

Пацієнти зі статусом ВІЛ-інфікованих постійно перебувають у стані хронічного стресу, у них змінюється сприймання модусу майбутнього, вони потребують психологічного супроводу, усунення гнітючих почуттів щодо того, що їх чекає.

Розрізняють ряд психологічних аспектів стресу у ВІЛ-інфікованих, таких як фаталізм, хронічне нетерпіння, депресія, тривало скорбота, недостатність надійної підтримки, недостатня впевненість в собі, відсутність цілей і завдань, тривало існуючий стрес при ВІЛ-інфекції, що руйнує імунну систему.

Поведінкові аспекти стресу у ВІЛ-інфікованих мають не менше значення і розділяються наступним чином: неадекватність дихання у людей, що проявляється у затримуванні дихання чи поверхневому диханні; недостатнє вживання рідини; поганий апетит та стиль харчування; розлади сну; зловживання деякими речовинами, не лише наркотичними засобами чи медикаментами, але і нікотином, кофеїном чи навіть звичайним цукром; неадекватні чи недостатні фізичні навантаження.

Медичні аспекти хронічного стресу у ВІЛ-інфікованих - це повторні контакти з ВІЛ та іншими інфекціями, обмежена можливість догляду за собою під час хвороби, недостатнє розуміння проблем здоров'я, пов'язаних з ВІЛ, пасивні взаємовідносини з людьми, які надають першу допомогу.

Лікарі-стоматологи повинні пам'ятати про труднощі психологічного стану цього контингенту, намагатися максимально щиро і відверто будувати співпрацю, захищати права та гідність людей, які живуть з ВІЛ. Адже це не є чимось таким, що трапляється з іншими людьми. Це те, що торкається усіх нас і на що усі ми повинні дати відповідь.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ

Іленко Н.М., Марченко А.В., Ніколішина Е.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для усунення дизоклюзій при патологічній стертоості зубів, патології пародонту та прикусу в терапевтичній стоматології застосовується реставраційна техніка, яка передбачає відновлення втрачених тканин зубів за допомогою композиційних матеріалів світлового затвердіння. Однак підвищення прикусу навіть на 2-3 мм зачасту призводять до розвитку у хворих больових відчуттів в скроневощелеповому суглобі, явищ травматичного періодонтиту внаслідок супероклюзії, запалення тканин пародонту, тощо. Для запобігання даних ускладнень на попередньому етапі лікування використовують капи, які дещо незручні в використанні та не завжди раціональні.

В ортодонтії при лікуванні вертикальних аномалій прикусу, глибокого різцевого перекриття, дизоклюзії з метою роз'єднання прикусу використовують mini-mold техніку. На нашу думку, дану техніку доцільно застосувати як підготовчий етап перед відновленням втрачених тканин зубів реставраційними матеріалами. Метою нашої роботи стало вдосконалення етапів підготовки до відновленням втрачених тканин зубів реставраційною технікою.

Нами використані елементи mini-mold техніки на етапі лікування патологічної стертоості, який передує реставрації.

Була відібрана група хворих віком 35-44 роки з патологічною стертоостю зубів II-III ступеню тяжкості, яким показано відновлення висоти прикусу.

В залежності від локалізації патологічних змін за допомогою фотополімерного матеріалу було проведено фіксування силіконових лінгвальних кнопок на піднебінні бугри різців та щічні бугри молярів терміном від двох тижнів до півроку. Завдяки застосування силіконових кнопок відбувалося поплавлення, повільне пристосування зубів та скроневощелепового суглобу до нової висоти прикусу. Таким чином, клінічні дослідження показали, що використання силіконових лінгвальних кнопок дає позитивний результат та може використовуватись як етап підготовки перед відновленням висоти прикусу композиційними матеріалами світлового затвердіння.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ БІОФІЗИЧНОГО ВПЛИВУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІХС З СУПУТНІМ ХОЗЛ

Казаков Ю.М., Боряк В.П., Ні.Чекаліна, С.В.Шуть, Є.Є.Петров, Н.В.Берчун

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета досліджень: вивчити клінічний перебіг, стан гемореології, ліпідного обміну, гемодинаміки та функції зовнішнього дихання у хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ, які приймали сеанси періодичної нормобаричної гіпоксії (ПНГ), ультрафіолетове опромінення крові (УФОК), та інгібітор АПФ – еналапил малеат.

Методи дослідження: загальноклінічне обстеження хворих, ЕКГ, доплер-ЕХО-крадіографія для дослідження центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки на апараті «Ультраскан», добове холтерівське моніторування серцевого ритму та артеріального тиску на апараті «Кардіотехніка-4000АД», функція зовнішнього дихання вивчалась методом спірографії на апараті «Метатест-1», уявна в'язкість крові вивчалась на ротаційному віскозіметрі В.Н.Захарченко, показники ліпідного спектру традиційним методом.

Отримані результати: У даній групі хворих до лікування мали місце зниження толерантності до фізичного навантаження у 82% осіб, виражені прояви дихальної недостатності у 67% осіб були обумовлені як коронарною, так і міокардіальною недостатністю, недостатністю кровонаповнення легенів.

Застосована терапія значно покращила клінічний стан у хворих та перебіг кардіальної патології. При застосуванні ПНГ в комплексі з УФОК та еналаприлом малеату відмічався зріст коронарного, міокардіального резервів у 89,3%, а також покращення легеневого кровотоку у 91,4%. Спостерігалось достовірне зниження в'язкості крові на всіх напругах і швидкостях зсуву. По даним ЕХОК – зменшення систолічного та діастолічного розмірів лівого шлуночку, збільшення циркулярного укорочення волокон міокарду, ударного об'єму і фракції викиду, зменшення товщини МШП, ММЛШ та її індексу, товщини ПШ. Лікування призводило до зменшення кількості екстрасистол, зниження частоти реєстрації шлуночкових аритмій високих градацій, знищення епізодів шлуночкових тахікардій. При аналізі показників спірографії відмічено зменшення частоти дихання за хвилину, збільшились показники ДО₂, ЖЄЛ, МВЛ, об'єм форсованого видиху. Виявлена тенденція зниження показників холестерину, бета-ліпопротеїди крові.

Значимість запропонованого комплексу лікування підтверджена показниками реабілітації хворих - до 60% хворих відмітили нормалізацію свого клінічного стану, до 30% - значне покращення. Подовжились строки ремісії до одного року. В катамнезі у 80% хворих перші ознаки та симптоми, які потребують лікування, з'явилися через 1 рік, у 20% - через 8-9 місяців після проведеної терапії.

Висновки: Поєднання ХОЗЛ та ІХС призводить до більш тяжкого перебігу основного захворювання, а саме обумовлює виникнення епізодів стенокардії напруження, епізодів безбольової ішемії міокарду, екстрасистолії.

Запропонований лікувальний комплекс є ефективною комбінацією факторів, які призводять до стабілізації показників гемодинаміки та функції зовнішнього дихання, що досягається впливом на мікроциркуляцію та реологію крові шляхом активації механізмів адаптації та гіпоксітерапії.

Проведене лікування призводить до покращення метаболізму міокарду, потенціювання окислювально-відновних процесів, що обумовлює інактивацію ознак серцево-легеневої недостатності.

РІВЕНЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У 12-ТИ РІЧНИХ ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ, ПРОЖИВАЮЧИХ В РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ

Казакова Р.В., Мельник В.С., Дячук Е.Й.

Ужгородський Національний університет, м. Ужгород

Рівень стоматологічних захворювань залежить від цілого комплексу факторів, які впливають на організм дітей. Як відомо, стан довкілля та спосіб життя визначають більш як 70% якісного здоров'я населення. В літературі є значна кількість даних, яка підтверджує залежність поширеності і важкості стоматологічної захворюваності в залежності від екологічних умов територій проживання дитячого контингенту, що необхідно враховувати при розробці регіонально-орієнтованих програм профілактики.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження стало вивчення стоматологічного здоров'я дітей 12 років, які проживають у різних по екологічних показниках районах Закарпаття.

У відповідності з поставленою метою було обстежено 215 дітей 12-річного віку. Всі обстежені стратифікувались в залежності від місця проживання на території Закарпаття.

В першу групу ввійшло 87 дітей, які проживають в м. Перечин, на території якого розташований ВАТ «Перечинський ЛХК», де кратність стійкого перевищення норми викиду оксиду вуглецю та неметалевих легких органічних сполук відповідно становить 2,5 та 7. Другу групу (128 чол.) склали діти, що проживають в умовах міського середовища (м. Ужгород). В якості показників стоматологічного здоров'я використовували індекси поширеності та інтенсивності карієсу зубів (КПВ), СРІ, стан гігієни ротової порожнини (ГРП) оцінювали з допомогою індекса Грін-Вермільона. В середньому по групі обстежених поширеність та інтенсивність карієсу складала відповідно 88,5% та 4,7. Індекс гігієни за Грін-Вермільоном 2,41, кількість здорових секстантів (СРІ) – 1,21.

При проведенні порівняльного аналізу отриманих даних в двох районах встановлено, що у першій групі дітей незначно більша поширеність карієсу зубів, ніж у дітей м. Ужгорода і складає 88,5% проти 81,2%. При цьому інтенсивність карієсу зубів значно перевищує аналогічний показник у дітей з м. Ужгорода (4,7 проти 3,76). Гігієнічний стан порожнини рота в обох групах незадовільний (2,24 і 2,42), кількість здорових секстантів (СРІ) у першій групі – 1,21, а в другій – 1,02. Слід відмітити, що важкий ступінь протікання каріозного процесу відмічена у 29,4% дітей, які проживають у м. Перечин (аналогічний показник в м. Ужгороді склав 13,1%). Таким чином діти, що проживають на екологічно забруднених територіях, демонструють гірші показники ніж діти, які постійно проживають в умовах міського середовища, що необхідно враховувати в плануванні стоматологічного обслуговування дитячого населення.