

Добровольська М. К., Переста Ю. Ю., Лемко І. С., Джуліна С. М.

РЕЗУЛЬТАТИ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ «ПОЛЯНА КУПІЛЬ»

Ужгородський національний університет

Сучасні наукові дослідження свідчать про погіршення показників здоров'я населення, що проявляється зростанням рівня захворюваності серцево-судинної, дихальної, травної, ендокринної систем. Як правило, їхній перебіг супроводжується високою алергізацією, вторинним імунодефіцитом, хронізацією, поліетиологічністю захворювань.

Мета. Керуючись положеннями одного з нових напрямків клінічної медицини - еферентології, що надає «метаболічній інтоксикації» патогенетичного значення у виникненні поліорганної патології, та основами антигомотоксичної терапії, ми поставили перед со-

бою мету -дослідити ефективність комплексного лікування стоматологічних хворих із супутньою патологією – калькульозним холециститом.

Методи та результати дослідження. Під нашим спостереженням перебували 54 хворих із жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ), яким була виконана лапароскопічна холецистектомія у відділенні №1 ОКЛ м. Ужгорода. Середній вік пацієнтів - 43±2, 0 роки. 88% становили жінки. Давність захворювання більшості хворих - 1-3 роки. У пацієнтів були супутні хвороби інших органів травної системи (хронічний панкреатит - у 22%, дискінезія товстого кишечника – в 38%, хронічний гепатит – у 28%).

Серед скарг хворих із боку ротової порожнини превалювали кровоточивість ясен, рухомість зубів, парестезії язика, порушення саливації, смакової чутливості, десквамація епітелію язика і періодичне утворення афт на слизовій оболонці.

Для характеристики стану органів ротової порожнини ми використали клінічні та додаткові методи

Таблиця 1

Імунний та стоматологічний статуси хворих на ЖКХ у до- та післяопераційний періоди після ЛХЕ і реабілітаційного лікування в санаторії «Поляна» (M±m)

Імунологічне дослідження	Здорові (n=24)	До операції (n=26)	Після операції (n=26)	Після реабілітації (n=26)
Клітинний імунітет				
Є-РУК (40-60%)	53. 6±1. 7%	41. 4±4. 8	31. 0±5. 6	45. 4±4. 7*
Ттфр(резистентні) (20-25%)	35. 3±2. 7%	21. 8±3. 4	16. 9±4. 1	24. 8±3. 3
Ттфч(чутливі) (10-15%)	2. 3±0. 9%	19. 6±5. 3	14. 2±4. 1	20. 6±3. 6
Коефіцієнт Ттфр/ Ттфч(чутливі) (1. 5-2. 0)	1. 64±0. 12	1. 2±0. 3	1. 3±0. 7	1. 2±0. 3
Гуморальний імунітет				
Титр комплементу (47. 0±0. 5)	47. 0±0. 5	40. 2±6. 1	43. 5±5. 1	43. 8±2. 0
«-» загальних ІгЕ АТ (6. 0±0. 5)	6. 0±0. 5	8. 8±9. 8	7. 1±11. 7	3. 9±3. 0
Титр мікробних антитіл стафілококових (6. 8±0. 8)	6. 8±0. 8	3. 6±2. 8	3. 8±4. 9	3. 6±2. 0
Титр тканинних антитіл				
Наднирковикових	4. 9±0. 8	2. 3±2. 0	2. 3±3. 6	2. 8±1. 8
Гастронових до 10 ум. од.	5. 5±1. 5	18. 8±11. 3	9. 6±9. 3	11. 0±7. 0
Секретинових «-»	5. 2±1. 0	10. 2±7. 3	7. 6±6. 8	6. 6±4. 6
ХЦКП до 8 ум. од.	5. 3±0. 3	11. 5±8. 6	6. 8±7. 2	6. 9±5. 7
Жовчного міхура«-»	5. 4±0. 7	6. 9±7. 6	4. 9±6. 2	5. 8±6. 3
Підшлункової залози до 15 ум. од.	11. 6±1. 7	6. 8±7. 6	4. 1±6. 2	5. 4±5. 7
ЦіК 13. 5±1. 5 ммоль/л	13. 5±1. 5	25. 1±13. 1	32. 3±3. 0	22. 4±10. 4
Церулоплазмін 30 мг%	33. 2±1. 5	32. 1±12. 9	32. 5±6. 3	32. 9±6. 4
Стоматологічний статус				
Проба Шіллера-Писарева	0	позит. у89. 9%	позит. у 48. 6%	позит. у 2. 2%
Пародонтальний індекс	0	2. 77±0. 96	1. 09±0. 66	0. 7±0. 09
Комплексний пародонтальний індекс (бали)	0	1. 69±0. 08	1. 48±0. 10	0. 78±0. 06
Гігієнічний індекс (бали)	1. 0	2. 25±0. 8	1. 48±0. 22	1. 18±0. 56

* - відмінності в порівнянні з показниками здорових людей достовірні (p<0, 0001).

обстеження, такі як проба Шіллера-Писарєва, пародонтальний індекс Russel, комплексний пародонтальний індекс (КПІ) П. А. Леуса. Стан гігієни оцінювали за індексом Федорова-Володкіної.

Комплексне обстеження хворих дозволило в 34, 1 ± 0 , 8% діагностувати хронічний катаральний гінгівіт, у 1, 8 ± 0 , 06% - гіпертрофічний гінгівіт, у 64, 1 ± 1 , 1% - хронічний генералізований пародонтит. Величина індексу Федорова-Володкіної свідчила про незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини пацієнтів ($1, 96 \pm 0, 33$) $p > 0, 1$.

Схема лікування стоматологічних захворювань до проведення лапароскопічної холецистектомії передбачала професійну гігієну ротової порожнини, призначення полоскань розчином гівалексу, жувальних таблеток лісобакту, ротових ванночок з 5% амінокапроною кислотою, аплікацій мазі траумель С, загальної терапії аскорутином і кальцеміном, ротових орошень мінеральною водою «Поляна Купіль» в умовах санаторію «Поляна» Свалявського р-ну Закарпатської обл. Мінеральна вода належить до вуглекислих борних середньомінералізованих гідрокарбонатно-натрієвих слаболужних вод, що в своєму складі містить фтор. Хворим призначали питний режим із мінеральною водою, «перлинні» ванни, масаж, загальнозміцнювальні та тонізуючі процедури з настоєм женьшеню.

Контроль загального стану пацієнтів до лікування, після проведення лапароскопічної холецистектомії та тритижневого перебування в санаторії «Поляна» здійснювали на основі біохімічних досліджень сироватки крові хворих на ЖКХ та показників імунного статусу (див. табл. 1).

Серед біохімічних показників сироватки крові слід виділити нормалізацію кількості аспартатамінотрансферази, прямого і непрямого білірубіну, β -ліпопротеїдів, холестерину, альбуміну та глобуліну, тоді як кількість аланінамінотрансферази, тригліцеридів, загального білка, γ -глобулінів та тимолова проба перевищували межу норми.

Дослідження імунного статусу свідчило, що найвищу тенденцію до нормалізації демонстрував титр тканинних антитіл жовчного міхура, комплекменту як фактора гуморального імунітету та церулоплазміну. Найбільш інертними залишалися показники клітинного імунітету.

Щодо змін показників стоматологічного статусу (див. табл. 1), то слід указати на позитивні тенденції в нормалізації стану ясен (проба Шіллера-Писарєва), тканин пародонта (індекс ПІ) та КПІ. Позитивні зміни були і у величинах гігієнічного стану ясен уже з найближчих строків спостереження. Позитивні тенденції спостерігали і у відновленні смакових відчуттів та зменшенні, а з часом і повному припиненні гіперестезії з боку язика.

Висновки. Отримані результати свідчили, що хірургічне лапароскопічне вилучення вогнища запалення - жовчного міхура, дренажна терапія лімфоміозотом,

протизапальний та імуномодельючий ефекти антигомотоксичного препарату «Траумель», бальнеотерапія в умовах санаторію «Поляна» протягом місяця сприяли покращенню функціонального стану печінки, ліпідного та пігментного обмінів, зниженню алергізації організму хворих.

Позитивні зміни з боку органів ротової порожнини підтвердили її тісний зв'язок зі станом гепатобіліарної системи й організмом у цілому.

Запропонований курс метаболічної детоксикації організму хворих на калькульозний холецистит зі стоматологічною санацією та реабілітаційними заходами в умовах санаторію «Поляна» може бути рекомендованим у широку медичну парктику.

Дорубець А. Д. , Король М. Д.

СТАН ПУЛЬПИ ЗУБІВ ПРИ ПРЕПАРУВАННІ ПІД МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Вищий державний навчальний заклад України
"Українська медична стоматологічна академія",
м. Полтава

Виготовлення металокерамічних незнімних конструкцій передбачає необхідність глибокого препарування твердих тканин зубів, що може викликати ушкодження або загибель пульпи. Така небезпека обумовлена великими розмірами порожнини зуба і, відповідно, її близьким розташуванням до поверхні.

При виготовленні металокерамічних незнімних конструкцій зубних протезів значну увагу приділяють питанням препарування твердих тканин зубів, яке впливає як безпосередньо на тканини зуба, так і на різні органи та системи організму пацієнта і його психоемоційний стан.

Однак досі деякі лікарі перед виготовленням металокерамічних протезів удаються до депульпування опорних зубів. Це зручно для їх глибокого препарування та запобігання ускладненням із боку пульпи.

Використання депульпованих зубів у ролі опорних має суттєві недоліки, оскільки підготовка депульпованого зуба під металокерамічну коронку супроводжується видаленням досить великого шару твердих тканин, а підготовлена кука виявляється суттєво послабленою, тому що порожнина зуба заповнюється пломбувальним матеріалом, який поступається міцністю дентину, а також різко знижується міцність твердих тканин, які оточують порожнину зуба, оскільки в них порушується нормальний перебіг обмінних процесів. У цілому ж сформована з уступом кука зуба, зменшена та послаблена пломбувальним матеріалом, стає малостійкою до жувального тиску і тому часто ламається разом із протезом.

Девіталізація призводить до суттєвих змін у твердих тканинах зуба, які починаються з численних тріщин емалі, що виникають у перші роки після втручання, в свою чергу емаль починає кришитися, оголюючи дентин депульпованого зуба, який швидко руйнується