

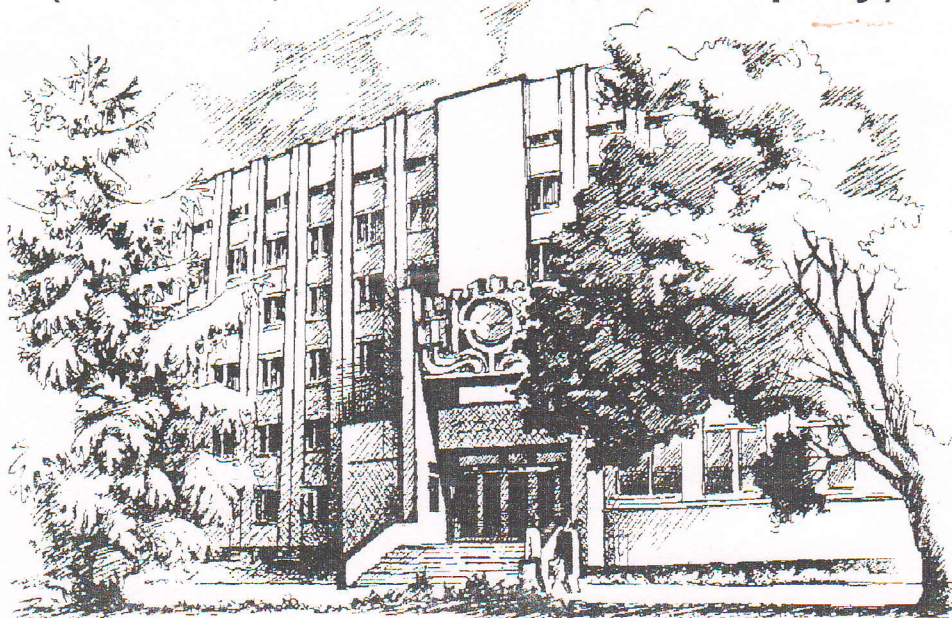
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»



# МАТЕРІАЛИ

## Всеукраїнської науково-практичної конференції «МЕДИЧНА НАУКА В ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

(Полтава, 20 листопада 2015 року)



Морфологічний корпус УМСА

Полтава-2015



вого фторнавантаження в 2 рази і більше, пацієнта відносили до диспансерної групи № 1. Схема профілактики карієсу для пацієнтів даної групи включає:

- покриття зубів стоматологічним лаком з фтором від 2 до 4 разів на рік, в залежності від інтенсивності карієсу та визначеного в динаміці показника засвоєння (зв'язування) іонів фтору емаллю;
- чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами, які містять фториди;
- застосування ополіскувачів для порожнини рота, до складу яких входять іони фтору.

При середній структурно-функціональній резистентності емалі постійних зубів (ТЕР 30-50%) та зменшенні інтенсивності забарвлення протравлених ділянок емалі після додаткового фторнавантаження менше, ніж в 2 рази, пацієнтів відносили до диспансерної групи № 2. Для них рекомендуємо схему профілактики карієсу постійних зубів, яка включає:

- покриття постійних зубів стоматологічним лаком з фтором 1 - 2 рази на рік, в залежності від інтенсивності карієсу та визначеного в динаміці показника засвоєння (зв'язування) іонів фтору емаллю;
- чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами, які містять іони фтору та кальцію;
- застосування ополіскувачів для порожнини рота, до складу яких входять фториди та кальцій.

Незалежно від ступеня структурно-функціональної резистентності емалі, при відсутності зниження інтенсивності забарвлення протравлених ділянок емалі після додаткового фторнавантаження, а тим більше при її збільшенні, пацієнтів відносили до диспансерної групи № 3. Рекомендована схема індивідуальної профілактики карієсу постійних зубів у школярів диспансерної групи № 3:

- покриття зубів ремінералізуючими гелями з кальцієм 2 - 4 рази на рік в залежності від інтенсивності карієсу та визначеного в динаміці показника засвоєння (зв'язування) іонів фтору в емалі зубів;
- чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами з кальцієм;
- застосування ополіскувачів та еліксирів для порожнини рота, які містять кальцій.

### Висновки

Запропонований розподіл школярів в диспансерні групи для профілактики карієсу зубів дає можливість лікарю-стоматологу диференційовано зараховувати дітей шкільного віку, які проживають в місцевостях з різним вмістом фтору в питній воді, в диспансерні групи, в залежності від рівня структурно-функціональної резистентності емалі та індивідуальної здібності емалі зубів засвоювати (зв'язувати) фтор. Це допомагає лікарю-стоматологу уникнути помилок при призначенні лікарських засобів з метою профілактики карієсу та засобів догляду за зубами.

УДК [616.314 – 053+616.98:578.828VIL]

Поліщук Т.В.

### ПРОЯВИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Україна відноситься до числа держав, для яких характерний епідемічний тип поширення ВІЛ/СНІДу. Тому лікарям різного профілю доводиться надавати допомогу як пацієнтам з відомим ВІЛ-статусом, так і тим хворим, що не обстежені та не знають про свій діагноз, а в ряді випадків свідомо приховують його. У стоматологічній практиці зустрічалися випадки, коли діти кілька років лікувалися з приводу проявів ВІЛ-інфекції (дерматитів, стоматитів, анемії, паротиту, пневмонії) у різних фахівців, але при цьому їм не проводилося обстеження на ВІЛ, і відповідно не був поставлений правильний діагноз.

Тому настороженість лікаря-стоматолога дитячого відносно цієї патології повинна базуватися на знанні цілого ряду симптомів ВІЛ-інфекції, багато з яких мають свої характерні клінічні прояви, в той час як деякі симптоми можуть зустрічатися і у не ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції включають ураження органів і систем, пов'язані з безпосереднім впливом ВІЛ, а також розвитком опортуністичних інфекцій.

До основних уражень органів і систем при ВІЛ відносять: збільшення периферичних лімфатичних вузлів, печінки і селезінки, порушення темпів фізичного розвитку, синдром виснаження (вастинг-синдром), ураження шкіри (дерматити, ксероз, васкуліти, плямисто-папульозне висипання), паротит, ураження дихальної системи (лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія), ураження ЦНС (ВІЛ-енцефалопатія), ураження серцево-судинної системи (кардіопатія, серцева недостатність), нефропатію (протеїнурія, нефротичний синдром, ниркова недостатність), ураження травного тракту (синдром мальабсорбції), гематологічні зміни (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія).

У дітей одним із діагностичних критеріїв СНІДу є вастинг-синдром - синдром виснаження, який визначається як:

- зниження маси тіла більш ніж на 10%;
- хронічна діарея (більше 30 днів і довше);
- документована лихоманка (інтермітуючому або постійного типу) протягом 30 днів і більше.

Вастинг-синдром є незалежним прогностичним фактором смерті хворих.

У 2-14% дітей відзначається паротит, який характеризується ураженням слинних залоз, що проявляється припухлістю привушних залоз. В одних випадках слинні залози збільшуються в результаті лимфоцитарної інфільтрації, при цьому ураження може бути стійким, як одностороннім, так і двостороннім та може супроводжуватися ксеростомією і боєм в роті. При пальпації слинні залози еластичні, безболісні, шкіра над ними не змінена. При натисканні на залозу з протоки виділяється прозора слина.

В інших випадках виникає бактеріальний паротит, частіше однобічний, рецидивуючий, який супроводжуєть-



ся лихоманкою, місцевої хворобливості і гіперемією шкіри. При пальпації залоза щільна, болюча, при її масажуванні з протоки виділяється гній.

Поряд з частими інфекційними ураженнями шкіри при ВІЛ-інфекції у дітей можливі прояви atopічного дерматиту. Ксероз - патологічна сухість шкіри - часте ускладнення будь-якого імунodefіциту. При такому ускладненні перебігу ВІЛ-інфекції виявляються множинні лусочки (відторгнуті рогові пластинки) на шкірі обличчя і всього тіла, характерні скарги на сухість шкіри і свербіж.

Також одним із проявів є лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія, як повільно прогресуючий стан., що становить 30-40% захворювань дихальних шляхів у ВІЛ-інфікованих дітей. Клінічні прояви зазвичай виникають у віці 2-3 років (поступово наростаюча задишка і швидка стомлюваність, іноді кашель). Цей дихальний симптом супроводжується генералізованою лімфаденопатією, гепатоспленомегалією, збільшенням привушних слинних залоз і лімфоцитозом. В подальшому в цій стадії визначаються ознаки хронічної гіпоксії (ціаноз, потовщення нігтьових фаланг у вигляді барабаних паличок).

Тромбоцитопенія виявляється приблизно у 30% дітей і підлітків, інфікованих ВІЛ. Легка тромбоцитопенія зазвичай протікає безсимптомно. Однак коли число тромбоцитів знижується до 20 000-50 000 мкл<sup>-1</sup>, з'являється геморагічний синдром.

До опортуністичних інфекцій відносять пневмоцистна пневмонія, мікози (кандидоз, криптококоз, кокцидіодоз), бактеріальні інфекції, у тому числі туберкульоз і атипові мікобактеріози, герпесвірусні інфекції, паразитози (токсоплазмоз, криптоспоридіоз), пухлини та ін.

Кандидозний стоматит - молочниця - найчастіша опортуністична інфекція ротової порожнини у ВІЛ-інфікованих дітей (поширеність 28-67%). Зазвичай розвивається при низькому або пониженому числі лімфоцитів CD4. Може проявлятися утворенням на слизовій червоних вогнищ (атрофічний, або еритематозний, кандидоз), білим нальотом, який можна зняти шпателем, а також почервонінням і тріщинами в кутах рота (кандидозний хейліт, або заїда). Нерідко протікає без скарг, але іноді супроводжується палінням або болем в роті. Діагноз ставиться по клінічній картині і підтверджується бактеріоскопічною і бактеріологічним дослідженням. Найчастіше виявляються *Candida spp.*

Контагіозний моллюск викликається ДНК-вірус із сімейства поксвірусів. Характерні висипання у вигляді множинних напівсферичних папул з пупковидним вдавленням в центрі, які частіше з'являються на обличчі, але можуть розташовуватися і на інших ділянках тіла. Діагноз підтверджується при виявленні в біоптаті (вмісті папули) характерних моллюскових тілець, які являють собою великі вірусні включення овальної форми в цитоплазмі епітеліоцитів. При локалізації папул по краю повік може розвинутися хронічний кератокон'юнктивіт.

ВІЛ-інфіковані діти хворіють тими ж самими легкими і важкими бактеріальними інфекціями, що і діти з нормальним імунітетом, але частіше і важче, вимагають більш серйозної і тривалої антибіотикотерапії. Фолікуліт, абсцеси, фурункульоз, везикулопустульоз, імпетиго та інші захворювання, які викликають банальні бактеріальні мікроорганізми, часто виявляють у ВІЛ-інфікованих дітей з імуносупресією. Нерідко розвиваються рецидиви і гематогенна дисемінація збудника.

Первинна інфекція герпесвірусу людини типу 3 (*varicella zoster*) у ВІЛ-інфікованих дітей протікає важче і затягується на довше, ніж у дітей з нормальним імунітетом, а також частіше рецидує. Може набувати бульозну форму з перетворенням деяких типових везикул в різні за розміром булли. Можливий розвиток генералізованої форми з ураженням внутрішніх органів.

Беручи до уваги, що виявити всі джерела збудника не завжди представляється можливим, в основу заходів щодо захисту дитячих стоматологів від ВІЛ і вірусів гепатиту покладений наступний універсальний принцип: всіх дітей-пацієнтів слід розглядати як потенційно інфікованих. У зв'язку з цим необхідне обов'язкове виконання загальних (універсальних) запобіжних заходів, в рамках яких кров і біологічні рідини всіх пацієнтів слід розглядати як потенційно інфіковані і при роботі з ними завжди вживати відповідних заходів захисту, а не покладатися на власну проникливість відносно приналежності того чи іншого пацієнта до групи, що мають фактор "високого ризику" інфікування, наприклад, ВІЛ або вірусами гепатитів.

УДК: 617.51/53-003.9-084

*Скрипник В.М.*

## КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Патологічні рубці голови та шиї формують косметичні ефекти, які тяжко переносять пацієнти в психоемоційному плані. Наявність рубців впливає на якість життя та розвиток депресивних станів і неврозів у цієї групи хворих. Розробка та удосконалення алгоритму профілактичних заходів є актуальною проблемою і зараз далека від її вирішення.

**Мета роботи:** розробка оптимального методу профілактики післяопераційних патологічних рубців у хворих, які схильні до їх утворення.

**Методи дослідження:** клінічні, генетичні, морфологічні.

**Наукова новизна.** Вперше встановлено динаміку клінічних змін утворення рубцевозмінених тканин у пацієнтів з різними формами поліморфізму еластину.