

населення, і збільшується з віком. Метаболічний синдром в даний час є досить поширеним патологічним станом. Популяційні дослідження, проведені в різних регіонах світу, виявили, що не менше 5-10% дорослого населення обох статей мають прояви цього симптомокомплексу. В індустріальних країнах серед населення старше 30 років поширеність метаболічного синдрому становить, за даними різних авторів, 10-20%. Частота появи МС продовжує зростати і становить близько 20-40%, досягаючи в групі середнього і старшого віку 40-50%. Таке захворювання зустрічається як у чоловіків, так і у жінок. Однак його частота зростає у жінок в менопаузальному періоді. Стійкі патологічні зміни вуглеводного, ліпідного, пуринового обміну в поєднанні з артеріальною гіпертензією ведуть до зростання серцево-судинних захворювань, які є однією з головних причин інвалідизації і смертності населення розвинених країн. На думку більшості вчених основою для формування патології серцево-судинної системи є МС.

Таким чином, наявність метаболічного синдрому, як стану з високим ризиком розвитку цукрового діабету, створює умови для формування запально-деструктивних уражень пародонта, про що свідчить єдність низки патогенетичних механізмів розвитку цих захворювань. Виходячи з цього, актуальним і необхідним слід визнати вивчення особливостей клінічного прояву пародонтиту у початковій стадії розвитку метаболічного синдрому для своєчасного і успішного проведення патогенетичної терапії.

Список використаних джерел

1. Ткаченко В. І. Метаболічний синдром: діагностика та профілактика в практиці сімейного лікаря / В.І. Ткаченко, Т.О. Багро, Н.В. Видиборець, О.К. Бондар // Ліки України. – 2016. – № 1-2. – С. 43-46.
2. Боднар П. М. Метаболічний синдром: патогенез, діагностика та лікування / П. М. Боднар, Н. В. Скрипник // Ендокринологія. – 2010. – Т. 15, 2. – С. 295-304.
3. Шнайдер С. А., Левицкий А. П. Экспериментальная стоматология Ч. I. Экспериментальные модели стоматологических заболеваний – Одесса: КП «Одеська міська друкарня», 2017. – 167 с.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМІВ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ

ГРИГОРОВ С.М., ХУДІК А.К.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Травматичні ушкодження середньої зони обличчя становлять близько 20% від всіх травм щелепно-лицевої ділянки. Переломи переважно локалізуються в зонах зниженого опору кістки до травмуючого фактору (передня, задньо-латеральна стінки верхньощелепної пазухи), а також в найбільш виступаючих відділах вилично-орбітального комплексу (перелом кісток носа, виличної дуги, нижньо-очного краю, вилично-лобного шва (латеральної стінки орбіти).

Несвоєчасно діагностована травма може призвести до виникнення посттравматичних деформацій зі зміною конфігурації обличчя, порушенням функції жування, зору, носового дихання, нюху, мовотворення. Особливу цінність має інформація про пошкодження дна орбіти, так як його наслідком може стати порушення функції зору, яке може привести до інвалідизації.

Виходячи з цього діагностика повинна здійснюватися в найбільш ранні терміни після отримання пацієнтом травми, в тому числі при відсутності явних клінічних симптомів переломів кісток.

Метою нашого дослідження є порівняльна характеристика інформативності існуючих рентгенологічних методів діагностики травматичних ушкоджень середньої зони обличчя.

Діагностика переломів середньої зони обличчя вимагає обов'язкового рентгенологічного дослідження. На сьогоднішній день існує цілий ряд таких досліджень, кожен з яких має ті чи інші переваги та недоліки.

Нами було обстежено 40 пацієнтів з травматичними ушкодженнями середньої зони обличчя. Пацієнти були розділені на чотири рівні групи по 10 пацієнтів в кожній: в 1-й групі пацієнтів проводилась рентгенографія черепа в напіваксіальній проекції; в 2-й групі - ортопантомограма; в 3-й групі -МСКТ (мультиспіральна комп'ютерна томографія); в 4-й групі -КПКТ (конусно-променева комп'ютерна томографія). При недостатній інформативності досліджень в 1-й та 2-й групах обстеження було доповнено КПКТ. Проведено порівняння інформативності різних методів рентгенологічного обстеження.

При оцінці знімків в напіваксіальній проекції та ортопантомограмм, тільки їх третина була задовільної якості з точки зору діагностичних вимог; більше третини знімків виявилися непридатними через помилки позиціювання та/або занадто слабкою яскравості та недостатньою контрастності зображення. Також слід зазначити значну деформацію зображення на ортопантограмі за рахунок збільшення лінійних розмірів. На цьому тлі має переваги КЛКТ, при якій анатомічні структури представлені без деформації та збільшення.

На рентгенограмах черепа в напіваксіальній проекції виявлялися, в основному, грубі деформації зі значним зміщенням уламків, в той час як переломи тонкостінних структур (внутрішньої стінки та дна орбіти, задніх відділів стінок орбіти та верхньощелепних пазухи, клітин гратчастого лабіринту) були виявлені лише у 4 з 10 пацієнтів.

На ортопантограммі переломи заднього відділу дна орбіт діагностували тільки при наявності уривчастості або зникнення контура випуклої лінії очноямкової поверхні верхньої щелепи та очного відростка піднебінної кістки, так у 3 з 10 пацієнтів переломи не візуалізувалися.

При МСКТ не завжди точно відображалися переломи передньої стінки верхньощелепної пазухи через більш низьку роздільну здатність МСКТ в порівнянні з КПКТ.

На наш погляд, перевагами КПКТ перед МСКТ є:

- 1) велика чіткість відображення тонких кісткових структур та слизової оболонки навколоносових пазух (мінімальна товщина шару становить 0,076 мм при КПКТ, при МСКТ - 0,5 мм);
- 2) менше променеве навантаження (13 - 45 мкЗв), що в 10-15 разів менше, ніж при дослідження МСКТ (400-600 мкЗв). Променеве навантаження при КПКТ порівняно з ортопантомограмою, та залежить від апарату і зони дослідження;
- 3) менша вартість (більша доступність для пацієнтів) на відміну від МСКТ;
- 4) при проведенні дослідження – положення стоячи, при якому добре визначається горизонтальний рівень рідини в придаткових пазухах. При МСКТ - пацієнт займає горизонтальне положення , що іноді ускладнює визначення рівня та локалізації рідини;
- 5) КПКТ є єдиною з наявних рентгенологічних методик, що надає інформацію не тільки про пошкодження масивних кісткових анатомічних структур особи, та й при переломах тонкостінних кісткових структур орбіт, верхньощелепних пазух, гратчастого лабіринту;
- 6) КПКТ виявляє кісткові ушкодження будь-якої локалізації, дозволяє визначити точну кількість та напрямок зміщення кісткових уламків, зміни м'яких тканин.

Висновки: Найбільш оптимальним методом рентгенологічного дослідження, що дозволяє виявити та визначити порушення кісткових структур та м'яких тканин середньої зони особи при їх пошкодженні, є конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ).

ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

ГУРЖІЙ О.В., КОЛОМІЄЦЬ С.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Доопераційна підготовка та місцеве лікування післяопераційних ускладнень атипового видалення нижніх третіх молярів включала внутрішньом'язове однократне введення 2мл 5% розчину препарату «Мексидол» за 30 хвилин перед оперативним втручанням, безпосередньо після оперативного втручання – атипового видалення нижніх третіх молярів – на фоні діючого провідникового знеболювання введення підслизово на стороні втручання 4 мг (1 мл розчину) препарату «Дексаметазон». Протягом 1 тижня рекомендували використовувати зубну пасту «Mexidol dent complex» і ополіскувач для порожнини рота «Mexidol dent» двічі на день. Запропонованим способом проліковано 24 пацієнта.

Ефективність лікування оцінювали за інтенсивністю больового компоненту (ВАШ за S.L. Collins), враховуючи набряк м'яких тканин обличчя за методикою G. Arakeri et al. (2013), за змінами модифікованого гінгівального індексу (MGI, Lobene et al., 1986) на 1-шу, 3-тю та 7-му добу після операції.

Застосування премедикації дозволило використати мінімальну кількість анестетика для проведення оперативного втручання (1 карпула), поліпшити загальний стан пацієнта під час операції. В післяопераційному періоді вже на 3-тю добу інтенсивність больових відчуттів значно зменшилась, наростання набряку м'яких тканин обличчя не було, кровоточивість ясен зменшилась, стан швів був задовільний. Це дозволило зняти шви на 7-му добу і щоб рана загоїлася первинним натягом.

Таким чином, запропонований спосіб доопераційної підготовки пацієнтів і місцевого лікування післяопераційних ускладнень після атипового видалення нижніх третіх молярів простий у виконанні, допомагає досягти психоемоційної підготовки пацієнта перед оперативним втручанням та підвищити ефективність лікування післяопераційних ускладнень, значно покращує якість життя пацієнтів.

ЛАЗЕРОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ПАРОТИТАМИ

ДМИТРИЄВА А.А., РУЗІН Г.П., РЕЗЕПОВА К.Р.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Функціональний розлад діяльності слинних залоз може бути обумовлений пошкодженням саме залозистої тканини при запальних процесах в ній. В останні роки все більша увага приділяється діагностиці та лікуванню запальних захворювань слинних залоз. (Афанасьєв В.В., 2012) За нашими даними на третьому місці за частотою захворювання слинних залоз стоять паротити 58 випадків (11,9%) з них гострі (37 випадків), загострення (11 випадків) і хронічні (10 випадків) А .А.Дмитрієва А.А.Рузін Г.П. , 2005].

Метою роботи було проведення аналізу лікування хворих з хронічними паротитами із застосуванням лазеротерапії.