиной развития генерализованного пародонтита, так и фактором, ускоряющим углубление патологического процесса в случае, когда начальные проявления генерализованного пародонтита были уже до ортопедического лечения. У больных, которым не проводилось ортопедическое лечение, но ортопедические конструкции нуждаются в замене, по сравнению с пациентами, которым необходимо первичное ортопедическое лечение включенных дефектов, при условии одинаковых рентгенологических изменений клинические проявления генерализованного пародонтита несколько отличаются: воспалительные изменения (по показателям пробы Шиллера-Писарева и числа Свракова) проявляются достоверно больше, а дистрофически-воспалительные (по показателям глубины пародонтальных карманов и индекса Рамфорта) имеют тенденцию к повышению.

Ключевые слова: *частичные дефекты зубных рядов, генерализованный пародонтит, клинично-рентгенологическое состояние пародонта.*

Melnychuk A.S., Rozhko M.M.

Periodontal Tissues Condition in Patients with Defects of Dental Arches

Summary. Among 65 examined patients with partial teeth lost (between 1 and 3) 35 patients had included defects and were not prosthetic treated before and 30 had due to replacement bridge type prostheses made off different metals. All of them were diagnosed with class III and IV defects by Kennedy. Periodontal status was evaluated by Green-Vermilion hygiene index, Shiller-Pisarev test, Svrakov number, periodontal pockets depths and Ramferd index. It has been established that partial teeth lost is often accompanied by generalized periodontitis of I-II stages. If first signs of generalized periodontitis are present before prosthesis poor quality prosthetic treatment and acrylic usage can be primary cause of generalized periodontitis or factor that accelerates worsening of pathological process. Comparing previously prosthetic treated patients that have due to replacement prostheses to patients that need included defects primary prosthetic treatment, in a case of same radiologic changes, clinical manifestations of generalized periodontitis are somewhat different: inflammation changes (according to Shiller-Pisarev test and Svrakov number) are more severe and dystrophy-inflammation changes (according to periodontal pockets depths and Ramferd index) have tendency to increasing.

Key words: *partial defects of dental arches, generalized periodontitis, clinical-radiologic periodontal tissue condition.*

Надійшла 07.05.2012 року.

УДК 616-08+616.441-008.61

Николюк А.М., Вершиніна М.Д.

Вивчення ефективності комплексного лікування набрякової форми ендокринної офтальмопатії

Кафедра нейрохірургії з курсом офтальмології

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. У роботі наведені результати вивчення ефективності комплексного лікування пацієнтів з ендокринною офтальмопатією у формі набрякового екзофтальму (49 пацієнтів). Завдяки використанню об'єктивних методів діагностики та динамічного спостереження виявлено, що ефективність лікування статистично вища у пацієнтів з початковою стадією, ніж з вираженою стадією набрякового екзофтальму. Це зумовлює необхідність застосовувати об'єктивні методи діагностики для раннього виявлення і підвищення ефективності лікування ендокринної офтальмопатії.

Ключові слова: *ендокринна офтальмопатія, набряковий екзофтальм, ефективність лікування, кортикостероїди.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Протягом останніх років спостерігається невпинна тенденція до зростання кількості випадків захворювання щитоподібної залози. Зокрема, частота дифузно-токсичного зобу (ДТЗ) по Україні за останні 10 років складає 80-83 на 100

тисяч населення [5]. Ендокринна офтальмопатія (ЕО) в поєднанні з дифузно-токсичним зобом за даними різних авторів, виникає у 5-20 % пацієнтів [2,3,12]. Застосування в діагностиці ЕО даних ультразвукового, комп'ютерного або магнітно-резонансного сканування виявило, що ендокринна офтальмопатія в різних її формах виникає значно частіше, ніж вважалося – до 40-50% пацієнтів, хворих на дифузно-токсичний зоб [4,6,10].

Клінічно ЕО характеризується різною комбінацією симптомів ураження м'яких тканин орбіти, периорбітальної ділянки та вторинно – структур очного яблука. За класифікацією А.Ф.Бровкіної такі зміни об'єднані в три клінічні форми – тиреотоксичний екзофтальм, набряковий екзофтальм та ендокринна міопатія [1]. Тиреотоксичний екзофтальм, який характеризується переважно появою ретракції та незначного набряку повік і мінімального ступеня екзофтальму (не біль-