

MEDLINE, Cochrane, EMBASE, PubMed, Lilacs, BBO тощо та наступна література: Jeffrey P. Okeson «Etiology and Identification of Functional Disturbances in the Masticatory System» Rudolf Slavicek «Жувальний орган», Peter E. Dawson «Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design». Також було проведено анкетування 42 пацієнтів, серед яких – 18 діти, що проходили лікування на базі ПП «Професорська стоматологія».

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі виконаної роботи було виявлено таку розповсюдженість бруксизму: 31 особа не відмічали жодних ознак наявності бруксизму. Серед дорослих ознаки бруксизму відмітило 5 осіб (20,8%). Серед дітей батьки відмічали ознаки бруксизму в 6 осіб (≈33,3%). Після огляду ротової порожнини дорослих пацієнтів ознаки бруксизму були наявні у 36% осіб, проте з яких 16% пацієнтів про наявність патології стверджували негативно. За даними статей науково-доказової медицини бруксизм зустрічається у людей будь-якого віку, але частіше зустрічається у дітей, і має тенденцію до зменшення з віком. Також відмічалось, що нічний бруксизм зустрічається частіше. Вважається, що бруксизм є поліетіологічним розладом, провідним фактором якого є стрес. Його вважають варіантом норми, бо таким чином ми «випускаємо» стрес з себе. Також повинні враховувати бруксизм, як фактор постійного перевантаження на жувальну систему, коли плануємо стоматологічне лікування, можливі ускладнення та його наслідки, та обов'язково інформувати про це пацієнта.

Висновки. Бруксизм є предметом дискусій для лікарів, дослідників та науковців, яке стрімко набирає частоту поширеності, тому активно вивчається та має продовжувати вивчатися у подальшому для чіткого розуміння цієї проблеми.

ВУЛЬГАРНА ПУХИРЧАТКА, ЇЇ ПРОЯВИ В ПОРОЖНИНІ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Зленко А.

Науковий керівник: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Багато дерматозів з аутоімунним компонентом локалізуються на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) та червоній каймі губ. Вважають, що таких хворих повинні лікувати лікарі дерматологи. Але досить часто перші прояви цих

захворювань (при вульгарній пухирчатці більше 60%) локалізуються в порожнині рота. Хворі лікуються у стоматологів з різними діагнозами, і лише коли з'являються пухири на шкірі, звертаються до дерматологів.

Пухирчатка – злоякісне захворювання, клінічно виявляється утворенням пухирів на видимо не зміненій шкірі та СОПР хворого, яке відноситься до аутоімунних захворювань. Пухири розвиваються внаслідок патологічного процесу – акантоліза, поширюються без адекватного лікування на всю шкіру та слизові оболонки хворого, що призводить до *exitus letalis*.

За даними А.Л. Машкіллейсона (1980, 1991) можливо пусковим моментом патологічного процесу є зміни ядерної ДНК клітин шипуватого шару і водно-сольового балансу цитоплазми цих клітин, що призводить до порушення антигенної структури та проникності мембран. Внаслідок цього розвиваються аутоімунні процеси – змінена антигенна структура мембран клітин шипуватого шару епітелію слизової оболонки (шкіри) сприймається організмом, як чужорідна, проти неї починають вироблятися антитіла типу IgG. У механізмі процесу акантолізу приймають участь – аутоантитіла типу IgG, протеолітичні ферменти, різні фракції Т-лимфоцитів та В-лимфоцити.

Мета дослідження – за рахунок дослідження клінічного випадку вдосконалити знання лікарів-стоматологів з питань патології СОПР для покращення діагностичних заходів, встановлення вірного діагнозу, що в свою чергу можуть врятувати життя пацієнта.

Пухирчатка без адекватного лікування може призвести до летального випадку.

Методи дослідження. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулась на консультацію пацієнтка А., 58 років. Під час обстеження виявлено: видимі шкірні покриття без змін, природнього кольору, видимі слизові оболонки без змін. На слизовій оболонці нижньої губи зліва наявна зона порушення цілісності слизової оболонки у вигляді червоної ерозії до 2-х сантиметрів діаметром покритої білою плівкою, навколо слизова оболонка без змін. Пальпація слабо болісна. Позитивний симптом Нікольського.

Анамнез захворювання. Зі слів пацієнтки на слизовій оболонці губи утворився великий пухир, який швидко лопнув та на його місці з'явилась ерозія. Загальний стан погіршився. Пацієнтка відмічає труднощі при прийомі їжі.

Діагностика. Симптом Нікольського: протирання незміненої СОПР (шкіри) на відстані від висипання призвело до відшарування

видимо здорових ділянок. Цитологічне дослідження: відібрано матеріал на предметне скло після попереднього промивання ерозії фізіологічним розчином. Мазки-відбитки взяли з поверхні ерозій за допомогою гумових стовпчиків. Матеріал було відправлено до цитологічної лабораторії. У лабораторії відбитки зафіксували на склі метиловим спиртом 1 хв, висушили. Препарат зафарбували за Романовським-Гімзою протягом 20-25 хв розчином азуреозином. Виявили клітини Тцанка. Клітини Тцанка менше нормальних епітеліальних клітин, а ядро значно більше. Велике ядро інтенсивно синьофіолетового кольору, займає майже всю клітину, цитоплазма розташована тонким шаром по периферії.

Встановлено попередній діагноз: вульгарна пухирчатка. Хвора була направлена до дерматолога для уточнення діагнозу та проведення лікування.

Висновки. Було досліджено пацієнта з попереднім діагнозом вульгарна пухирчатка та направлено до вузького спеціаліста, щодо уточнення діагнозу та початку лікування. Було проаналізовано клінічні прояви хвороби на слизовій оболонці порожнини рота. При розвитку даної хвороби може розвиватись небезпечний стан для пацієнта, при якому пухирі та ерозії можуть вкривати усю поверхню тіла та спричинити зневоднення та кахексію, що може призвести до exitus letalis.

Література:

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній М.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – С.247-279.
2. Shamim T, Varghese VZ, Shameena PM, Suddha S. Pemphigus Vulgaris in oral cavity. Clinical analyses of 71 cases. Med Oral Pathol Buccal. 2008;13:2622–2626.
3. Urbano FL. Nikolsky's Sign in Autoimmune Skin Disorders. Hospital Physician. 2001:23–24.
4. Endo H, Rees TD, Hallmon WW. Disease progression from mucosal to mucocutaneous involvement in a patient with desquamating gingivitis area with Pemphigus Vulgaris. Journal of Periodontology. 2008;99(2):368–375.
5. Yeh, S.W; Ahmed, Babar; Sami, Naveed; Ahmed, A. Razaque. Blistering disorders: diagnosis and treatment. Dermatologic therapy. 2003;16(3):214-23.
6. Manifestation of pemphigus vulgaris in the orofacial region. A case report. Fassmann A, Dvoakova N, Izakoviaova Holla L, Vanuk J, Wotke J. Script Med. 2003;76:55–62.

7. Autoimmune bullous skin diseases. Part 2: diagnosis and therapy. Kneisel A, Hertl M. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:927–947.

8. A cross-sectional study of clinical, histopathological and direct immunofluorescence spectrum of vesicubullous disorders. Arundhathi S, Ragunatha S, Mahadeva KC. *J Clin Diagn Res.* 2013;7:2788–2792.

9. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. Liu D, Ahmet A, Ward L, et al. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2013;9:30.

10. Pemphigus therapy with oral prednisolone regimens. A 5-year study. Ratnam KV, Phay KL, Tan CK. *Int J Dermatol.* 1990;29:363–367.

ЗМІНИ СТАНУ ОПОРНИХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ ПЕРІОТЕСТОМЕТРІЇ ЗА ОСТАННІ 15 РОКІВ

Зражевський Я., Коробов П.

Науковий керівник: доцент Виженко Є.С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Захворювання тканин пародонту є актуальною проблемою сьогодення. Серед багатьох етіологічних факторів та патогенетичних механізмів розвитку пародонтопатій зубощелепні аномалії (ЗЩА) займають важливу роль.

В ортодонтії, окрім фізіологічної та патологічної рухомості, виділяють рухомість зубів, яка виникає під час ортодонтичного лікування.

Тому своєчасна функціональна діагностика таких змін є важливою ланкою профілактики захворювань пародонту та контролю ортодонтичних сил.

В ортодонтії періотестометрію використовують для оцінки стану тканин пародонту до початку та на етапах ортодонтичного лікування, для визначення стабільності ортодонтичних мінімплантів та в ретенційному періоді як критерій його результатів.

Мета дослідження. Оцінити зміни в опорних тканинах пародонту в пацієнтів із ЗЩА до початку лікування за даними періотестометрії у віковому інтервалі 15 років.

Матеріали і методи. Періотестометрію зубів проводили апаратом Periotest. Для порівняння всі пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 56 пацієнтів, усі жіночої статі, середній вік 20 років, які мали ЗЩА за даними періотесту 2008 року. У другій