

Для врахування кількості уражених гіперестезією зубів користувалися індексом розповсюдженості гіперестезії зубів (Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, 1997). При значеннях індексу більше 25% діагностували генералізовану форму гіперестезії.

Результати. Для ефективного подолання проявів генералізованої цервікальної гіперестезії у хворих на хронічний генералізований пародонти I ступеня тяжкості достатньо місцевого застосування антисенситивної зубної пасти, що містить 5% нітрат калію і фтор.

Висновки. Лікування цервікальної гіперестезії повинно бути складовою частиною комплексного лікування захворювань тканин пародонту, яке проводиться з обов'язковим урахуванням етіологічних факторів і патогенетичних варіантів його перебігу. Необхідно проведення поетапної терапії гіперестезії з використанням засобів місцевої ремінералізуючої терапії. Невід'ємною складовою такого лікування є використання адекватних засобів гігієни, які повинні бути активною частиною не тільки лікування, а й не менш важливого етапу реабілітації чи підтримуючої терапії хворих.

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ВОВЧАК СИМПТОМ «ЯБЛУЧНОГО ЖЕЛЕ». КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Курило В.

Наукові керівники: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Туберкульоз сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але усьому світі. Загальна кількість хворих сягає 50-60 млн, що змусило ВООЗ проголосити у квітні 1993 року туберкульоз глобальною небезпекою.

Починаючи з 1995 року в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка невпинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. Туберкульоз веде себе агресивно, уражаючи в основному осіб молодого та зрілого віку, призводить до тимчасової і стійкої втрати працездатності та зростання первинного виходу на інвалідність від даної патології, вимагає тривалого комплексного лікування та реабілітації хворих, попередньо визначає негативні соціально-економічні наслідки.

Недосконалість існуючих методів профілактики, лікування і реабілітації, подальше поширення захворювання на туберкульоз із

всіма його негативними наслідками обумовлюють необхідність вміти діагностувати та визначати лікувальну тактику при проявах на слизовій оболонці порожнини рота у хворих на туберкульоз.

Туберкульозне ураження в ЩІД включає наступні прояви: ураження шкіри; слизових оболонок; підшкірної клітковини, щелеп; лімфатичних вузлів; слинних залоз.

Первинне туберкульозне ураження звичайно формується в ділянці лімфатичних вузлів і, за даними Е.Я. Клячко, складає 60,8%. За спостереженнями автора, в патологічний процес частіше залучаються піднижньощелепні, верхні шийні, привушні і підпідборідні вузли. Екзогенна інфекція в лімфатичні вузли може проникнути через шкірні покриви голови й обличчя, слизові оболонки ясен, щік, і носоглотки, через мигдалини лимфоїдного глоткового кільця Пирогова-Вальдейера.

Крім первинного туберкульозного лімфаденіту існує і вторинне ураження, що виникає в результаті ендогенного поширення інфекції з уже існуючих осередків в організмі лімфогенним шляхом. Вторинні туберкульозні лімфаденіти можуть виникати в результаті гематогенного метастазування мікобактерій із осередків різних органів (легень, кіст та ін.).

Туберкульоз шкіри и підшкірної клітковини виникає при гематогенному і лімфогенному поширенні мікобактерій з туберкульозних осередків (лімфовузлів, ін.). Розрізняють наступні клінічні форми:

- Первинний туберкульоз шкіри (туберкульозний шанкер) – частіше зустрічається в дитячому віці. На шкірі з'являються ерозії чи виразки з трохи ущільненим дном.

- Туберкульозний вовчак – первинним елементом є горбик (люпома).

- Скрофулодерма (коллікваційний туберкульоз) – характеризуються появою внутрішньошкірних вузлів розміром до 1-3 см.

- Бородавчастий туберкульоз – характеризується появою щільного дрібного безболісного вузлика рожево-синюшного кольору.

- Міліарно-виразковий туберкульоз – характеризується появою дрібних жовто-червоних вузликів, що швидко виразковуються, зливаються між собою й утворюються поверхневі, дуже болісні виразки.

- Дисеменованний міліарний туберкульоз обличчя (міліарна вовчанка обличчя) – хвідзначається появою на шкірі обличчя (рідко шиї) дрібних безболісних вузликів рожевого чи бурого кольору, можуть виразковуватись з наступним рубцюванням чи розсмоктується без сліду.

- Розацеаподібний туберкулід – на фоні розацеаподібної гіперемії і

телеангіектазій розташовуються рожево-коричневі папули, рідко з пустулами в центрі, що підсихають у кірку, після їхнього відторгнення залишаються рубці.

- Папуло-некротичний туберкульоз – з'являються м'які округлі папули (розміром 2-3 мм), безболісні, ціанотично-бурого забарвлення.

Туберкульозний (звичайний або вульгарний) вовчак зустрічається в дитячому віці з виникнення горбка – люпоми. Переважно ураження зазнає шкіра обличчя (70%), особливо в ділянці носа, щік, біля рота, вушні раковини, шия, рідше – кінцівки та тулуб. Ця форма виникає гематогенним і/або лімфогенним шляхом. Туберкульозні горбки дещо виступають над поверхнею шкіри або ж розташовані в товщі власне шкіри. Люпоми невеликі за діаметром (2-5 мм), жовто-червоного кольору, округлої форми, тістоподібної консистенції. У разі натиснення предметним склом (діаскопія) горбок набуває жовто-коричневого забарвлення – симптом «яблучного желе».

Діагностика хвороби полегшується наявністю характерних симптомів «яблучного желе» при діаскопії в інфільтративній фазі та симптомом провалювання зонда в люпому (симптом Поспелова). Реакція Манту позитивна, але у виділеннях із виразок, як правило, мікобактерій не знаходять. Гістологічним дослідженням у сітчастому шарі сполучної тканини виявляється горбик, в якому містяться гігантські клітини Пирогова-Лангханса, плазматичні, епітеліоїдні клітини, навколо них – лімфоцити. Казеозний некроз відсутній або слабо виражений.

Мета дослідження. Навчитися діагностувати туберкульоз на стоматологічному прийомі та визначати лікувальну тактику тематичних хворих. Вміти використовувати спеціальні методи обстеження хворих на туберкульоз при проявах на шкірі обличчя.

Методи дослідження. На кафедрі післядипломної освіти лікарів стоматологів звернувся пацієнт М., 14 років, зі скаргами на наявність горбиків м'якої консистенції на шкірі верхньої губи.

Об'єктивно: на шкірі верхньої губи наявні невеличкі горбики (люпоми) при натискуванні на які є позитивним симптомом Поспелова. Горбики м'якої консистенції, червоного кольору, 5 мм у діаметрі, безболісні при пальпації. При натисканні предметним склом горбик набуває жовто-коричневого забарвлення – симптом «яблучного желе».

Анамнез захворювання: скарги на загальну слабкість, наявність горбиків на шкірі верхньої губи, які з'явилися 6 місяців тому.

Діагностика туберкульозного вовчака ґрунтується:

- на виявленні люпом з характерними симптомами (яблучне желе, симптом зонда Поспелова) у вигляді жовтуватого-застійних

гістоподібних горбків і бляшок;

- повільний перебіг процесу з утворенням виразок і атрофічних рубців в ділянках типової локалізації;

- на результатах гістологічного дослідження, виявленні сенсibiliзації до туберкуліну.

У крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз. У зіскрібках із виразки наявні гігантські клітини Пирогова-Лангханса та епітеліоїдні клітини. У бактеріоскопічному дослідженні наявні бацили Коха. Виявляється симптом «яблучного желе» разом із симптомом Поспелова. Попередній діагноз: «Туберкульозний вовчак».

Пацієнт був направлений до лікаря-фтизіатра для уточнення діагнозу та проведення лікування.

Висновки. Було обстежено пацієнта з попереднім діагнозом «туберкульозний вовчак» та направлено до вузькопрофільного спеціаліста з приводу уточнення діагнозу та подальшого лікування даного захворювання. Було проаналізовано клінічні прояви даної хвороби на шкірі верхньої губи.

Література:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина. - Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. - Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.

2. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т. - Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін. - К.: Медицина, 2010. - 640 с.

3. Україна. МОЗ. Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію: наказ МОЗ України від 19.11.2009 р. № 846 // Управління закладом охорони здоров'я. - 2010. - № 1. - С. 92-97.

4. Мельник В.М. Проблеми епідеміології та профілактики туберкульозу // Медицинские вести. – 1997. - № 1. - С. 10-13.

5. Біологічні особливості L-форм мікобактерій туберкульозу, що виделені у хворих на туберкульоз легень / Чернушенко К.Ф.

6. Wenzel, R.P. The Impact of Hospital-acquired Bloodstream Infections / R. P. Wenzel M. B. , Edmond // Emerg. Infect. Dis. 2001. - Vol. 7. - P. 174–177.

7. De Cock K.M., Wilkinson D. Tuberculosis control in resource-poor countries: alternative approaches in the era of HIV [comments]. Lancet

1995; 346:675-7.

8. Porter J.D. Mycobacteriosis and HIV infection: the new public health challenge. J Antimicrob Chemother 1996; – 37:113-20.

9. Raviglione M.C., Snider D.E. Jr, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995; 273:220-6.

10. Whalen C.C., Johnson J.L., Okwera A., et al. A trial of three regimens to prevent tuberculosis in Ugandan adults infected with the human immunodeficiency virus. Uganda-Case Western Reserve University Research Collaboration. N Engl J Med 1997; 337:801-8.

11. Wilkinson D., Davies G.R., Connolly C. Directly observed therapy for tuberculosis in rural South Africa, 1991 through 1994 [comments]. Am J Public Health 1996; 86:1094-7.

ДЕНСИТОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛІВОК СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ВТОРИННИМИ АДЕНТІЯМИ

Лемак Р.

Науковий керівник доцент Стасюк О.А., Сокологорська-Никіна Ю.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтиів

Полтавський державний медичний університет

Останнім часом остеопороз, як системне захворювання кістяка, має тенденцію до омолодження та характеризується зменшенням маси кісткової тканини та порушенням її мікроархітекtonіки, що в свою чергу уповільнює темп зростання кісткової системи і призводить до розвитку аномалій прикусу.

Мета дослідження – провести денситометричну оцінку суглобових голівок СНЩС у пацієнтів із зубощелепними аномаліями та вторинними адентіями.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на КПКТ 54 пацієнтах, що мають як зубощелепні аномалії (n=36) – 1 група, так і вторинну адентію (n=18) – 2 група. За гендерним принципом розподіл пацієнтів було майже рівномірним: 29 жінок і 25 чоловіків. Згідно ортодонтичної патології пацієнти першої групи були розподілені на підгрупи згідно класифікації Е.Н. Angle. Поділ пацієнтів був таким: I клас – 18 пацієнтів, II клас – 12 пацієнтів та III клас – 6 пацієнтів. Другу групу становили 18 ортопедичних пацієнтів із вторинними