

Скрипнікова Т.П., Морочковська О.В., Писаренко О.А.

ГРИБКОВИЙ СТОМАТИТ, ВИКЛИКАНИЙ CANDIDA KRUSEI. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ Й ЛІКУВАННЯ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Дріжджеподібні гриби роду *Candida* є головною причиною розвитку кандидозу слизової оболонки порожнини рота, його збудник - *C. albican*. Надмірний ріст *Candida* виявлено: первинно - у шлунково-кишковому тракті й вторинно - в інших ділянках (на слизових оболонках геніталій, ротової порожнини, органів дихання, у паренхіматозних органах).

Останнім часом підвищилася розповсюдженість non-albicans-флори, до якої належить *C. krusei*. Цей вид гриба є в повітрі, продуктах, овочах, молоці. Основним середовищем існування *Candida krusei* після потрапляння в організм є порожнина рота, стравохід. Незважаючи на те, що частота цього виду грибкового стоматиту низька (1 - 3 %), маємо суттєві труднощі в його діагностиці й лікуванні.

Мета роботи: поглибити знання лікарів із питань індивідуального підходу до діагностики й лікування грибкового стоматиту залежно від виду збудника.

Результати дослідження. Під нашим наглядом перебували чотири пацієнтки віком 45-55 років. Вони скаржилися на пекучість у ділянці язика, болючість уживання їжі, дискомфорт у порожнині рота. Раніше проведена терапія не дала позитивного результату.

Всі пацієнтки мали патологію шлунково-кишкового тракту.

Із анамнезу захворювання й даних історії хвороби виявлено, що давність лікування була понад 3 місяці. Грибковий стоматит мав хронічний перебіг. У ролі додаткового методу дослідження було зроблено зішкріб із язика. Цитологічно підтверджено наявність грибів роду *Candida*. Призначено лікування, але воно виявилось неефективним.

Після огляду пацієнтів проведено культуральне дослідження за сучасними вимогами. Було визначено вид збудника - *Candida krusei* та його чутливість до протигрибкових препаратів.

Заглиблення грибів у тканинах різне: від тільки поверхневих епітеліальних клітин до проміжних і базальних клітин епітеліального шару. Але навіть при поверхневому кандидозі в роговому шарі спостерігається деструкція тканин.

Перебуваючи тривалий час усередині епітеліальної клітини й навіть розмножуючись у ній, оточені щільною мукополісахаридною мікрокапсулою, гриби роду *Candida* певною мірою захищені від дії лікарських препаратів.

Так і *Candida krusei* з усіх антимікотичних препаратів має чутливість, переважно до амфотерицину. Тому для лікування пацієнток ми використали препарат «Цитросепт». Він отриманий із насіння грейпфрута, випускається у вигляді крапель, уживається всередину. Його антимікотична дія ґрунтується на руйнуванні цитоплазматичної оболонки клітинної стінки, на стриманні синтезу амінокислот. «Цитросепт» має високу біодоступність завдяки низькомолекулярній вазі.

При поверхневому ураженні слизових оболонок грибом екстракт із насіння розбавляють рослинною олією й обробляють таким складом уражені поверхні у вигляді аплікацій. У комплексному лікуванні призначено діету, полівітаміни. Рекомендовано консультації гастроентеролога й гінеколога.

Після курсу лікування пацієнтки відчували полегшення стану, зникнення симптомів хвороби. Хворі перебували на диспансерному обліку.

Висновок. Отже, успіх у лікуванні хвороб слизової оболонки порожнини рота можливий за раціонального вибору діагностичних методів, дотримання принципів етіотропного, комплексного лікування й диспансерного обліку.

Смаглюк Л.В., Смаглюк В.І., Ляховська А.В.

ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Сучасна високоефективна стоматологічна допомога неможлива без постійної співпраці різних за профілем фахівців на всіх етапах реабілітації пацієнта (імплантолог, ортопед-стоматолог, пародонтолог, отоларинголог, остеопат та ін.). У плануванні лікування важливо визначити алгоритм розв'язання проблем відповідно до встановленого діагнозу.

Мета дослідження – підвищити ефективність реабілітації ортодонтічних пацієнтів із дисфункцією СНЩС на підставі впровадження в клінічну практику алгоритму інтегрального підходу залежно від встановленого діагнозу.

Матеріали й методи. У групу дослідження були включені 10 осіб із патологією прикусу у вертикальній, сагітальній або трансверсальній площинах і клінічними проявами симптомів дисфункції СНЩС. Середній вік

обстежених склав $39,8 \pm 8,2$ років. Чоловіків було 2 (20,0%), жінок – 8 (80%). Усім проведено клінічне обстеження за стандартним алгоритмом обстеження ортодонтичного пацієнта. Дігноз патології прикусу визначали за класифікаціями Angle і Л. П. Григор'євої, дисфункції СНЩС – за міжнародними критеріями RDC/TMD (Manfredini, 2011). Усім пацієнтам була виконана конусно-променева комп'ютерна томографія лицьового відділу черепа, проведена оцінка кісткової тканини в ділянці зубів і дефектів зубного ряду, форми, розмірів і положення елементів СНЩС, цефалометричний аналіз за Slavicek. Морфофункціональний стан зубощелепної системи (ЗЩС) на всіх етапах стоматологічної реабілітації контролювали за допомогою електроміографії жувальних м'язів.

Результати. Після проведення клінічних і параклінічних методів дослідження, установлення остаточного діагнозу всім пацієнтам проводилася реабілітація за запропонованим алгоритмом інтегрального підходу, яка складалася з 3 етапів: 1) преортодонтичного; 2) ортодонтичного лікування; 3) постортодонтичного. Преортодонтичний етап полягав у функціональній терапії: фіксація терапевтичного положення нижньої щелепи (mssp – м'язово-скелетної стабільної позиції), виготовлення оклюзійної капи з опціональною зміною на незнімні оклюзійні накладки, адаптація ЗЩС до нового положення нижньої щелепи під контролем поверхневої ЕМГ жувальних м'язів. Також на цьому етапі виконувалися: пластика аномалій вуздечок губ, язика, переддвер'я порожнини рота; видалення надкомплектних зубів; часткове відкриття ретинованого зуба (імпаکتного); видалення надкомплектних і ретинованих зубів, які не підлягають ортодонтичному переміщенню; компактостеотомія; видалення тимчасових і постійних зубів за ортодонтичними показаннями; стоматологічна імплантація (тимчасові імплантати для створення додаткової опори: піднебінні імплантати, імплантати ретроальярної ділянки); хірургічна підготовка м'яких і твердих тканин навколо зуба (пародонтологічна хірургія, ясенна трансплантація, лікування рецесії ясен, кісткова пластика); герметомія. Другий етап полягав у корекції положення й нахилу зубів, форми й розмірів зубних рядів, їх співвідношення за допомогою брекет-системи (одно- або двощелепна фіксація). На цьому етапі можна виконати: кісткову пластику; корекцію контуру зубоясенного прикріплення; компактостеотомію; імплантацію. Постортодонтичний етап охоплював такі маніпуляції: формування й відновлення контуру ясенного прикріплення; подовження коронкової частини зуба; кісткова пластика; імплантація й відновлення цілісності зубного ряду; герметомія або видалення третіх молярів, протетичне відновлення дефектів зубів і зубних рядів. Провідною метою цього етапу було забезпечення щільних міжоклюзійних контактів між верхнім і нижнім зубними рядами, що забезпечувало стабільний морфофункціональний результат реабілітації ортодонтичних пацієнтів із дисфункцією СНЩС.

Висновки. Запропонований алгоритм інтегрального підходу дозволив підвищити ефективність реабілітації ортодонтичних пацієнтів із дисфункцією СНЩС за рахунок чіткого розподілу виконання необхідних маніпуляцій лікарями різної спеціалізації залежно від етапу, зменшення загального часу реабілітації. У всіх пацієнтів спостерігали відсутність клінічних проявів симптомів СНЩС, відновлення естетичного, функціонального й морфологічного балансу стану ЗЩС, симетричну й пропорційну діяльність жувальних м'язів.

Смаглюк Л.В., Дмитренко М.І., Нестеренко О.М.

ПОМИЛКИ Й УСКЛАДНЕННЯ В ЛІКУВАННІ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Результатом активного ортодонтичного лікування стає досягнення функціонального, морфологічного й естетичного оптимумів. Але зробити це не просто, ще складніше закріпити позитивні результати й стабілізувати їх. У сучасних умовах питання аналізу помилок і ускладнень у лікуванні зубощелепних аномалій (ЗЩА) гостро актуальне. Поділяють ортодонтичні помилки й ускладнення таким чином: у період діагностики, складання плану лікування, вибору конструкції апарата, у процесі ортодонтичного лікування і в ретенційний період.

Мета дослідження: аналіз літературних даних, результатів лікування лікарів-ортодонтів і особистих матеріалів щодо помилок і ускладнень, які можуть супроводжувати процес комплексного лікування ЗЩА на різних його етапах.

Аналізуючи **результати** функціональної терапії в ортодонтії, називають три основні помилки: перша – у теоретичній концепції єдності форми й функції; друга – у біологічній моделі взаємозв'язку між функцією жувальної мускулатури й формою щелеп; третя – у конструкції функціональних апаратів. Серед помилок і ускладнень під час ортодонтичного лікування сучасною знімною й незнімною назубною ортодонтичною технікою виділяють неправильний вибір і використання конструкції, неправильну фіксацію брекетів до емалі, порушення етапів виготовлення коронок і кілець на опорні зуби, неправильний вибір назубних дуг. Ускладненням ортодонтичного лікування сучасною назубною технікою вважають резорбцію верхівок коренів зубів. Невиконання пацієнтами рекомендацій лікаря щодо санітарно-гігієнічного догляду за порожниною рота під час ортодонтичного лікування, особливо незнімною технікою, надалі призводить до низки ускладнень стану твердих тканин зуба, тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Під час активного ортодонтичного лікування корекція зубного ряду лише на верхній щелепі призводить до невідповідності міжоклюзійних