

8. Хорошилкіна Ф.Я., Гадаєва Т.Г., Зубкова Л.П. Последовательное удаление отдельных зубов с целью устранения зубочелюстных аномалий. //Стоматология, - 1979. - Т.58, № 2, С. 48-50.
9. Lang G.H., Alfter G., Goz G. Retention and stability – taking various treatment parameters into account // J. Orofac. Orthop. – 2002. - Vol.63, №1.–P.26–41.

### Реферат

ЯК ВИГРАТИ У ПРИРОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ СПАДКОВИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ЗМІННОМУ ПРИКУСІ  
Дмитренко М.І., Аздашер Аль Саєд

Ключові слова: діти, змінний прикус, патологія прикусу I класу за Енгле, спадкова форма, корекційне видалення тимчасових молярів, комбіновані ортодонтичні апарати.

Для підвищення ефективності лікування дітей зі спадковими формами патології I, II, III класів за Енгле у період змінного прикусу вдосконалений спосіб корекційного видалення тимчасових молярів.

### Summary

HOW TO WIN OVER NATURE IN TREATMENT OF INHERITED DENTOFACIAL ABNORMALITIES IN REPLACEABLE OCCLUSION?  
Dmytrenko M.I., Asdasher Al Saied

Key words: children, replaceable occlusion, inherited occlusal pathology of I, II, III classes by Angle, corrective removing of deciduous molars, orthodontic appliances.

To intensify effectiveness in treating children with inherited occlusal pathology of I, II, III classes by Angle for the period of replaceable occlusion the technique of correction removing of deciduous molars has been improved.

УДК 616.833.15 – 002 – 085.36

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРИФЕРІЙНИХ УРАЖЕНЬ ЛИЦЕВОГО НЕРВА БІОЛОГІЧНО АКТИВНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

**Іваницька О.С.**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*В статті розглядаються властивості та механізми терапевтичної дії продуктів ембріофетоплацентарного комплексу (ПЕФПК), які дозволяють з успіхом застосовувати їх у лікуванні хронічних периферійних уражень лицевого нерва. Порівняльний аналіз результатів лікування традиційними засобами та методом ін'єкційного введення препаратів, виготовлених на основі ПЕФПК, свідчить про більшу високу ефективність запропонованого методу терапії.*

Ключові слова: периферійні ураження лицевого нерва, продукти ембріофетоплацентарного комплексу.

Важливою та актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології продовжує залишатися проблема лікування периферійних уражень лицевого нерва (ПУЛН). Враховуючи розповсюдженість цієї патології [2,7], переважання серед хворих осіб молодого і середнього віку, тяжкість клінічних проявів, які нерідко призводять до тривалої втрати працездатності, навіть інвалідності, та недостатню результативність традиційних методів терапії (повне видужання чи значне покращення досягається лише у 60-75% випадків [9]), цілком зрозумілою видається потреба у пошуку нових, нестандартних шляхів, спрямованих на ефективне відновлення функцій ураженого нерва, прискорення темпів та збільшення обсягу його регенерації, особливо при хронічних формах цього захворювання.

Усвідомлюючи те, що при хронічних ПУЛН локальні зміни поєднуються з системною дезорганізацією на рівні організму [1], а тому відновлення функціонального стану лицевого нерва безпосередньо, пов'язане з нормалізацією основних метаболічних гомеостатичних показ-

ників, ми прагнули до системного підходу у лікуванні. По суті, лікувальний метод повинен впливати на основні ланки патогенезу, такі як порушення мікроциркуляції, набряково-компресійні та запально-дегенеративні процеси у стовбурі нерва, явища нейросенсибілізації, справляти розсмоктуючу дію на рубцеву тканину у ділянці ураженого нерва, а також не лише підсилювати його репаративну регенерацію, а й стимулювати компенсаторно-відновлювальні процеси на рівні організму. Цим вимогам, на нашу думку, цілком відповідає метод лікування, який заснований на використанні продуктів ембріофетоплацентарного комплексу (ПЕФПК).

В сучасній медицині проблема вивчення лікувальних можливостей ПЕФПК набула великого теоретичного та практичного значення. На основі багаточисельних досліджень встановлено, що терапевтичний ефект цих продуктів пов'язаний зі значним вмістом у них ростових, імуномодельюючих, протизапальних, антибактеріальних, антиоксидантних, детоксикаційних,

\* Фрагмент комплексної науко-дослідної роботи «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки» (№ державної реєстрації 0005U004081).

анальгезуючих факторів. При цьому унікальним є механізм системної дії ПЕФПК, який полягає у їх здатності «відповідати на запит ситуації», тобто синтезувати і привносити ті субстанції, які саме в даний момент потрібні організму для мінімізації патологічного процесу. Тим самим ПЕФПК виступають як незамінний компонент процесу репаративної регенерації тканин і клітин, в тому числі і нервових, та ефективний біомодулятор, що відновлює боді-гомеостаз, посилює стійкість організму до негативних факторів внутрішнього та зовнішнього середовища [3,13,14].

Цей метод вже успішно застосовується у лікуванні багатьох оториноларингологічних, офтальмологічних та нейростоматологічних захворювань [4,6,8,10]. Саме це дозволило нам розглянути даний метод як альтернативу при лікуванні хронічних ПУЛН.

Таким чином, метою нашої роботи є підвищення клінічної ефективності лікування хворих з хронічними ПУЛН за допомогою місцевого ін'єкційного введення ПЕФПК.

### Об'єкти і методи обстеження

Під нашим спостереженням знаходилось 62 пацієнта з хронічними ПУЛН як травматичного, так і нетравматичного походження. Слід зазначити, що попереднє лікування цих пацієнтів традиційними методами не мало суттєвих позитивних наслідків. Для проведення порівняльної оцінки ефективності лікування хронічних ПУЛН запропонованим нами методом та традиційною терапією пацієнти були поділені на дві групи: I – 20 пацієнтів, які отримували традиційну терапію, II – 42 пацієнта, лікування яких відбувалось шляхом ін'єкційного підведення до ураженого нерва препаратів, виготовлених на основі ПЕФПК. Крім того, з 20 практично здорових осіб нами була сформована група контролю.

Окрім клінічних обстежень, за допомогою яких оцінювались стоматологічний, неврологічний та загальносоматичний статуси хворих, нами був використаний комплекс додаткових методів дослідження, який включав стимуляційну електроміографію (ЕМГ), реоенцефалографію (РЕГ), електроенцефалографію (ЕЕГ).

При цьому клінічні обстеження хворих в обох групах проводились до лікування та через тиждень, один, три, шість місяців від його початку. Крім того, для оцінки віддалених результатів хворі II групи додатково були обстежені через один, два та три роки. Електрофізіологічні дослідження здійснювались до лікування та через місяць від його початку.

Хворі I групи отримували лікування за традиційною схемою [11,12]. Лікування пацієнтів II групи препаратами «Кріоцелл-кріоцеребрум» та «Кріоцелл-кріоекстракт плаценти» при внутріш-

ньоканальній локалізації ураження лицевого нерва полягало в їх ін'єкційному введенні у клітковинний простір ділянки шилососкоподібного отвору, при позаканальній – не лише у вище зазначене місце, а й у товщу привушної слинної залози у ділянці проекції розгалуження лицевого нерва на відстані 1,5 см попереду козелка вуха.

Клінічна ефективність методів лікування хворих з ураженнями лицевого нерва оцінювалась за такими критеріями, як ступінь відновлення функції м'язів (що визначався за методикою Ф.М. Фарбера [12]), зникнення болю, усунення розладів чутливості, порушень смаку, слуху, слино- та слезовиділення.

### Результати власних досліджень та їх обговорення

Вивчення скарг хворих, анамнезу захворювання та клінічні обстеження дозволили з'ясувати етіологію уражень нерва (у 19 хворих (30,6%) вони мали травматичне походження, у 43 (69,4%) – нетравматичне) та вказували на значну тяжкість перебігу захворювання у переважній більшості пацієнтів. Так, з 62 хворих у 48 (77,4%) було діагностовано майже повну плегію чи виражений парез м'язів. Окрім цього, у 55 пацієнтів (88,7%) дисфункція м'язів обтяжувалась болями, порушеннями тактильної, смакової чутливості, секреторної функції слинних і слізних залоз, гіперакузією, у 38 (61,3%) – парези або паралічі доповнювались вегетативно-судинними розладами на «ураженому» боці обличчя. На підставі виявлених в ході обстеження сенсорних та секреторних порушень локалізація ураження лицевого нерва була визначена наступним чином: у 12 випадках (19,4%) наших спостережень ураження було зафіксовано після виходу нерва з фаллопієвого каналу, у 50 хворих (80,6%) його рівень знаходився у кістковому каналі.

Дослідження функціонального стану лицевого нерва та субстрату його іннервації – м'язів за допомогою стимуляційної ЕМГ, проведені до лікування, виявили у пацієнтів збереження провідності по лицевому нерву, однак встановили достовірне зниження амплітуди та подовження тривалості латентного періоду М-відповіді на боці ураження лицевого нерва при відсутності достовірних змін параметрів ЕМГ у м'язах інтактної сторони обличчя. Візуальне вивчення результатів, проведених до початку лікування РЕГ-досліджень, дозволило констатувати наявність у більшості хворих ознак розладів церебральної гемодинаміки. При кількісному аналізі реоенцефалограм на боці ураження лицевого нерва були виявлені достовірні відмінності між більшістю їх показників та відповідними показниками фізіологічної норми. Аналіз біострумів головного мозку показав, що в цілому у хворих з

ПУЛН спостерігались різноманітні нечітко виражені явища гіперсинхронізації, десинхронізації, дезорганізації біопотенціалів мозку, що відповідали II, III, IV типам за класифікацією О.О.Жирмунської [5].

Проведені нами через тиждень від початку лікування клінічні обстеження пацієнтів I групи встановили, що тільки у 9 хворих (45%) стало менш вираженим явище «перетягування» м'язів обличчя у протилежний від паралічу бік, 4 (20%) з них вказували на збільшення обсягу рухів мимічних м'язів. З 6 пацієнтів, у яких до лікування наявним був больовий симптом, у 3 (50%) – його інтенсивність зменшилась. У інших хворих скарги залишались незмінними. Об'єктивно оцінюючи функціональний стан мимічних м'язів, ми зафіксували, що сумарний показник їх активності зріс у середньому на 4,9%. У пацієнтів з різними розладами чутливості, порушеннями секреції слинних та слюзних залоз на боці ураження додаткові клінічні методи обстеження підтвердили їх збереження.

Що стосується пацієнтів II групи, то вже навіть на момент першого обстеження у всіх пацієнтів простежувалась позитивна динаміка. Всі пацієнти вказували на певне збільшення об'єму рухів мимічних м'язів, відмічали появу відчуття «легкості» на ураженому боці, зменшення дискомфорту при вживанні їжі та артикуляції, у 29 осіб (69%) зменшились, а у 13 (31%) – зникли явища «перетягування» м'язів обличчя у протилежний від паралічу бік. З 15 хворих, у яких був наявним больовий симптом, у 8 (53,3%) – больові явища стали менш вираженими, у 7 (46,7%) – болі купірувались. Пацієнти з раніше виявленими чутливими та секреторними розладами вказували на зменшення або усунення цих симптомів. Хворі цієї групи звертали також увагу на покращення загального стану, підвищення працездатності, нормалізацію апетиту та сну.

При об'єктивному обстеженні було встановлено, що після проведеного лікування сумарний показник функціональної активності мимічних м'язів зріс у середньому на 13,6%. У пацієнтів спостерігались зменшення вираженості та обмеження зони розладів чутливості шкіри на «ураженому» боці. Дослідження стану смакової чутливості у пацієнтів з її порушеннями засвідчили те, що у 15 осіб (65,2%) відбувся процес її відновлення, у 8 (34,8%) – помітною стала тенденція до її нормалізації. У всіх 8 пацієнтів з розладами слуху зменшилось явище гіперакузії. Кількісне визначення екскреції слинних та слюзних залоз виявило збільшення її об'єму на стороні ураження лицевого нерва в середньому на 20%.

Під час клінічних обстежень, проведених через 1 місяць, 17 пацієнтів (85%), лікування яких проводилось традиційно, вказували на деяке

поліпшення мимічних рухів та зменшення явища «перетягування» м'язів обличчя у протилежний від паретичної сторони бік, 9 (45%) з них відмічали зменшення дискомфорту при вживанні їжі та артикуляції. Серед пацієнтів з болями у 2 (33,3%) – вони зникли, у 1 (16,7%) – зменшились. Незмінними залишились скарги на порушення чутливості та сухість ока. Об'єктивне обстеження хворих даної групи встановило збільшення показника функціональної активності мимічних м'язів у середньому лише на 14%. У пацієнтів з розладами чутливості шкіри не відбулось її нормалізації. З числа пацієнтів з порушеннями смаку та слиновиділення у 3 осіб (37,5%) вони залишались незначними, а у 5 (62,5%) – ці порушення збереглись на попередньому рівні. Обстеження зафіксували, що у хворих з порушенням слуху та слюзовиділення ці розлади не були усунуті.

В той же час обстеження хворих II групи зафіксували значно більш високі результати, що свідчили на користь запропонованого нами методу. Так, 3 пацієнти (7,1%) вказали на зникнення будь-яких проявів захворювання, а 39 (92,9%) – на подальше відчутне збільшення обсягу мимічних рухів, усунення дискомфорту при вживанні їжі та артикуляції, зникнення явища «перетягування» м'язів обличчя у протилежний від лицевого паралічу бік, відсутність інших симптомів та покращення загального самопочуття. При об'єктивному обстеженні було встановлено зростання сумарного показника функціональної активності мимічних м'язів у середньому на 38,7% від показників, отриманих до лікування. Додаткові методи дослідження підтвердили значне покращення або повне відновлення чутливості та нормалізацію діяльності слинних та слюзних залоз на боці ураження.

Отже, через 1 місяць від початку лікування його результативність, що визначалась на основі зазначених вище критеріїв, виглядала наступним чином. В I групі «видужання» не відбулось у жодному випадку, «значне покращення» було зафіксовано у 2 хворих (10%), «покращення» – у 5 пацієнтів (25%), «незначне покращення» – у 9 осіб (45%), «без ефекту» – у 4 хворих (20%). При цьому у пацієнтів II групи «видужання» було зафіксовано у 3 пацієнтів (7,1%), «значне покращення» – у 24 (57,2%), «покращення» – у 14 хворих (33,3%), «незначне покращення» – лише у 1 особи (2,4%).

Клінічні обстеження хворих I та II груп, проведені через 3 місяці, встановили ще більш відчутну різницю між досягнутими результатами лікування. У пацієнтів I групи за час від попереднього огляду будь-якої позитивної динаміки їх клінічного стану не спостерігалось. Стосовно ж хворих, лікування яких відбувалось за допомогою препаратів, виготовлених на основі ПЕФПК, то у

11 з них (26,2%) об'єм рухів м'язової мускулатури у верхній та нижній частинах обличчя на боці ураження практично збігався з відповідними показниками протилежного боку, а у 31 (73,8%) – наближався до них. Ступінь відновлення функції м'язових м'язів зріс у середньому на 44,9% від показників, отриманих до лікування. Збереглись раніше досягнуті результати усунення інших проявів ураження лицевого нерва. Таким чином, якщо в I групі на цьому етапі обстеження результативність лікування не зазнала змін, то в II групі «ввидужання» було зафіксовано у 11 пацієнтів (26,2%), «значне покращення» – у 25 (59,5%), «покращення» – у 6 хворих (14,3%).

Наступні обстеження пацієнтів I та II груп були проведені через 6 місяців. На цей момент було встановлено, що за час, який минув від попереднього огляду, позитивних змін у клінічному стані хворих I групи не відбулось, а у 3 пацієнтів (15%) клінічна картина навіть погіршилась у зв'язку з виникненням ознак контрактури м'язових м'язів. У 40 пацієнтів (95,2%) II групи позитивні результати лікування залишились стабільними, а у 2 хворих (4,8%) навіть спостерігалась подальша позитивна динаміка за рахунок певного підвищення показника відновлення функції м'язових м'язів. Рецидивів захворювання та виникнення ознак розвитку контрактури м'язових м'язів не було зафіксовано у жодному випадку. Таким чином, якщо в I групі за час від попереднього обстеження не тільки не відбулось подальшого поліпшення клінічного стану пацієнтів, але й спостерігалось зниження досягнутих результатів лікування, то у хворих II групи збереглась позитивна динаміка за рахунок збільшення кількості пацієнтів із «значним покращенням» (з 25 (59,5%) до 27 (64,3%).

Для контролю за віддаленими результатами проведеного лікування хворих II групи були проведені клінічні обстеження, які через 1 рік пройшли 34 (81%), через 2 роки – 26 (62%), через 3 роки – 18 пацієнтів (42,9%). У всіх випадках їхній стан та досягнутий терапевтичний ефект залишались стабільними, негативної динаміки зафіксовано не було.

Клінічні прояви процесу відновлення функцій лицевого нерва і м'язових м'язів в ході лікування корелювались зі змінами основних електрофізіологічних показників, що були отримані в результаті відповідних досліджень. Так, у пацієнтів, які отримували традиційну терапію, хоча і було встановлено певну тенденцію до нормалізації показників стимуляційної ЕМГ, РЕГ, ЕЕГ, але різниця між ними до та після лікування не мала вірогідного характеру.

У хворих II групи, у яких усунення клінічних ознак захворювання відбувалось значно інтенсивніше, проведені після лікування обстеження за допомогою стимуляційної ЕМГ встановили

відсутність вірогідних відмінностей між показниками амплітуди та латентного періоду М-відповіді на боці ураження лицевого нерва та відповідними показниками «здорового боку».

РЕГ дослідження пацієнтів цієї групи засвідчили сприятливий вплив ПЕФПК і на процеси мозкової гемодинаміки. У переважній більшості хворих форма РЕГ-кривої відповідала нормальному типу або наближалась до норми. Порівняльний аналіз кількісних показників реоенцефалограм до лікування та після нього виявив появу достовірних відмінностей між ними, що свідчить про поліпшення церебральної гемодинаміки внаслідок застосування ПЕФПК.

Лікування за допомогою препаратів, виготовлених на основі ПЕФПК, позитивно позначилось також на біоелектричній активності головного мозку, що було підтверджено ЕЕГ-дослідженнями. Порівняння електроенцефалограм хворих основної групи, зроблених до та після лікування, встановило стабільність стану нейродинаміки у хворих, показники яких до лікування були нормальними або наближеними до норми, та поліпшення біопотенціалів мозку пацієнтів, у яких до лікування були виявлені ознаки порушення біоелектричної активності кори головного мозку.

### Висновок

Отже, узагальнюючи отримані дані порівняльного аналізу результатів лікування хронічних уражень лицевого нерва периферійного генезу традиційними засобами та препаратами, виготовленими на основі ПЕФПК, можна зробити висновок, що традиційна терапія за своєю ефективністю значно поступається запропонованому нами методу. Це пояснюється тим, що ПЕФПК здійснюють лікувальний вплив не лише на основні ланки патогенезу, але і виступають як ефективний біомодулятор, що відновлює бодіомеостаз. На нашу думку, на ранніх етапах лікування ін'єкційним введенням ПЕФПК значна терапевтична дія досягається за рахунок біологічно активних речовин, могутнім джерелом та продуцентом яких вони виступають, а у віддалені строки – завдяки вже власним метаболічним механізмам, що «запрацювали» під дією цих препаратів.

### Література

1. Гринштейн А.Б. Неврит лицевого нерва. – Новосибирск: Наука, 1980. – 143 с.
2. Грицай Н.М., Кобзиста Н.О. Нейростоматологія. – К. – Здоров'я. – 2001. – 144 с.
3. Грищенко В.И., Гольцев А.Н. Трансплантация продуктов эмбриофетоплацентарного комплекса. От понимания механизма действия к повышению эффективности применения // Проблемы криобиологии. – 2002. – № 1. – С. 54-84.
4. Дьомін Ю.А., Шарлай Т.М., Півненко А.В. Застосування препарату «Платекс» для лікування деяких дистрофічних захворювань та ушкоджень рогівки // Трансплантологія. – 2003. – Т.4, №1. – С.26-27.

5. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека. – М.: Наука, 1984. – 81 с.
6. Журавлев А.С., Пушина Е.В., Калашник М.В., Альмаши З.А. Использование эмбриофетоплацентарного комплекса в оториноларингологии: первые итоги перспективы // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб.. – 2003. – №3. – С. 27-31.
7. Завалишин И.А., Переседова А.В. Лицевая невралгия // Российский стоматологический журнал. – 2001. – №1. – С. 21-25.
8. Луценко Н.С., Завгородня Н.Г., Родичева О.А., Максименко С.Ф. Вплив імплантації ембріональних нервових клітин на стабілізацію зорових функцій і стан вікової інволюції у хворих із первинною глаукомою та атеросклеротичною хоріоретинальною дистрофією // Трансплантологія. – 2004. – Т. 7, № 3. – С. 317-319.
9. МIRONENKO Т.В., Коротнев В.Н. Некоторые аспекты диагностики и лечения невралгии лицевого нерва // Лікарська справа. – 2002. – Т.10, №5-6. – С.49-53.
10. Салогуб Т.В., Митченко В.І. Трансплантація ембріональної нервової тканини людини в лікуванні хворих на невралгію трійчастого нерва // Український стоматологічний альманах. – 2002.- №6. – С.55 – 57.
11. Тимофеев А.А. руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута-Турс., 2004. – 1024 с.
12. Фарбер М.А., Фарбер Ф.М. Невралгии лицевого нерва. – Алма-Ата. – Гылым. – 1991. – 168 с.
13. Цимбалюк В.І., Сулій М.М., Лузан Б.М. Вивчення впливу трансплантації ембріональної нервової тканини на регенерацію ушкоджених периферичних нервів // Трансплантологія. – 2000. – Т. 1, № 1. – С. 268-269.
14. Юрченко Т.М., Строна В.І., Прокопюк О.С., Рязанцев В.В. та ін. Обґрунтування використання тканин фетоплацентарного комплексу у лікувальній практиці // Трансплантологія. – 2003. – Т.4, № 1. – С. 202-203.

### Реферат

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Иваницкая Е.С.

Ключевые слова: периферические поражения лицевого нерва, продукты эмбриофетоплацентарного комплекса.

В статье рассматриваются свойства и механизмы терапевтического действия продуктов эмбриофетоплацентарного комплекса (ПЭФПК), которые позволяют с успехом применять их в лечении хронических периферических поражений лицевого нерва. Сравнительный анализ результатов лечения традиционными средствами и методом инъекционного введения препаратов, изготовленных на основе ПЭФПК, свидетельствует о более высокой эффективности предложенного метода терапии.

### Summary

#### CLINICAL EFFICIENCY IN TREATMENT FOR CHRONIC PERIPHERAL DISORDERS OF FACIAL NERVE WITH BIOACTIVE PREPARATIONS

Ivanitskaya Ye.S.

Key words: facial nerve peripheral disorders, products of embryoplacental complex.

The paper focuses on the properties and characteristics of therapeutic effect produced with products of embryofetoplacental complex. These products may be successfully applied in the therapy of facial nerve chronic peripheral disorders. Comparative analysis of the data resulted from conventional therapy and the method of embryofetoplacental product injection testifies to more higher efficiency of the developed method.

УДК 616.31 -006 -056.83

## ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Казакова Е.С.

Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

В статье освещены вопросы онконастороженности при обследовании пациентов с алкогольной зависимостью. Сделан вывод, что одним из путей устранения этой проблемы является централизованное оказание помощи пациентам с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: онконастороженность, алкогольная зависимость.

Алкоголизм – заболевание, известное человечеству на протяжении многих веков. Синдром зависимости при злоупотреблении алкоголем представляет собой совокупность патологических изменений, возникающих в организме в результате длительного воздействия этанола [3]. Проблема алкоголизма особенно актуальна в

настоящее время. Это связано, прежде всего, с широким распространением и омоложением этого заболевания, потенциально тяжёлыми его последствиями, в том числе, повышенной смертностью [7]. По данным ВОЗ, в настоящее время хронический алкоголизм, как причина смерти во всём мире, занимает по частоте третье место,

\* Данная работа является фрагментом темы: «Патогенетические подходы к методам лечения основных стоматологических заболеваний на основе изучения механизмов повреждения тканей пульпы, периодонта и пародонта» государственный регистрационный № 0104V004411. Срок исполнения 2004-2008гг.