

Важним является то, что с применением предложенного комплекса лечения в I группе ВИЧ-инфицированных пациентов удалось избежать прогрессирования деструктивных изменений в пародонтальном комплексе при наличии воспалительных изменений.

Результаты повторного осмотра II группы пациентов со статусом ВИЧ показали достоверное повышение индекса КПУ и пародонтальных индексов ПИ по Ramfjord и КПИ по Леусу, что свидетельствует о прогрессии одонто- и пародонтопатологии в этой группе испытуемых.

Полученные данные позволили сделать **вывод** о том, что предложенная превентивная тактика лечения стоматологом ВИЧ-инфицированных оказывает выраженный противокариозный эффект, а также сдерживает процессы пародонтальной деструкции. Предложенный комплекс лечения может быть рекомендован и для лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта пациентов с неподтвержденным статусом ВИЧ или без статуса ВИЧ.

ІНДІВІДУАЛЬНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ЗМІН ЯСЕН У ВАГІТНИХ

Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Т.Й. Пурденко

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Стоматологічні захворювання під час вагітності формують окрему ланку і в карієсології, і в пародонтології за рахунок особливостей клінічного перебігу та тісної залежності від загального стану організму вагітних. Клінічна картина запальних уражень пародонта вагітних багатогранна та складна в діагностиці за рахунок неможливості проведення всього комплексу додаткових методів обстеження.

Метою нашого дослідження стало вивчення зв'язків змін стану тканин зубів, пародонта, гігієни порожнини рота, загальної мікробної заселеності ротової рідини та інформативності цитологічної діагностики у жінок в I триместрі вагітності епітеліальних клітин ясен при запаленні.

Об'єкти і методи дослідження. Було проведено обстеження 104 вагітних віком 18-37 років, які перебували на обліку в жіночій консультації м. Полтави. Всі жінки проходили стоматологічний огляд в I триместрі із визначенням поширеності карієсу, хвороб тканин пародонта та оцінки гігієни порожнини рота. Показники клінічного стоматологічного обстеження реєструвались у спеціально розроблених картах індивідуального спостереження за вагітними. Гігієнічний індекс (ГІ) розраховували за J.C.Green, J.R.Wermillion (ОHI-S, 1964),

об'єктивізували стан тканин пародонта на основі аналізу папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) у модифікації С. Parma (1960), індексу кровоточивості за Muhlemann-Sax.

З метою розрахунку загальної мікробної заселеності порожнини рота всі вагітні у день проведення лабораторної проби утримувались від чищення зубів та полоскання рота. Відбір проб для бактеріологічного дослідження здійснювали в однакові терміни, натщесерце, шляхом забору ротової рідини в об'ємі 1 мл до стерильних ампул (Ependorf). 1 мл ротової рідини, розведеної 1:1000, вносили в стерильні чашки Петрі і заливали 8 мл розтопленого цукрового МПА. Після застигання агару чашки з посівами інкубували протягом доби у термостаті при 37° С. Облік результатів проводили шляхом підрахунку кількості колоній на чашках. Показник загальної мікробної заселеності (кількість колонієутворюючих одиниць (КУО) / мл ротової рідини) розраховували за формулою: $X = n \times 10^{6+}$, де n – кількість колоній на чашці. Цитологічне дослідження епітелію ясен проводили методом забору епітеліоцитів у вагітних першого триместру шляхом мазка-зішкряба, висушування його протягом 2-3 хв. при відкритому доступі повітря з наступним забарвленням отриманого матеріалу за методом Папенгейма з подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом цитологічних мазків з урахуванням дозрівання клітин багатошарового плоского епітелію в нормі та при змінах тканин пародонта. Статистичну обробку отриманих даних проводили методом Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні клінічного обстеження вагітних у стоматолога основними скаргами були кровоточивість ясен під час чищення зубів, неприємний запах з порожнини рота, біль та неприємні відчуття у яснах.

Детальне клінічне обстеження показало, що у 104 жінок в I триместрі лише 34 особи (32,70%) не мали каріозних уражень зубів, в той же час кількість пломб у вагітних сягала 78,8%. Необхідно відмітити, що середні показники рівня гігієни порожнини рота жінок, загалом, відповідали рівню доброго стану гігієни порожнини рота та склали $0,47 \pm 0,03$, а кількість КУО досягла $1,5 \times 10^7 \pm 2,2 \times 10^5$. Ретельне обстеження тканин пародонта показало, що зі 104 вагітних I триместру 54 (51,9%) жінки мали клінічні (запальні, запально-дистрофічні) зміни тканин пародонта. Реєстрували переважно хронічний катаральний гінгівіт. За індексом РМА в I триместрі вагітності відмічається превалювання гінгівіту низької інтенсивності (66,6%), середні показники індексу кровоточивості за Muhlemann-Sax склали $1,02 \pm 0,13$.

Оскільки у даного контингенту жінок використання допоміжних методів обстеження має обмежений характер, тому для більшої інформативності ми проводили цитологічну діагностику стану слизової оболонки альвеолярного паростка, вивчаючи ступені дозрівання багато-

шарового плоского епітелію порожнини рота при інтактному пародонті та при запальних змінах. Безсумнівно, що цитологічне дослідження є найбільш доступним та малоінвазивним методом визначення чистоти різних слизових оболонок, які представлені багатошаровим плоским епітелієм без зроговіння. Вивчення дозрівання клітин багатошарового плоского епітелію ясен показали наявність парабазальних, проміжних та поверхневих клітин, а в ділянках, що підлягають зроговінню – рогових лусочок, але з переважною наявністю клітин проміжного та поверхневого типу.

Враховуючи зміну гормонального фону у жінок в I триместрі вагітності, подібно до чистоти епітелію піхви, цитологічний склад мазків-зішкрябів з поверхні ясен нами був розділений на 4 ступені чистоти порожнини рота, характеристика яких наведена нижче.

Перший ступінь характеризується наявністю в цитограмах проміжних та парабазальних клітин при забарвленні за Папенгеймом. Крім того, іноді в них з'являються парабазальні клітини, що мають менший розмір порівняно з проміжними. В парабазальних клітинах ядро не чітко контуроване, оточене тонофібрилярними структурами. Очевидно, що даний клітинний склад на одержаних цитограмах свідчить про проліферацію, тобто розмноження парабазальних клітин, що зумовлено підвищеним впливом естрогенів в I триместрі вагітності. Даний ступінь характеризує здоровий стан порожнини рота.

Другий ступінь констатують при відсутності патологічних змін ясен. Він характеризується наявністю в цитологічних мазках-відбитках з поверхні ясен поодиноких представників кокової флори, збільшенням кількості проміжних базофільних (азур-позитивних) епітеліоцитів. Останні мають кубічну та прямокутну (полігональну) форму, в цитоплазмі містять азур-позитивні гранули. Третій ступінь чистоти порожнини рота характеризується наявністю в цитограмах проміжних клітин при забарвленні за Папенгеймом, які мають азур-позитивну цитоплазму та центрично розташоване ядро, з'являються сегментоядерні лейкоцити, моноцити, лімфоцити та макрофаги, поодинокі нитки міцелію. Така цитологічна картина спостерігається у жінок під час вагітності при хронічному та загостренні хронічного гінгівіту незначної інтенсивності. При четвертому ступені в цитограмах мазків-зішкрябів з поверхні ясен зареєстровані ацидофільні епітеліоцити переважно проміжного шару, патогенна мікрофлора та клітини запальної реакції у вигляді моноцитів, сегментоядерних лейкоцитів, макрофагів, лімфоцитів, а також ниток псевдоміцелію грибів роду *Candida*. Така морфологічна картина мазків-зішкрябів відповідає високій інтенсивності запальних змін у тканинах ясен.

В результаті проведених нами динамічних досліджень КУО у I-III триместрах вагітності простежується тенденція до зростання чис-

ла даного показника зі збільшенням терміну вагітності, що, підтверджує думку про підвищення патогенності флори ротової порожнини при запальних змінах в тканинах пародонта за рахунок проліферації умовно-патогенних мікроорганізмів. У зв'язку з цим за нашими даними паралельно зростає інтенсивність каріозного процесу та його ускладнень. Активация умовно-патогенних мікроорганізмів є одним із наслідків впливу естрогенних гормонів на епітелій порожнини рота та ясен, оскільки найбільш активна адгезія кандидозних клітин та патогенної флори спостерігається саме в фолікулінову фазу, що може бути пов'язане з підсиленням кератинізації клітин та збільшенням адгезивних властивостей епітеліоцитів ясен під впливом естрогенних гормонів. Зазначене визначає характер мікробної колонізації епітелію слизової порожнини рота, а також стан місцевого імунітету.

Таким чином характерна цитологічна картина мазків-зішкрябів епітеліоцитів ясен наприкінці I триместру вагітності може бути використана для діагностичної оцінки чистоти порожнини рота вагітних, прогнозування динаміки змін у порожнині рота протягом вагітності, перевірки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів.

Резюме. В статье представлены данные клинического обследования 104 беременных в I триместре. Констатированы кариозные и некариозные поражения зубов, показатели уровня гигиены и количество КОЕ полости рта женщин. Обследование тканей пародонта показало, 51,9% женщин в I триместре имели клинические (воспалительные, воспалительно-дистрофические) изменения тканей пародонта, преимущественно хронический катаральный гингивит.

Изучение созревания клеток многослойного плоского эпителия десны при цитологическом исследовании (окраска по Папенгейму) позволило разделить состав мазков-соскобов на 4 степени чистоты полости рта.

При первой степени в цитограммах выявлены промежуточные и парабазальные клетки, что характеризует здоровое состояние полости рта.

Вторую степень констатировали при отсутствии патологических изменений десен. Она характеризуется наличием в цитологических мазках-отпечатках с поверхности десен отдельных представителей кокковой флоры, увеличением количества промежуточных базофильных (азур-положительных) эпителиоцитов.

Третья степень чистоты полости рта характеризуется наличием в цитограммах промежуточных клеток. Такая цитологическая картина наблюдается у женщин во время беременности при хроническом и обострении хронического гингивита незначительной интенсивности.

При четвертой степени - ацидофильные эпителиоциты преимущественно промежуточного слоя, патогенная микрофлора и клетки

воспалительной реакции в виде моноцитов, сегментоядерных лейкоцитов, макрофагов, лимфоцитов, а также нитей псевдомицелия грибов рода *Candida*. Такая морфологическая картина мазков-соскобов соответствует высокой интенсивности воспалительных изменений в тканях десны.

Показатель КОЕ в I-III триместрах беременности имел тенденцию к росту КОЕ с увеличением срока беременности, что определяет характер микробной колонизации эпителия слизистой полости рта, а также состояние местного иммунитета.

Анализ результатов исследования позволяют улучшить качество ранней диагностики изменений десен у беременных, информирует о степени тяжести воспалительных изменений слизистой оболочки полости рта, в том числе и десны, что позволяет в I триместре спрогнозировать риск развития у них воспалительных изменений.

МИКРОМОРФОЛОГИЯ ПЕРВЫХ ЭТАПОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБА

Н.Г. Пеикова, С.Н. Андрус

Приднестровский Государственный Университет им. Т.Г. Шевченко

Актуальность проблемы

Во всех современных учебниках и руководствах по стоматологии говорится о том, что наружные слои зубной эмали получают питание и минерализуются непосредственно и исключительно из ротовой среды, влияние внутренней среды, в том числе и пульпы зуба безапелляционно отрицается. Утверждается, что и в ходе развития зуба энамелобласты функционируют, получая ингредиенты и компоненты минерализации не из формирующейся пульпы зуба, а из «эмалевого органа» и «пульпы эмалевого органа». Эти образования, как известно, являются производными слизистой оболочки ротовой области эмбриона. Если принять зачаток будущей пульпы зуба в качестве центра формирующегося органа, мы можем говорить о двух направлениях перемещения ингредиентов: центростремительного и центробежного. Считается, что одонтобласты трофически обеспечиваются центробежно, а энамелобласты, как мы уже упоминали, центростремительно, причем эта закономерность сохраняется, начиная от эмбрионального этапа и сохраняется в течение всей жизни. В то же время согласно иным данным, подтверждается явление объёмного центробежного перемещения в сформированном зубе тканевой жидкости на поверхность в виде капель. Исходя из этих фактов и комплекса исследований по физиологии зуба, возникает предполо-