

УДК 616.314.(07)

Шешукова О.В.

Діагностичні критерії при виборі методу лікування періодонтиту тимчасових зубів

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Україна

Резюме. Було обстежено 38 дітей віком від 5 до 9 років із хронічним періодонтитом тимчасових зубів. Видалені у них з приводу хронічного періодонтиту зуби оцінювали за рівнем резорбції, використовуючи розроблену класифікацію видів резорбції коренів тимчасових зубів. Аналіз даних дослідження свідчить, що хронічне запалення періодонтиту тимчасових зубів призводить до прискорення початку резорбції їх коренів на 2,5-4,5 роки. При визначенні „дуже ранньої початкової” та „дуже ранньої прогресуючої” патологічної резорбції доцільно видалення тимчасового зуба. Врахування ступеня патологічної резорбції може бути додатковим діагностичним критерієм при виборі методу лікування хронічного періодонтиту тимчасового зуба.

Ключові слова: тимчасовий зуб, хронічний періодонтит, патологічна резорбція.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Ускладнення карієсу займають чільне місце серед стоматологічних захворювань у дітей. Висока поширеність періодонтитів свідчить про недостатньо ефективну первинну та вторинну профілактику в цілому та недосконалі методи лікування карієсу і пульпітів [1].

Ефективне лікування періодонтитів тимчасових зубів залишається ще невирішеною задачею у практичній роботі лікаря-стоматолога педіатра. Це пов'язане як з анатомо-фізіологічними особливостями будови періодонтиту в дитячому віці і, виходячи з цього, особливостями клінічного перебігу, так і з недосконалістю методів діагностики, лікування, реабілітації дітей, хворих на періодонтити тимчасових зубів. Питання лікування хронічного періодонтиту тимчасових зубів продовжує бути невирішеним остаточно, незважаючи на розширення спектру лікувальних засобів, що застосовуються місцево. Існуючі Протоколи надання медичної допомоги населенню за спеціальністю «Дитяча терапевтична стоматологія», 2007, досить широко трактують показання до вибору консервативного методу лікування періодонтиту. Діагноз визначається на основі клінічних симптомів та даних рентгенологічного дослідження, яке дає загальну уяву тільки про обсяг процесу резорбції. Показання до видалення зуба передбачають резорбцію більш ніж на 1/3 кореня, не зважаючи на вік, в якому виявлена така резорбція.

Однак, більша частина рентгенологічних проявів не дозволяє точно диференціювати різні форми деструктивних процесів і при діагностиці необхідно враховувати зв'язок клінічних, рентгенологічних морфологічних змін [2].

На жаль, основним у практиці дитячого стоматолога залишається визначення показань до хірургічного чи консервативного лікування відповідно до віку дитини. Висновок щодо терапевтичного лікування чи видалення зуба лікар-стоматолог визначає виходячи із віку дитини та часу прорізування зуба [3].

Нами визначено, що під впливом хронічного запалення процеси резорбції в періодонті можуть початися незалежно від вікового чинника і задовго до початку його дії [4].

Тому **метою дослідження** стало визначення додаткових діагностичних критеріїв до вибору методу лікування періодонтиту тимчасового зуба.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 38 дітей віком від 5 до 9 років із хронічним періодонтитом тимчасових зубів. Діагноз визначали за міжнародною класифікацією стоматологічних хвороб на основі МКХ-10 (К 04.4, К 04.5). Встановлення діагнозу здійснювали на підставі з'ясування скарг, анамнезу та результатів об'єктивного обстеження, а також рентгенографії. Особливу увагу звертали на анамнез захворювання, кратність попередніх звертань до стоматолога із приводу лікування хронічного періодонтиту.

Рентгенологічне обстеження проводилося для діагностики

форми деструктивного ураження періодонтиту, а також для вибору методу подальшого лікування зуба. На рентгенограмах оцінювали розташування ділянки ураження кісткової тканини та вимірювали їх розміри у горизонтальному та вертикальному напрямку, визначали стан та цілісність компактної пластинки фолікула постійного зуба. Видалені зуби оцінювали за рівнем резорбції, використовуючи класифікацію видів резорбції коренів тимчасових зубів за Т.Ф.Виноградовою (1968) та розроблену особисто класифікацію [3]. Ступінь резорбції «дуже рання початкова» визначали при резорбції хоч одного кореня зуба на довжину до 1/3 у віковий період стабілізації кореня зуба. Щодо першого тимчасового моляру, то це вік від 4,0 до 6,5 років. Для другого тимчасового моляру ступінь «дуже рання початкова» резорбція у віці 4,5-7,5 років визначалася при резорбції кореня до 1/3 довжини.

Резорбція першого тимчасового моляру більш, ніж на 1/3 у віці від 4,5 до 6,5 років, а другого тимчасового моляру у дитини віком від 4,5 до 7,5 років визначали як «дуже ранню прогресуючу».

При визначенні резорбції коренів першого тимчасового моляру в дитини віком від 6,5 до 8,5 років на рівні від 1/3 до 2/3 кореня її характеризували як «франню прогресуючу». Щодо другого тимчасового моляру, то така стадія нами визначалася при резорбції коренів на рівні від 1/3 довжини до 2/3 у віці дитини від 7,5 до 9, 5 років.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведеного дослідження визначено, що при патологічній резорбції, яка обумовлена хронічним запальним процесом, резорбція коренів тимчасових зубів завжди іде інтенсивніше і рентгенологічно супроводжується явищами деструкції кістки.

Наявність хронічного запалення у періодонті тимчасового зуба значно прискорює резорбцію його коренів, що вже розпочалася відповідно до фізіологічних вікових процесів.

Рентгенологічне дослідження та аналіз віку дитини і стану видалених зубів дозволили установити ознаки фізіологічної прогресуючої резорбції у 2,6% досліджених зубів. „Дуже ранній, початковий” ступінь патологічної резорбції виявлений у 7,9%, „дуже ранній прогресуючий” визначений у 47,4% видалених зубів. „ранній прогресуючий” – у 38,8% досліджених зубів. Тобто, стан значно вираженої резорбції коренів при хронічному запаленні в періодонті припадає на віковий період, для якого в нормі характерна відсутність ознак резорбції (період стабілізації кореня) більш, ніж в половині випадків – 55,3%.

Всі ці зуби за даними анамнезу захворювання неодноразово ліковані із приводу хронічного періодонтиту та його загострення. Клінічні прояви захворювання нормалізувалися в середньому протягом 63±13 днів, після чого виникало загострення.

У більшості зубів, досліджених після видалення, визначений менший за обсягом об'єм резорбції кореня, ніж за даними рентгенографії. Але, більш ніж у половині випадків, запалення в періодонті тимчасового зуба супроводжувалося формуванням осередку гранулювання.

Найчастіше визначалася 2 стадія формування осередку гранулювання - виникнення дефекту кістки через резорбцію компактної і губчатої речовини навколо верхівок коренів, що також резорбовані. Кісткова пластинка між осередком і фолликулом зменшена, але збережена.

У тимчасових молярах часто можна спостерігати різний характер запалення і різний стан коренів. Тому врахування ступені патологічної резорбції найбільш ураженого кореня є основним чинником при визначенні консервативної межі лікування тимчасового зуба.

Для ілюстрації наведемо клінічний приклад. Пацієнт М., 2008 р.н., на момент обстеження і лікування дитини виповнилося 7 років. 16.02.2015р. батьки з дитиною звернулися на прийом зі скаргами на біль в зубі на нижній щелепі зліва,



Рис. 1. Рентгенограма пацієнта М.

що посилюється при накушуванні. Зі слів батьків зуб раніше неодноразово лікований.

Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок набряку нижньощелепної ділянки зліва, піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені зліва, при пальпації рухомі, болісні.

Status localis: у 75 пломба на жувальній поверхні, зуб змінений у кольорі, перкусія вертикальна та горизонтальна болісна. Слизова оболонка альвеолярного відростку в ділянці 75 гіперемована, набрякла, пальпація болісна. КГВ+кп=4, ПГ за Федоровим-Володкіною = 2,5; проба Писарева-Шиллера – негативна.

Попередній діагноз – субкомпенсована форма активності карієсу, загострення хронічного періодонтиту 75 зуба.

На рентгенограмі зуба 75 від 16.02.2005р.: резорбція кісткової тканини у ділянці фуркації 75 без чіткої межі, резорбція дистального кореня на 1/3 довжини (рис. 1).

Діагноз: Субкомпенсована форма активності карієсу, загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 75.

План лікування. Показане видалення 75, зважаючи на ступінь резорбції кореня зуб. Лікування: під мандибулярною та щічною анестезією Sol.Lidocaina 2% видалений 75. Гемостаз (рис. 2).



Рис.2. Видалений зуб 75 пацієнта М.

При дослідженні видаленого зуба виявлена резорбція медіального кореня до 1/3, порозність та узурованість внутрішньої поверхні коренів, перфорація внутрішньої поверхні дистального кореня внаслідок патологічної резорбції. Разом із коренем видалена гранульома, що фіксована до верхівки дистального кореня.

Зважаючи на вік дитини, групову належність зуба та параметри фізіологічної вікової резорбції визначено, що хронічне запалення у періодонті призвело ранньої прогресуючої патологічної резорбції кореня.

Таким чином, виходячи із строків фізіологічної резорбції коренів визначаємо, що при хронічному запаленні в періодонті резорбція розпочинається на 2,5-4,5 роки раніше. Аналіз отриманих даних свідчить, що досліджені зуби із „дуже раннім початковим” та „дуже раннім прогресуючим” ступенем патологічної резорбції в результаті безуспішного терапевтичного лікування були видалені.

Висновок

Враховуючи, що патологічна резорбція коренів розширює покази до хірургічного лікування періодонтитів тимчасових зубів та на основі проведеного вивчення стану резорбції коренів тимчасових зубів при хронічному запаленні періодонту вважаємо за доцільне видалення зубів при визначенні дуже ранньої прогресуючої та ранньої прогресуючої патологічної резорбції їх коренів.

Література

1. Каськова Л.Ф. Активність карієса временних зубів и его осложнений у детей с факторами риска /Л.Ф.Каськова, О.В.Шешукова //Український стоматологічний альманах. – 2001. – №6. – С.81–83.
2. Громов О. В. Сравнительная характеристика различных методов рентгенологического исследования стоматологических больных / О. В. Громов, Р. Э. Василенко, Д. А. Миончинский // Современная стоматология. – 2009. – №4. – С. 139–141.
3. Хоменко Л.А. Врачебные вмешательства в корневых каналах временных зубов. Часть 1. Лечить или не лечить? /Л.А.Хоменко, Н.В.Биденко, А.И.Зеленкова //Современная стоматология. – 2008. – №1. – С.99–107
4. Шешукова О.В. Вплив хронічного запалення періодонта тимчасового зуба на резорбцію його коренів/ О.В.Шешукова // Український стоматологічний альманах.-2005.-№6.-С.51-53.

References

1. Kaskova L.F., Sheshukova O.V. Activity of caries of temporary teeth and its complications at children with risk factors. Ukrainiski stomatologichnyi almanah. 2001; 6; 81-83.
2. Gromov O.V., Vasilenko R.E., Mionchinskiy D.A. The comparative characteristics of different methods of radiological research of dental patients. Sovremennaya stomatologiya. 2009; 4: 139-141.
3. Homenko L.A., Bidenko N.V., Zelenkova A.I. Medical interventions in root channels of temporary teeth. Part 1. To treat or not to treat? Sovremennaya stomatologiya. 2008; 1; 99-107.
4. Sheshukova O.V. Influence of a chronic inflammation in a periodontium of temporary tooth on a resorption of its root. // Ukrainiski stomatologichnyi almanah.2005; 6; 51-53.

Шешукова О.В.

Диагностические критерии при выборе метода лечения периодонтита временных зубов

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Резюме. Обследовано 38 детей в возрасте от 5 до 9 лет с хроническим периодонтитом временных зубов. Удаленные у них по поводу хронического периодонтита зубы оценивали по уровню резорбции, используя разработанную классификацию видов резорбции корней временных зубов. Анализ данных исследования свидетельствует, что при определении очень ранней начальной и очень ранней прогрессирующей патологической резорбции, целесообразно удаление временного зуба. Определение степени патологической резорбции может быть дополнительным диагностическим критерием при выборе метода лечения хронического периодонтита временного зуба.

Ключевые слова: временный зуб, хронический периодонтит, патологическая резорбция.

O.V. Sheshukova

Diagnostic Criteria in Choosing a Method of Deciduous Teeth Periodontitis Treatment

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Abstract. The study involved 38 children at the age of 5 to 9 years with chronic periodontitis of deciduous teeth. Extracted teeth on account of chronic periodontitis were evaluated according to the level of resorption using the developed classification of resorption of deciduous teeth roots.

According to the analysis of the research data chronic periodontitis

of deciduous teeth led to faster resorption of their roots earlier by 2.5-4.5 years. Extraction of deciduous tooth is advisable in determining of the "very early primary" and "very early progressive" pathological resorption. Considering the degree of pathological resorption may be an additional diagnostic criterion when choosing a method of treatment of deciduous tooth chronic periodontitis.

Keywords: deciduous tooth, chronic periodontitis, pathological resorption.

Надійшла 07.09.2015 року.

УДК 616-071+616-08+616.12-008.313

Якубовська І.О., Офори Ірмаель Нії, Курилів Г.М., Лібрик О.М.

Особливості перебігу фібриляції передсердь у хворих на гострий міокардит

Івано-Франківський національний медичний університет

Резюме. У патогенезі, діагностиці та лікуванні фібриляції передсердь (ФП) залишається багато відкритих питань, одним з яких є роль запалення. Тому метою нашого дослідження було вивчення передумов виникнення та перебігу пароксизмальної та персистуючої форм ФП у хворих із гострим міокардитом. Робота базується на ретроспективному аналізі історій хвороб 60 хворих, які проходили лікування з приводу гострого міокардиту (ГМ), зумовленого внутрішньоклітинними інфекціями (вірус герпеса 1, 2, 4, 5 типів). У 11 з них діагностовано пароксизмальна або персистуюча форми ФП – основна група. 49 осіб з ГМ без порушень ритму склали контрольну групу. Усі особи дослідної та контрольної груп порівнювали за віковим та гендерним розподілом. Оцінювали клінічний перебіг, дані ЕхоКГ, імунологічну картину до та після лікування. Виявлено, що у хворих із аритміями серця гірший клінічний перебіг та подовжені терміни одужання. Також в групі ФП достовірно нижча фракція викиду ЛШ та вищі його об'єми показники (КСО та КДО). У хворих з ФП достовірно зменшена кількість лімфоцитів, а також кількість CD4⁺CD25^{high} лімфоцитів, та вищі рівні С-реактивного протеїну. У хворих з ФП після лікування відзначено недостатнє повернення рівня ІЛ-6 до норми.

Таким чином, у когорті міокардитів, зумовлених внутрішньоклітинними інфекціями, необхідно виділяти окрему групу з ФП. Для таких пацієнтів характерне формування синдрому хронічного запалення низької інтенсивності, яке проявляється важчим клінічним перебігом та сповільненими темпами одужання. Одним з його маркерів може бути присутність аритмії, у даному випадку ФП. До показників об'єктивізації несприятливого перебігу можна також віднести знижену фракцію викиду, вищі КДО і КСО ЛШ, а також схильність до гіперкоагуляції, гіперагрегації, неадекватності імунної відповіді.

Ключові слова: фібриляція передсердь, хронічне запалення низької інтенсивності, внутрішньоклітинні інфекції.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Фібриляція передсердь (ФП) – одна з найбільш поширених аритмій зі складним та багатофакторним патогенезом, що вражає близько 1% всієї популяції [1]. Поширеність асоційована з віком. Якщо в групі до 65 років вона фіксується у 0,9% осіб, то у старших – вже в 5% [13]. Незважаючи на пароксизмальний початок в більшості випадків, близько 25% випадків ФП завершується хронічною формою; практично у половини осіб аритмія має рецидивуючий характер [15]. Значна частка таких епізодів стає причиною виникнення інвалідизуючих ускладнень, високої смертності, а також погіршення якості життя [9, 12, 14].

Недосконалість своєчасної діагностики та лікування фібриляції передсердь пов'язані зі складним та не до кінця зрозумілим патогенезом даної недуги. В останні роки активно вивчається також і роль запалення. Зокрема показано зв'язок цілої низки цитокінів (CRP, TNF, ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-8 та ін. з виникненням, прогресуванням і/або частотою виникнення ускладнень [18]. Проте залишається відкритим запитання: запалення при ФП – це причина чи його наслідок та наскільки важливою є роль запального процесу у виникненні та прогресуванні недуги. З'ясування цих запитань могло б, змінити парадигму клінічних підходів до діагностики та лікування ФП.

Тому метою нашого дослідження було вивчення передумов виникнення та перебігу пароксизмальної та персистуючої форм фібриляції передсердь у хворих із гострим міокардитом.

Матеріал і методи дослідження

Відбір пацієнтів у дослідження відбувався відповідно до критеріїв включення: вік від 18 до 75 років, згода пацієнта на участь у дослідженні та підписання ним наданої форми інформованої згоди, комплаєнс хворого, наявність клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв гострого міокардиту (ГМ) та фібриляції передсердь відповідно до протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». До критеріїв виключення були віднесені: хворі з ІХС та серцевою недостатністю вище II класу важкості, наявність у хворих вірусного гепатиту В чи С, або позитивні маркери вірусних гепатитів В чи С, підтвердженого цирозу чи раку печінки, наркотична та алкогольна залежність, ВІЛ-інфекція, соматична патологія у стані декомпенсації, онкологічні захворювання були виключені також з дослідження.

Робота базується на ретроспективному аналізі історій хвороб 60 хворих, які проходили лікування в ОККД м. Івано-Франківськ з приводу гострого міокардиту (ГМ), зумовленого внутрішньоклітинними інфекціями, в 2005-2006 роках. У 11 з них діагностовано пароксизмальна або персистуюча форми ФП, верифіковані за загальноприйнятими клінічними та функціональними методиками, – основна група. 49 осіб з ГМ без порушень ритму склали контрольну групу. Усі особи дослідної та контрольної груп були порівнювані за віковим та гендерним розподілом. Лікування пацієнтів обох груп тривало в середньому 23±5 днів. У всіх досліджуваних, окрім скарг та особливостей клінічного перебігу, аналізували особливості біохімічного та загального аналізів крові, ехокардіографічні та імунологічні дані. Окремо оцінювали динаміку утворення антитіл