Вісник стоматології

Науково-практичний журнал

5

Одеса • 2001

Вестник стоматологии

УДК 616.31(05)

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

ВІСНИК СТОМАТОЛОГІЇ

Науково-практичний рецензований журнал № 5 (29) 2000

•Заснований у грудні 1994 року **«Виходить щоквартально**

•НВА "Одеська біотехнологія"

Редакційна колегія
Головний редактор ***К. М. Косенко,***
Голова редакційної ради ***М. Ф. Данилевський,*** Науковий редактор ***А. П. Левицький,***
Відповідальний секретар ***Т. В. Капрельянц***

Члени колегії

О. М. Воскресенський
Р. Г. Синицін
О. І. Сукманський

Редакційна рада
А. Б. Борисенко (Ки***їв***)
В. С. Бурдейний ***(Одеса)***
Г. М. Вишняк **(Київ*)***
М. Ф. Данилевський **(Київ*)***
Є. Н. Дичко *(Дніпропетровськ)*
Б. /. Куцевляк ***(Харків)***
Є. **Б. *Ковальов*** *(Полтава)*
І.І. ***Люля*** *(Вінниця)*
Б. О. Маланчук ***(Київ)***
О. Є. Малевич *(Дніпропетровськ)*
І. С. Мащенко С*Дніпропетровськ****)***
Б. *І7, Неспрядько* *(Київ)*
О. Б. Павленко ***(Київ)***
М. С. Скрипніков ***(Полтава)***
Т. П. Скрипнікова ***(Полтава)***
Н. /. Смоляр ***(Львів)***
М. М. Угрин ***(Львів)***
Ю. *А. Федоров* *(С.-Петербург)*
П. С. Фліс ***(Київ)***
Л. В. Харьков **(Київ*)***
Л. О. Хоменко **(Київ*)***
О. О. *Челяпін* *(Харків)*

Засновники журналу
Інститут стоматологіїАМНУ
Асоціація стоматологів України
Одеська обласна клінічна стоматологічна поліклініка

Журнал зареєстровано *7 грудня 1994 року, свідоцтво: серія КВ, №1110*

Мова видання
українська та російська

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт ***(Бюлетень ВАК*** *України,* ***1999, №4)***

Адреса редакції
65026, Одеса, вул. Рішельєвська, 11
тел./факс 22-80-49.
Інститут слюматології АМН України

Передплатний індекс *74108*

E-mail: *vesnik@far1ep.net*

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради ОНДІС від 24.10.2000 р.

Підписано до друку 03.11.2000. Формат 60х84/8. Папір офсетний. Гарнітура Arial. Ум. друк, арк.26,97. Обл.-вид.арк 34,19. Тираж 300 прим. Зам. № 839. Надруковано з потового оригінал-макету. Друкарня видавництва "Астроприн-ґ.
65026, м. Одеса, вул. Преображенська, 24
Теп. (0482) 26-98-82, 26-96-82.
www.astrosrintodessa.ua Одеса * Інститут стоматології • 2000

Науково-практичне видання **ВІСНИК СТОМАТОЛОГІЇ** Науково-практичний рецензований журнал
№5(29) 2000

© НВА "Одеська біотехнологія", 2000

Наибольшая эффективность препарата отмечена при лечении пульпита первых временных моляров у дошкольников 6-7 лет (26 детей), у которых девитализация пульпы наступала в 100 % случаев. Отдалённые результаты наблюдения в течение 2-3 лет показали чрезвычайно низкий удельный вес осложнений (6% - 4 ребёнка), связанных с наличием дефектуры пломбы или развитием вторичного кариеса. Ни в одном случае не наблюдался некроз десны после наложения пасты на вскрытый рог пульпы, даже в случае глубоких кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях.

Непосредственные и отдаленные результаты применение пасты "СаиэйпегГ РебобопЬс" у дошкольников показали, что использование препарата эффективно при лечении пульпита временных зубов у детей девитальным методом.

Поступила 30.06.2000

Адрес для переписки: 56053, г. Одесса, пр. Добровольского, 63а, ОГМУ, каф. стоматологии детского возраста.

УДК 611-018.2:616.316:576.8.097.3-07

О.І Чалій, А.І Мазепа, М.А. Мазепа

Івано-Франківська державна медична академія

РАННЯ ДІАГНОСТИКА АУТОІМУННОГО УРАЖЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

У хворих на системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) часто розвиваються органоспецифічні аутоімунопатії, зокрема, аутоімунне ураження слинних залоз [1, 2, 4]. Як правило, діагноз ставиться на стадії розгорнутих клінічних проявів синдрому Шегрена, коли вже різко знижена функціональна здатність паренхіми слинних залоз [3, 5].

Метою нашої роботи була розробка методу ранньої клінічної діагностики порушення функції слинних залоз у хворих на СЗСТ. Анкета-опитувач була апробована у 148 хворих на СЗСТ, з них 122 жінки і 26 чоловіків. За нозологічними одиницями хворі розподілялись наступним чином: ревматоїдний артрит (РА) - 55, системна склеродермія (ССД) - 48, системний червоний вовчак (СЧВ) - 45 осіб.

Хворим пропонувалось відповісти “так” або “ні" на наступні запитання: 1) чи відзначаєте сухість в роті? 2) чи відчуваєте сухість в роті при вживанні їжі? 3) чи вживаєте напої, щоб полегшити ковтання сухої їжі? 4) чи відзначали набряки в білявушних ділянках? 5) чи відчуваєте сухість в очах? 6) чи є відчутті “піску” в очах? 7) відколи відчуваєте названі прояви? (місяць, рік) 8) ці прояви постійні чи періодичні? 9) чи звертались до лікаря з приводу цих скарг? 10) чи проводилось лікування? 11) чи допомагало лікування?

Пацієнтів, що стверджувально відповідали на 2-3 з перших 6-ти запитань, відбирали для подальшого обстеження, яке полягало у фізикальному обстеженні слинних залоз з детальною їх характеристикою, огляді вивідних протоків, визначенні характеру слини, стану твердих тканин зубів, стану слизової оболонки порожнини рота, наявності гіперемії, симптому “шпателя”, наявності нальоту тощо.

Після первинного фізикального обстеження ми виділили 62 пацієнти з підозрою на синдром Шегрена, з ни 20 хворих на РА, 25 хворих на ССД і 17 хворих на СЧВ. Характер та ступінь ураження слинних залоз

© ***Колектив авторів*** уточнювали наступними методами: сіалометрією, визначенням змочувальної активності слини з РН-метрією, цитологією слини з визначенням ядерно-цитоплазматичного індексу, визначенням імуноглобулі- нів в слині, ультразвуковим дослідженням слинних залоз, комп’ютерною термографією слинних залоз, сіалографією, пункційною біопсією малих слинних залоз. Контрольну групу (12 хворих) становили пацієнти з СЗСТ, що відповіли негативно на всі запитання анке- ти-опитувача.

Аналіз отриманих результатів показав, що в усіх без винятку 62 пацієнтів, які стверджувально відповіли на 3 з перших 6-ти запитань опитувача, порушення функції слинних залоз було підтверджено за допомогою сіалометрії та тесту на змочувальну активність слини; цитологія слини підтвердила наявність ау- тоімунного ураження слинних залоз у 51 пацієнта, дисімуноглобулінемія встановлена у 47 пацієнтів, ультразвукове дослідження підтверджувало ау- тоімунний процес в слинних залозах у 45 хворих, комп’ютерна термографія - у 48, сіалографія - у 36. Разом з тим, в контрольній групі хворих за допомогою додаткових спеціальних методів дослідження ураження слинних залоз встановлено у 2 з 12.

Аналіз результатів проведених клінічних, імунологічних, цитологічних та інструментальних досліджень дозволяє рекомендувати запропоновану анкету-опитувач для ранньої діагностики ураження слинних залоз у хворих на СЗСТ.

Список літератури

1. Насонова В. А,, Васильєв В. И., Сейланов Л. С. и др. Значимость субъективных признаков в диагностике гепервяз- кого синдрома // Ревматология. - 1991. - Ns 2. - С. 11-14.
2. Гусева Н.Г., Симонова М.В., Киртава 3.3., Щербаков А.Б. Синдром Шегрена при системной склеродермии // Терапевт. арх. - 1988. - Т. 60, № 4. - С. 54-56.
3. Анфимова М.Л., Лебедева Т.В., Ходарев Н.В. и др. Фибронектин, криоглобулинемия и иммунные комплексы при болезни Шегрена // R. J. of Immunol. - 1996. - V. 1, № 1. - P. 29-34.
4. Edgar W.M. Saliva and dentalhealth. Clinical implications of saliva: Report of a consensus Meeting // Brit. Dent. J. -1990. - V. 169, № 3/4. - P. 3-8.
5. Moutsopoulos H.M., Webber B.L., Vlagopoulos T.P.,Chused T.M.,DeckerJ.L. Differences in the clinical manifestations of sicca syndrome in the presence and absence of reumathoid arthritis //Am. J. Med. - 1979. - № 6. - P. 733-736.

Надійшла 18.06.2000

Адреса для листування: 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2, ЩМА, каф. хірургічної стоматології.

УДК 616.314-07

І.Б. Шевченко, Л.Я. Богашова

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

МЕТОД Р.ФОЛЯ ЯК ОДИН ІЗ ДОПОМІЖНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ

У лікарську практику все ширше впроваджується диференційний метод діагностики, запропонований німецьким вченим Р.Фолем. Він дозволяє розширити уяву про систему акупунктурних меридіанів, систематизувати точки акупунктури по їх анатомо- інформаційним та енергетичним взаємозв’язкам з внутрішніми органами і системами. Перевагою акупун-

©І.Б. Шевченко, Л.Я Богашова

ктурної діагностики є реальна можливість тестування медикаментів, що дозволяє за короткий час, грунтуючись на реакції організму, визначити ефективність їх дії на організм хворого.

Нами проведено дослідження 28 пацієнтів, у яких перевірялась переносність препаратів медичного клею КЛ-3 з левамізолом (“Левкін”) і гідроксилапатиту, які застосовувались для пломбування післяопераційних кісткових порожнини і залишалися з метою нормалізації процесів регенерації тканин.

Результати дослідження по методу Р.Фоля були

слідуючі: дослідження переносності препарату "Левкін" показали, що із 28 пацієнтів 14 осіб препарат не переносять і застосовувати його хворим не рекомендується.

При дослідженні препарату "Кергап" отримані більш обнадійливі результати. Встановлено, що тільки у 7 пацієнтів препарат може викликати ускладнення при його застосуванні.

Таким чином, при застосуванні пацієнтам різних препаратів, пломбувальних матеріалів і других засобів необхідно дослідження їх переносності по методу Р.Фоля для профілактики можливих ускладнень.

Надійшла 30.06.2000

Адреса для листування: 36000, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА, каф.

УДК [816.315+616.317.1]:616.315-007.254-053.3:616-083.2

Л.Ж Яковенко, І.Л. Чехове, Г.О. Ковтун, Н.І. Нероденко

Національний медичний університет, м. Київ

ВИБІР СПОСОБУ ГОДУВАННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Одним з перших та важливих етапів в комплексній реабілітації дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння є налагодження та вибір оптимального способу годування. Однак ця проблема залишається не вирішеною, оскільки переважна більшість медичних працівників не може дати батькам поради з цього питання. Аналіз результатів спілкування з батьками дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння показав, що вони зовсім необізнані на цих питаннях (простіше кажучи - не вміють годувати дитину).

На сьогодні вірним способом є годування дитини із застосуванням обтуратора. Наш досвід реабілітації таких дітей показав, що найбільш оптимальною є конструкція обтуратора за типом знімного протезу на беззубу верхню щелепу. Такий обтуратор забезпечує повноцінне ссання, запобігає збільшенню дефекта, негативній дії його на края м'яких тканин незрощення. Застосування обтураторів різної конфігурації виправдано для годування дітей з вродженими одно- та двосторонніми наскрізними незрощеннями верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння, повними незрощеннями твердого та м'якого піднебіння.

Не показано годування за допомогою зонда, ложечки та соски. Перші два способи виключають головний рефлекс немовляти - ссання, під дією якого укріплюються м'язи білящелепних тканин, переміщується вперед нижня щелепа. Крім того, при зондовому годуванні травмується слизова оболонка глотки, стравоходу, виникає її набряк, запалення, можливо формування структур тощо. Тому ці способи годування дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння повинні бути виключені, якщо не існує інших показань до них (неможливо виготовити обтуратор або немає спеціальних сосок). Годування ложечкою призводить до того, що частина їжі при ковтанні (при відсутності м'якого піднебіння) потрапляє в дихальні шляхи, це може викликати запальні процеси в них.

Відомий найпоширеніший спосіб штучного годування через звичайн соску можливо використовувати лише у немовлят з незрощеннями твердого та м'якого піднебіння та цілим альвеолярним відростком. Але й вона внаслідок своєї напівкулястої форми частково входить в дефект піднебіння та тиску, що виникає при ссанні, деформує горизонтальні пластинки твердого піднебіння, а саме переводить їх у вертикальне положення. Ця обставина в подальшому утруднює проведення ураностафілопластики.

Тому форма соски має важливе значення для попередження цих деформацій верхньої щелепи.

Нами була запропонована та апробована соска для годування дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння.

Вона має пласку форму. Зовні над її поверхнею прикріплена латексна платівка. Як сама форма соски, так і додаткова платівка за рахунок адгезії дозволяють щільно перекривати дефект піднебіння, відокремити носову порожнину від ротової, що в свою чергу створює оптимальні умови для ссання малюком.

Застосування запропонованої соски для годування немовлят з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння дозволяє виключити з етапів реабілітації такі травмуючі агенти, як годування через зонд, виготовлення протягом доопераційного періоду декількох обтураторів, попередити деформації твердого піднебіння. Крім того, ця соска є універсальною і може бути використана при всіх видах незрощень верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння.

Надійшла 28.06.2000

Адреса для листування: 01133, м. Київ, пр. Лабораторний, 12, НМУ, каф. дитячої хірургічної стоматології.

€> ***Колектив авторів***