

Матеріали і методи. Нами обстежено 25 осіб віком 18 – 24 роки з ознаками синдрому больової дисфункції СНЩС. Усі пацієнти були проконсультовані лікарями-отоларингологами, невропатологами, ревматологами, ендокринологами, остеопатами, ортопедами-стоматологами задля виявлення супутньої патології. Рентгенологічні дослідження скронево-нижньощелепного суглоба проведено з аналізом ЗД-зображень. План лікування складав лікар-стоматолог разом із суміжними спеціалістами.

Лікування пацієнтів із СБД СНЩС проводили комплексно: 1 етап – блокування больового синдрому; 2 етап – відновлення правильних верхньо-нижньощелепних взаємозв'язків ортопедичними й терапевтичними методами;

3 етап – реабілітація жувальних м'язів; 4 етап – зниження психоемоційного навантаження на організм пацієнта. Консервативне лікування полягало в припиненні больових відчуттів і усуненні набрякості та м'язових спазмів. Для цього використовували масажні техніки розслаблення м'язів щелеп, застосовували медикаментозні препарати: нестероїдні протизапальні засоби, міорелаксанти, транквілізатори. Корегували поставу пацієнтів за допомогою технік мануальної терапії (остеопат), а також виконували ін'єкції в тригерні точки жувальних м'язів анестетиків без вазоконстрикторів. Пацієнтам призначали використання суглобової шини або спеціальної капи. Перевірка результатів після комплексної терапії – фіксація в положенні центральної оклюзії: кожному пацієнту індивідуально – за допомогою ортопедичного протезування (накладки або коронки) чи терапевтичного лікування (композитна реставрація). Лікування тривало 2 - 6 місяців.

Результати. Виявлено, що порушенням функції СНЩ суглоба стають зміна зубних співвідношень і деформація зубних рядів, які виражаються втратою вертикальних розмірів висоти прикусу – у 91 % випадків, травми СНЩС – 2,5%; патології сполучної тканини (ревматизм) - 6,5% випадків. Визначали локалізацію основного болю, іррадіацію його, характер клацання в суглобі. З'ясовували, що первинне: біль, клацання, блокування чи заклинювання в суглобі.

В основі патогенезу СБД СНЩС лежить спазм жувальних м'язів. За результатами вивчення рентгенологічних особливостей будови і співвідношення кісткових елементів СНЩС у пацієнтів із СБД СНЩС встановлено закономірність атипового розміщення суглобових голівок у суглобових ямках залежно від типу (бік) зміщення нижньої щелепи відносно верхньої, що проявляється асиметрією суглобових щілин і зміною топографії суглобових голівок у суглобових ямках.

Висновки. Запропонований і клінічно апробований алгоритм діагностики й лікування хворих на СБД СНЩС залежно від типу (боку) зміщення нижньої щелепи скорочує строки обстеження й лікування цієї категорії хворих від 6-ти до 2-х місяців.

Мозгова О.М.

РОЛЬ ВІРУСІВ СІМЕЙСТВА HERPESVIRIDAE У ФОРМУВАННІ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА В ДІТЕЙ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Мета дослідження: дослідити роль вірусів сімейства герпесу у формуванні уражень слизової оболонки порожнини рота в дітей.

Матеріали й методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 305 дітей віком 2,5 –14 років із тяжкими проявами рецидивуючого герпесу порожнини рота. Кількість рецидивів становила більше 6 разів за рік. На клінічному стоматологічному обстеженні оцінювали стан слизової оболонки порожнини рота (колір, локалізація, кількість і динаміка елементів ураження, залучення в патологічний процес інших анатомічних ділянок порожнини рота). Аналізували дані анамнезу: кількість рецидивів захворювання, ознаки загальної інтоксикації, характер температурної реакції, наявність і тривалість регіонарного лімфаденіту; з'ясовували наявність супутніх хвороб.

Лабораторний етап охоплював дослідження ротової рідини методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР). Дослідження проводили в лабораторії молекулярної біології Інституту нейрохірургії імені А.П. Роданова НАМН України.

Результати. За результатами досліджень 305 дітей віком 2-14 років із тяжкою формою рецидивуючої герпетичної інфекції порожнини рота було встановлено, що в 152 хворих (49%) переважно віком 2,5 –5 років і 8-14 років тяжкий перебіг захворювання зумовлений асоціацією вірусів герпесу. Виявили такі асоціації: HSV + EBV + HHV – 6 + HHV-7 -18(11,8%) віком 2-5 років; HSV + EBV + CMV + HHV–6 + HHV–7- 7 (4,6%) віком 6-14 років; HSV+ CMV- 5(3,2%) - віком 5-7 років; HSV+HHV-7(4,6%) -7-14 років; HSV + HHV–6 + HHV-7(4,6%) - 5-8 років; HSV + EBV + CMV + HHV–6- 40(26,3%) -5-11 років; HSV + EBV-68 (54,4%) - 6-14 років. Асоціантами вірусу простого герпесу (HSV) найчастіше були вірус Епштейна – Барра (EBV), вірус герпесу людини тип – 6 (HHV–6) і вірус герпесу людини тип –7 (HHV–7). Особливостями клінічних проявів мікст-герпесвірусної інфекції порожнини рота, за нашими спостереженнями, є значна вираженість загальних симптомів захворювання: больового, інтоксикації, тривалого субфебрилітету (від 1 до 1,5 місяців), лімфаденіту (від 3 до 6 місяців); залучення в патологічний процес кількох ділянок ротової порожнини й глотки: СОПР, мигдаликів, піднебінних дужок, зіву; наявність широких зливних ерозій і виразок, що епітелізуються з утво-

ренням рубців; ураження шкіри обличчя, шиї й рук; частота рецидивів – більше 6 разів за рік; їхня тривалість – 14 днів.

Висновки. Установлено, що рецидивуючий герпетичний стоматит у дітей може спричинятися асоціацією герпес-вірусів (HSV, CMV, EBV, HHV-6, HHV-7), що призводить до тяжкого клінічного перебігу захворювання. Особливостями клінічного перебігу тяжких форм мікст-герпесвірусної інфекції порожнини рота визначено формування тяжких форм захворювання в ранньому дитячому віці, значна вираженість загальних симптомів захворювання; генералізація уражень різних ділянок СОПР і шкіри; наявність зливних ерозій і виразок; велика кількість рецидивів захворювання.

Моргун Н.А., Ващенко І.Ю., Ярич Д.М.

СУЧАСНІ ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ФЛЮОРОЗУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Розробка й упровадження лікувально-профілактичних заходів для підвищення резистентності твердих тканин зубів і запобігання розвитку тяжких форм флюорозу досі актуальні, тому що початкові форми флюорозу зубів не самовиліковуються згодом, а вже через рік починають трансформуватися в тяжчі, що призводить до коричневої пігментації, деструкції емалі й викликає скарги пацієнтів на косметичну незадоволеність.

Мета дослідження – пошук нових розробок для профілактики й лікування флюорозу зубів.

Матеріали й методи дослідження. Пошук статей проводили через Google і доповнювали перевіркою оглядових статей за темою дослідження.

Результати дослідження. Для дітей із проявами флюорозу зубів у регіоні з високим вмістом фтору в питній воді ми розробили й упровадили лікувально-профілактичний комплекс, який передбачає пероральне вживання препарату «Остеовіт» і чищення зубів зубною пастою «Новий жемчуг кальцій».

Для підвищення антиоксидантних і відновлення захисних властивостей ротової рідини Л.Н. Казаріна і співавтори (2015 р.) пропонують дітям із флюорозом зубів проводити аплікації гелю R.O.C.S. Medical Minerals 2 рази за день протягом чотирьох тижнів. М.В. Гадаєва (2015 р.) пропонує застосовувати цей гель разом із пероральним уживанням вітамінно-мінерального комплексу «Асепта».

Також використання гелю R.O.C.S. Medical Minerals для аплікацій, але з уживанням препарату перги «Вінібіс» пропонує А.А. Гущина і співавтори (2015р.).

Після проведення досліджень І.А. Кіброцашвілі (2014 р.) протягом 6 місяців було виявлено, що після призначення дітям 7-14 років гліцерофосфату кальцію з полівітамінним препаратом «Комплівіт» і морською капустою й додаткових аплікацій зубних паст із гліцерофосфатом кальцію й полоскання рота ополіскувачем «R.O.C.S.» частково зникають плями у 20%, а повне зникнення плям відбувається в 33,8 % пацієнтів.

Пашаєв А.Ч. (2009 р.) для лікування флюорозу зубів запропонував застосування 35% пероксиду карбаміду, який видаляє пігментацію в емалі без її демінералізації.

Ефективну методику прямої реставрації зубів, уражених тяжкими формами флюорозу, із використанням реставраційного матеріалу «Spectrum TPH» фірми «Dentsply» розробила Е.В. Ніколішина (2018 р.).

Методику лікування хворих із тяжкими формами флюорозу шляхом використання щадного препарування зубів під керамічні вініри з використанням безметалевої кераміки «In-Ceram» фірми «Vita» і композитних цементів «RelyX ARC» і «Bifix DC» для її фіксації впровадив І.А. Ніколишин (2018 р.).

Висновки. Раннє проведення лікувально-профілактичних заходів із використанням ремінералізуючих засобів запобігає розвитку тяжких ускладнень флюорозу постійних зубів.

Мосієнко А.С., Шешукова О.В.

СТОМАТОЛОГІЧНА САНІТАРНО-ОСВІТНЯ РОБОТА В РЕГІОНАХ ІЗ ПІДВИЩЕНИМ УМІСТОМ ФТОРУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Флюороз має ендемічний характер, його поширеність напряму залежить від проживання в районах із підвищеним вмістом фторидів у питній воді. За даними ВООЗ, оптимальна концентрація фтору в питній воді в умовах помірного клімату – 0,5-1,0 міліграми на літр. Згідно з літературними даними аналіз води на вміст фтору показує, що його концентрація на різних територіях України суттєво різниться. Геологи використовують термін «геохімічний регіон» для характеристики однорідності області з певною асоціацією елементів, зокрема концентрації фтору в підземних водах. За цим критерієм нині виділяють 4 геохімічні регіони України, Полтавська область належить до четвертого геохімічного регіону, де вміст фтору в водах деяких районів Полтавщини становить від 3,0 мг / л до 12 мг/л.