

вплив біологічно активних речовин рослин на тканини пародонту і слизову оболонку порожнини рота. Удосконалили знання про взаємодію лікарських рослин із синтетичними медикаментозними препаратами. Дізналися про особливості збору, заготівлі, сушіння та зберігання рослинної сировини.

ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ткаченко Є., Доцюк Д., Бондаренко К., Клименко А., Гурик Ю., Буюклі В.

Науковий керівник: асистент Хавалкіна Л.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит (ХРГС) – патологія, яка часто зустрічається на прийомі лікаря-стоматолога, нерідко має тяжкий перебіг та зниження реактивності слизової оболонки порожнини рота (СОПР) і організму в цілому.

Захворювання потребує від лікаря-стоматолога всебічного клінічного дослідження хворого, призначення комплексного лікування та профілактики.

Мета дослідження. Поглибити знання лікарів-стоматологів з методів діагностики, визначення вірного діагнозу, призначення відповідного лікування ХРГС, обґрунтування методів лікування, прогнозування виникнення та оцінки активності захворювання на підставі біологічних та соціально-гігієнічних факторів.

Характерною ознакою ХРГС є сталість анатомічних місць висипу, локалізація рецидиву, яка залежить від первинної локалізації інфекції. ХРГС зустрічається переважно у дорослих, за даними зарубіжних та вітчизняних вчених від 70 до 90% людей залишаються носіями вірусу герпесу.

Розвиток захворювання свідчить про зниження загального імунітету та реактивності як СОПР, так і шкіри.

При ХРГС елементи ураження розташовуються на слизовій оболонці (СО) губ, щік, кінчику, спинці, бічних поверхнях язика, шкірі. Кількість уражень може бути різною, можливі множинні висипи.

Рецидив починається з різноманітних суб'єктивних відчуттів. За кілька годин до появи висипань на ділянці шкіри або СО виникає свербіж, печіння. Потім з'являються об'єктивні зміни.

На СО та шкірі з'являється рожева пляма, яка може бути різних

розмірів із помірно вираженою набряклістю.

Наступний етап – поява міхурів. Вони згруповані, іноді зливаються з утворенням більшого міхура, спостерігається набряк тканин.

Вміст пухирців прозорий, через 2-3 дні він каламутніє, надалі в одному випадку, вони розриваються, виникають ерозії, що вкриті кірками (на червоній облямівці губ і шкірі), в інших випадках вміст пухирця зсихається в кірки. Потім кірки відпадають, оголюючи ерозивну поверхню.

У окремих хворих на ранніх стадіях нарівні з поверхневим некрозом, можуть з'являтися товстостінні (спонгіозні) пухирці із щільним ексудатом, які протягом наступних годин перетворюються на фібринозні осередки некрозу. Надалі ці ділянки мають вигляд ерозивних поверхонь округлої форми, жовтого кольору. Рецидиви ХРГС супроводжуються постійною болочістю СОПР в місцях ураження, яка різко посилюється при прийомі їжі та розмові.

Клінічні особливості ХРГС: гіперемія ділянки СО різної інтенсивності; немає переходу від катарального гінгівіту до виразково-некротичного; відсутність гіперсалівації та запаху; симптом кровоточивості виражений не так різко або відсутній; наявність регіонарного лімфаденіту різного ступеня вираженості.

У період загострення відмічається погіршення загального стану, зниження або відсутність апетиту, загальна слабкість, швидка стомлюваність, дратівливість.

Існують три форми ХРГС: легка, середня, важка – кожна із яких має свою клінічну картину перебігу.

Загальноприйняте лікування поділяється на місцеве і загальне та залежить від ступеню протікання. Критерії ефективності лікування: ліквідація клінічних проявів захворювання, нормалізація цитологічних та імунологічних показників.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернувся пацієнт зі скаргами на появу болочих виразок на внутрішній поверхні нижньої губи, печіння при прийомі їжі.

Анамнез захворювання: зі слів пацієнта тиждень тому переніс гостру вірусну респіраторну інфекцію. Проходив лікування під наглядом сімейного лікаря. Скарги виникли 5 діб тому. З приводу захворювання губ до лікаря не звертався, лікувався самостійно використовуючи 3% перекис водню для припікання виразок. Утворення одразу були різко болочі.

Об'єктивно: обличчя звичайної конфігурації, шкірні покриви природнього кольору. Підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються.

Червона облямівка верхньої та нижньої губ суха, вкрита лусочками. На нижній губі по середині наявна тріщина. Зі слів пацієнта виникає вона періодично. На верхній губі визначається геморагічна кірочка. Кути рота мацеровані. СОПР гіперемована, набрякла, відбитки зубів на щоках по лінії змикання зубів, на бокових поверхнях язика. Ясна набряклі, гіперемовані, безболісні при пальпації, не кровоточать, пародонтальних кишень не виявлено. РМА за Парма – 10%. На нижній губі в присінку – ерозії до 5 мм полігональної форми, вкриті фібринозним нальотом, слабкоболісні при пальпації.

Після проведеної диференційної діагностики (поза- та внутрішньосиндромної) був встановлений кінцевий діагноз: хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит, легка форма, хронічна тріщина губи, метеорологічний хейліт.

Лікування складається за призначення сімейного лікаря: німесил – 1 р/д 5 днів; аміксол – 1 табл. 1 р/д 5 днів; азитроміцин 500 – 1 капс 1 р/д, 6 днів (від прийому відмовився). Лікування стоматолога поділяється на загальне: антигістамінні препарати (цитрин 1 табл. 1 р/д, 5-7 діб); полівітамінні препарати (АлфаВіт класик, за схемою, 1 міс.), навчання індивідуальній гігієні порожнини рота. Місцеве лікування включає антисептичні полоскання (р-н хлоргексидину 0.06% 3-4 р/д); кератопластики (метацил-анестезинова суміш з додаванням вініліну (бальзам Шостаковського аплікації 3-4 р/д), змащування губ гігієнічною помадою або оливковою олією.

Через чотири дні, при повторному огляді, виявлено епітелізацію ерозій, зникли лусочки, тріщина губи в стадії загоєння.

Висновки. Виходячи із об'єктивних даних, клінічних проявів та результатів лікування можемо зробити висновок про синтропію цих захворювань, що потребує відповідного лікування та профілактики.

ЧАСТОТА ПЕРВИННИХ АДЕНТИЙ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ

Федотов О., Коробов П., Цимбал Т.

Науковий керівник: професор Курєдова В.Д.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Дані щодо розповсюдження адентій досить протилежні. Так серед корейців така патологія зустрічається в 5,5% [В Н Yang, 2011], серед португальців – в 6,1% [M D Campoy Ferrer,