

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).

Використали наступний опитувач для діагностики порушень функції слинних залоз: 1. Відмічаєте сухість в порожнині рота? 2. Відчуваєте сухість в роті при вживанні їжі? 3. Вживаєте напої, щоб допомогти проковтнути суху їжу? 4. Відмічалась припухлість в привушних чи підщелепних ділянках? 5. Відмічаєте сухість в очах? 6. Спостерігаєте відчуття чужорідного тіла, «піску» в очах? 7. З якого часу почались перелічені прояви? 8. Ці прояви постійні чи періодичні? 9. В яку пору доби більше виражені ці прояви? 10. Звертались з приводу вищезгаданих скарг? 11. Проводилось лікування? 12. Ефективність лікування? 13. Якість сну? а) міцний б) поверхневий в) процес засинання – швидкий? довготривалий? 14. Тривалість сну? а) 5-6 год. і менше б) 7-8 год. і більше. Анкета-опитувач була апробована у 88 хворих на СЗСТ, з них 76 жінок і 16 чоловіків (РА – 38 чол., ССД – 25 чол., СЧВ – 25 чол.), контрольну групу (22 чол.) становили здорові особи, що відповіли негативно на всі запитання анкети-опитувача.

Пацієнтів, що стверджувально відповідали на 2 – 3 з перших 6-и запитань відбирали для подальшого обстеження, яке полягало у фізикальному обстеженні слинних, стану твердих тканин зубів, стану слизової оболонки порожнини рота, сіалометрії, визначення змочувальної активності слини та рівень колонізації слизових оболонок ротової порожнини. Слину збирали ранком натще. Вивчали показники нестимульованої та стимульованої 1 % розчиному пілокарпіну гідрохлориду секреції паротидної слини (мл/20 хв.). Змочувальну активність слини визначали за допомогою розробленої нами методики за швидкістю змочування пористого матеріалу.

Показники секреції паротидної слини: у осіб контрольної групи нестимульована – $1,6 \pm 0,1$ мл/20хв., стимульована – $2,7 \pm 0,2$ мл/20хв.; у хворих, що негативно відповіли на всі запитання анкети-опитувача – нестимульована – $1,4 \pm 0,1$ мл/20хв., стимульована – $2,4 \pm 0,1$ мл/20хв.; у хворих, що стверджувально відповіли на 3 з перших 6-и запитань опитувача – нестимульована – $0,7 \pm 0,1$ мл/20хв., стимульована – $1,1 \pm 0,1$ мл/20хв., у хворих, в яких на основі 13 та 14 пунктів анкети-опитувача діагностовано порушення сну – нестимульована – $0,9 \pm 0,1$ мл/20хв., стимульована – $1,4 \pm 0,1$ мл/20хв.

Показники змочувальної активності слини: у осіб контрольної групи нестимульована – $2,2 \pm 0,1$ мм/хв., стимульована – $3,5 \pm 0,1$ мм/хв., у хворих, що негативно відповіли на всі запитання анкети-опитувача – нестимульована – $1,8 \pm 0,1$ мм/хв., стимульована – $2,1 \pm 0,1$ мм/хв., у хворих, що стверджувально відповіли на 3 з перших 6-и запитань опитувача – нестимульована – $0,8 \pm 0,1$ мм/хв., стимульована – $1,2 \pm 0,1$ мм/хв., у хворих, в яких на основі 13 та 14 пунктів діагностовано порушення сну – нестимульована – $1,0 \pm 0,1$ мм/хв., стимульована – $1,2 \pm 0,1$ мм/хв.

Культури грибів виділено від 12 пацієнтів ($40,0 \pm 1,63$ %): у 6 осіб ($20,1 \pm 1,34$ %) – одночасно із слизових і язика, і ясен; у 5 ($16,7 \pm 1,24$ %) – лише із слизової язика і у 1 пацієнта ($3,4 \pm 0,60$ %) – лише із слизової ясен. Від обстежених пацієнтів в загальному ізолювано 26 культур грибів, серед яких кількісно переважає *Candida albicans* – 14 штамів ($53,8 \pm 1,92$ %). Колонізацію СОПР *C. albicans* виявлено у 10 пацієнтів із синдромом Шегрена ($30,0 \pm 1,53$ % від усіх обстежених). Крім того, нами ідентифіковано 4 штами *C. lusitaniae* (виділені від 3 пацієнтів), 3 штами *C. kefyr* (*Kluyveromyces marxianus*) від 2 пацієнтів, 2 штами *C. lipolytica* (*Yarrowia lipolytica*) від 2 пацієнтів, 1 штама *C. tropicalis* і 2 штами *Cryptococcus laurentii* (з різних біотопів 1 пацієнта).

Таким чином, аналіз отриманих результатів показав, що у хворих, які стверджувально відповіли на 3 з перших 6-и запитань опитувача та у хворих, у яких діагностовано порушення сну, порушення функції слинних залоз було підтверджено за допомогою сіалометрії та тесту на змочувальну активність слини. Подальше вивчення циркадних ритмів слиновиділення вважаємо перспективним для ранньої діагностики СШ. Рівень колонізації слизових оболонок ротової порожнини дріжджоподібними грибами має значення для диференційної діагностики у випадках вираженої сухості в роті у пацієнтів.

