

Во 2 группе (диагноз «Хронический гранулирующий периодонтит») в 84 % случаев состоявшейся апексификации – у 76 % детей также сохранялось клиническое и рентгенологическое благополучие, у 10 % детей иногда отмечался дискомфорт при накусывании, а у 6 % детей – обострение периодонтита в причинных зубах 1 раз за весь период наблюдений.

В 3 группе (диагноз «Обострение хронического гранулирующего периодонтита») – 79 % из случаев состоявшейся апексификации, у 12 % детей иногда наблюдалась незначительная болезненность при приеме пищи, у 5 % детей – обострение периодонтита в причинных зубах 1 раз, а у 4 % – 2 раза за 5 лет весь период наблюдений.

Вывод. Динамическое диспансерное наблюдение за детьми в течение 5 лет показало благоприятные отдаленные результаты лечения постоянных зубов, имевших на момент начала лечения несформированные корни, с разновидностями клинического диагноза «периодонтит». Полученные результаты несомненно свидетельствуют о высокой эффективности предложенного метода лечения.



УДК 616.314-002.4-084-053.2/.6

Л. Б. Цевух, к. мед. н., Н. Ф. Коновалов к. мед. н., Ж. А. Новикова к. мед. н.

Одесский национальный медицинский университет

**ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ
С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЗУБОВ
НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Поскольку организм ребенка является единой целостной системой, то несомненно существует тесная взаимосвязь между заболеваниями внутренних органов и систем и патологией ротовой полости. Известно, что ряд соматических заболеваний способствует развитию деструктивных изменений в твердых тканях зубов и в тканях пародонта. Указанные проявления встречаются при заболеваниях эндокринной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, крови, системных поражениях, в том числе сердечно-сосудистой системы. В литературе описаны механизмы поражения кариесом зубов у таких пациентов, одним из которых является снижение функциональной активности слюнных желез, и как следствие – снижение уровня естественной минерализации зубов. С другой стороны, сложность лечения таких пациентов заключается в том, что в каждом случае к ним необходим индивидуальный подход, так как психоэмоциональное состояние их, по вполне понятным каждому врачу причинам, трудно порой назвать адекватным.

Цель данной работы – поделиться с коллегами опытом клинического наблюдения и лечения заболеваний твердых тканей зубов у пациентки с комплексной соматической патологией и дать рекомендации по оказанию необходимой стоматологической помощи таким больным.

Пациентка В.Л., 1995 г.р., наблюдалась на кафедре стоматологии детского возраста ОНМедУ с 5 лет. Примерно до достижения ею 13-летнего возраста, стоматологический статус соответствовал возрастной норме, без особенностей. Значение КПУ+кп не превышало 5, причем за счёт неосложнённого кариеса зубов. Из анамнеза известно, что больная с 4-х лет наблюдалась кардиологами ОДКБ, первоначально выставлялся диагноз – дилатационный вариант кардита, в последующем проведено зондирование полостей сердца, выставлен клинический диагноз: «Венозно-пульмональный синдром, дефект межпредсердной перегородки с частичным аномальным дренажем легочных вен, недостаточность кровообращения 2 стадии, реактивный плеврит, перикардит, дыхательная недостаточность 2 степени, вялотекущий хронический остеомиелит грудины».

С 2009 года в весенне-осенний период на фоне психоэмоциональных нагрузок, ОРВИ наблюдались «свечи» температуры до 39°C с реактивным перикардитом, плевритом, подъемами АД, снижением мышечной силы, повышением СОЭ до 58 мм/час. Данные кризы очень тяжело купировались при помощи различных групп медикаментозных препаратов. Последний такой криз в августе

2011 года привёл к выявлению очень опасного процесса – вялотекущего остеомиелита грудины.

На фоне этой тяжёлой соматической патологии начали возникать характерные для острых форм пульпита боли в интактных зубах, а именно в молярах, премолярах, резцах. Клиническое обследование состояния причинных зубов приводило к постановке диагноза – «ретроградный пульпит». При этом все формы пульпита приходилось лечить девитальным методом, так как имелись противопоказания к проведению инъекционной анестезии, а на проведение общего обезболивания пациентка была категорически не согласна. Она готова была даже терпеть процедуру трепанации причинного зуба без обезболивания, что иногда вызывало повышение температуры и АД непосредственно в кресле у врача-стоматолога, и требовало оказания неотложной медицинской помощи. Кроме того, пациентка часто пропадала в процессе лечения вследствие обострения соматической патологии и ухудшения общего самочувствия, что негативно сказывалось на прогнозе лечения пульпита. Таким образом, лечение одного зуба затягивалось порой до месяца и более. С учётом психоэмоционального состояния больной, все вышеуказанные обстоятельства создавали немалые трудности для санации полости рта. Не успев закончить лечение одного зуба, приходилось приступать к лечению следующего и т.п. Кроме того, стоматологические вмешательства затруднялись наличием патологических симптомов со стороны слизистой оболочки полости рта – болезненностью и повышенной кровоточивостью. Это причиняло значительный дискомфорт как врачу-стоматологу, так и пациентке.

На наш взгляд, описанная ситуация свидетельствует о том, что такие неординарные пациенты требуют особенного отношения. Даже если человек чётко знает диагноз своего основного заболевания, необходимы консультации с его лечащим врачом, прежде чем начинать лечение сопутствующей стоматологической патологии, а также продолжать проведение этих консультаций в процессе оказания стоматологической помощи.

К сожалению, в законодательных протоколах оказания стоматологической помощи, в том числе и в Украине, не прописаны механизмы наблюдения и лечения стоматологических заболеваний у больных с тяжёлой соматической патологией.

Вывод. Целесообразным является разработка специальных алгоритмов лечения стоматологических заболеваний, развившихся на фоне хронической соматической патологии.



УДК 616.314+616.316+612.017+616-002.77

О. І. Челій, М. А., Мазена д. мед. н.

Івано-Франківський національний медичний університет
Державний вищий навчальний заклад
«Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника»

ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ШЕГРЕНА

Виявлення ураження слинних залоз (СЗ) у хворих на синдром Шегрена СШ переважно відбувається на розгорнутій стадії, якій передували більш ніж 6 років імунопроліферативні процеси в них, що призвели до незворотних змін залозистого епітелію. Тому розробка комплексу ранніх методів діагностики функціональних порушень СЗ та методи їх корекції у хворих на СШ є актуальною і перспективною.

Одним із методів ранньої діагностики функціонального стану слинних залоз є аналіз анамнестичних даних на основі анкети-опитувача. Відомо, що кількість та якість слини змінюються у відповідності з добовими ритмами, циркадні ритми впливають на розвиток зубів, слинних залоз і продукцію слини.

Метою дослідження було оцінити інформативність анкети-опитувача з включенням запитань про якість сну та циркадні ритми слиновиділення для ранньої діагностики СШ у хворих на системні захворювання сполучної тканини – ревматоїдний артрит (РА), системний червоний вовчак (СЧВ) та системну склеродермію (СС).