



ендокринної систем організму, стійких психотерапевтичних розладів, що збільшуються з віком.

Для діагностики патологічних прикусів, нами проведено клінічні обстеження дітей віком 12-15 років, які включали збір анамнезу, скарг хворого, зовнішній та внутрішньоротовий огляд. Ортодонтичний діагноз встановлювався у відповідності до класифікації Енгля. Для уточнення діагнозу вивчали діагностичні моделі щелеп. Із цією метою у хворих одержували повні анатомічні відбитки за допомогою 2-х компонентних силіконових матеріалів. Моделі відливали супергіпсом, визначали центральне співвідношення щелеп і фіксували в анатомічному оклюдаторі.

Огляд зубних рядів встановив, що кількість фізіологічних видів прикусів склала 35,38% випадків, а патологічних – 64,62%. Зокрема, поширеність дистальної оклюзії (II клас за Енглем), по відношенню до загальної кількості патологічних прикусів, склала 64,26%, мезіооклюзії (III клас за Енглем) – 4,73% випадків. I клас за Енглем був діагностований у 31,01% обстежених дітей.

Отже, отримані нами дані до певної міри характеризують стан ортодонтичної патології серед дитячого населення Буковини і можуть бути використані для удосконалення лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги у регіоні.

Остафійчук М.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІЗОЦИМУ-ФОРТЕ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТОМАТИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Ротова порожнина, як початкова анатомо-фізіологічна структура травної системи організму, чутливо реагує на всі патогенні процеси, що відбуваються в шлунково-кишковому тракті. Як правило, при різноманітній за етіологією і патогенезом шлунково-кишкової патології в тканинах ротової порожнини виникають однотипні запально-дистрофічні ураження. Одним з таких проявів стоматопатології є розвиток стоматиту у хворих на ШКП.

Метою стало дослідити лікувально-профілактичну дію на стан слизової оболонки порожнини рота (СОПР) нового препарату – Лізоцима-форте, тим більше, що лізоцим є одним з факторів антимікробного захисту слизової оболонки не тільки ротової порожнини, але й слизової тонкої і навіть товстої кишки.

Дослідження було проведено на 60 хворих з діагнозом гастрит, гастродуоденіт, гастропатія, які поступили на лікування в гастрохірургічне відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні. Діагноз захворювання встановлювали лікарі відділення на підставі оцінки скарг хворих, клінічного, лабораторного та інструментального обстеження. Обстеження хворих з ШКП на стан ротової порожнини здійснювалось нами у відповідності до існуючих рекомендацій, враховуючи скарги пацієнтів, анамнез хвороби, огляд ротової порожнини і доповнюючи дослідженням гігієнічних та пародонтальних індексів. У всіх пацієнтів збирали натщесерце нестимульовану слину.

В слині визначали рівень біохімічних маркерів запалення: активність протеолітичного фермента еластази, вміст продукту перекисного окиснення ліпідів малонового діальдегіду (МДА), активність бактеріального фермента уреазы і активність антимікробного фермента лізоцима. В якості контролю використовували результати обстеження і аналізу у 10 практично здорових молодих людей (20-30 років).

Усі хворі з першого дня перебування в клініці отримували стандартне лікування і додатково Лізоцим-форте (по 2 таблетки за 30 хвилин до прийому їжі per os 3 рази за день на протязі 10 днів). По закінченні лікування у всіх пацієнтів визначали гігієнічні та пародонтальні індекси, повторно проводили біохімічні дослідження слини. Результати дослідів піддавали стандартній статистичній обробці.

У хворих з ШКП суттєво зростає швидкість саливації, яка після лікування знижується.



З результатів визначення гігієнічного індексу Silness-Loe видно, що він зростає втричі та знижується більш, ніж вдвічі після лікування. Індекса Шиллера-Пісарєва теж достовірно зростає та майже повністю нормалізується після лікування. Індекс РМА зростає більше, ніж у 3 рази, введення лізоцима-форте суттєво знижує цей показник, однак не повертає його до рівня у здорових осіб. У хворих рівень еластази в слині зростає майже вдвічі, Лізоцим-форте суттєво знижує активність еластази. У хворих на ШКП активність уреазі зростає в 5 разів. Лізоцим-форте знижує рівень уреазі в 2 рази. У хворих на ШКП в слині значно знижується активність лізоцима, введення Лізоцима-форте достовірно підвищує цей показник.

Таким чином, проведені нами клінічні дослідження підтвердили позитивні результати лікувально-профілактичної дії Лізоцима-форте: застосування препарату «Лізоцим-форте» здійснює стоматопротекторну дію, знижуючи рівень маркерів запалення і показники дентальних індексів, проте, у хворих на гастрит, гастродуоденіт, гастропатію розвивається стоматит.

Скрипа О. Л.

ЧАСТОТА ДІАГНОСТОВАНИХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Однією з основних медико-соціальних проблем є зростання травматизму в молодого працездатного віку. Переломи кісток обличчя характеризуються частотою, а провідне місце займають переломи нижньої щелепи, які становлять від 45% до 95%.

Метою дослідження є аналіз частоти скронево-нижньощелепних розладів у хворих із переломами нижньої щелепи залежно від віку та локалізації.

Обстежено 164 пацієнта, що були госпіталізовані у відділення хірургічної стоматології Чернівецької обласної клінічної лікарні, з приводу травматичних переломів нижньої щелепи. Також, опрацьовано журнали реєстрації пацієнтів, що звернулися до щелепно-лицевого травм пункту в порядку надання швидкої медичної допомоги. Досліджено 4 симптоми для визначення скронево-нижньощелепних розладів, а саме: біль при пальпації суглобів, наявність шумів у суглобах, біль при пальпації жувальних м'язів, порушення траєкторії відкривання рота. Серед 164 хворих з переломами нижньої щелепи різної локалізації у 111 обстежених виявлено дисфункцію СНЩС: у 100% осіб із переломами пришийкової ділянки та вінцевого відростка нижньої щелепи. У 1,9 та у 1,5 рази рідше спостерігали дисфункцію СНЩС при серединних та бокових переломах ніж при переломах кута нижньої щелепи. Частота скронево-нижньощелепних розладів у хворих із переломами нижньої щелепи зросла зі збільшенням віку. Максимальна поширеність дисфункції СНЩС була у хворих із переломами нижньої щелепи у 36-45 років (89,19 \pm -5,10)%, $p < 0,01$ та у 46-55-річних обстежених- (90,32 \pm -5,21)%, $p < 0,01$. У осіб старшої вікової групи поширеність скронево-нижньощелепних розладів становила (33,33 \pm -9,62), (рис.).

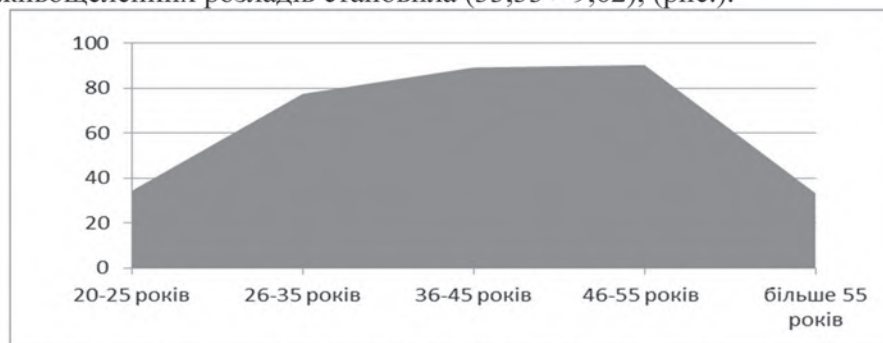


Рис. Середні значення частоти дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу у хворих із переломами нижньої щелепи різної локалізації залежно від віку.