

УДК 577.4-06:616.314-007

©Н. С. Гутор, Р. М. Рубас

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Поширеність аномалій вуздечки верхньої губи та наявність надкомплектних зубів залежно від регіону

Аномалії зубних рядів зустрічаються у поєднанні з аномальним прикріпленням вуздечок губ у 60,4 %, від 0,1 до 7 % діагностуються уроджені аномалії зубощелепного апарату — надкомплектні зуби. Наведені дані показують, що при обстеженні дітей, при постановці діагнозу слід враховувати специфіку клімато-географічних та екологічних особливостей місцевості.

Метою роботи стало вивчити поширеність аномалій вуздечки верхньої губи та наявність надкомплектних зубів залежно від регіону.

Під нашими спостереженнями перебувало 48 дітей віком від 6 до 13 років, жителів міст Тернополя та Чорткова. Останній належить до зони посиленого радіаційного екологічного контролю. Групи були співставлені за віком та статтю. Обстеження пацієнтів проводили з використанням клінічного та рентгенологічного досліджень.

Проведення клініко-рентгенологічних досліджень стану зубощелепної системи у 48 обстежених показало, що більш висока поширеність даної патології була у дітей з Чорткова порівняно з Тернополем (67 і 33 % відповідно). Відмічено, що досліджених патологій зубощелепної системи у дітей із Чорткова, порівняно з Тернополем, було значно більше (аномальне прикріплення вуздечки губи було відповідно у 65 і 35 %, надкомплектний зуб — у 72 і 28 % пацієнтів).

Поширення та частота патологій зубощелепної системи у дітей вірогідно пов'язані з умовами проживання в Чорткові, що належить до зони підвищеного радіаційного фону (19 мкР/год) і меншою доступністю стоматологічно-хірургічної допомоги.

УДК 616.314.22-001.3-08-092:612.014.484

©І. М. Готь, О. Я. Мокрик, О. М. Тульчак, Р. В. Лампіка

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Особливості стресових реакцій у хворих із травматичними переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду залежно від методів їх лікування

На сьогодні серед усіх травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки найбільш частими є переломи нижньої щелепи — 70–85 % (А. С. Артюшкевич та співавт., 2001; Я. Н. Карасенков, Я. П. Нагірний, А. Г. Шаргородський, 2004; А. С. Панкратов, 2005; П. І. Івасенко, Є. П. Журко, А. В. Чекин,

В. Д. Конвай та співавт., 2007; І. М. Байрікі, 2011). Травматичні переломи нижньої щелепи викликають не лише морфологічні та функціональні порушення зубощелепної системи, а також супроводжуються стресовими реакціями всього організму. Зокрема, однією із причин розвитку запальних ускладнень пере-

ломів нижньої щелепи (нагноєння кісткової рани, травматичний остеомієліт, остеофлегмона) у пацієнтів може бути імунодефіцит, зумовлений впливом стресу. Водночас, у відповідь на дію стресу в організмі людини активуються адаптаційні реакції, які мають неспецифічний характер (Г. Сельє, 1960; Л. Х. Гаркаві, 1990; М. Г. Пшенникова, 2002; Ю. А. Мулик; 2006, Е. Ю. Протасов 2009; В. А. Агасян, 2012). З огляду на універсальність загальних та місцевих адаптаційних реакцій на стрес, становить науково-практичний інтерес вивчення їх впливу на перебіг травматичних переломів нижньої щелепи при різних способах лікування.

Метою дослідження стало вивчити особливості загальних та місцевих проявів стресових реакцій у хворих із травматичними переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду залежно від способів їх лікування.

Було обстежено 35 хворих із травматичними переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду, що знаходились на лікуванні в щелепно-лицевих відділеннях Львівської обласної клінічної лікарні та Клініки швидкої медичної допомоги м. Львова за період 2012 – 2014 рр. Всі пацієнти мали часткову або повну адентію нижньої щелепи, що унеможливило застосування назубних шин. Залежно від способу репозиції та фіксації відламків нижньої щелепи, пацієнтів поділили на дві клінічні групи. Першу групу склали 17 чоловік, яким проводилось хірургічне лікування, – операція остеосинтезу нижньої щелепи. Другу клінічну групу – 18 чоловік, їм здійснювали ортопедичне лікування за допомогою бімаксиларних зубонаясених шин за типом Гунінга – Порта. Додатково накладалась туга пращевидна пов'язка. Оцінювали больові відчуття хворих за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ); психоемоційний стан хворих оцінювали за допомогою психологічного тестування за методикою «Самопочуття, активність, настрої» (САН). Для оцінки лімфоцитарно-лейкоцитарного вмісту крові – реакція білої крові, при стресі визначали адаптаційний індекс Гаркаві. Вивчення концентрації кортизолу в крові здійснювали методом ІФА. У слині визначали концентрацію sIgA методом ІФА та активність лізоциму нефелометричним аналізом. Отримані результати порівнювали на і через добу після надання хірургічної та ортопедичної до-

помоги, 7, 14, 21 доби лікування. Статистичні підрахунки проводились за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA -7.

У всіх хворих при госпіталізації у відділення ЩЛХ виявляли психоемоційні та біохімічні прояви гострого стресу. За даними тесту САН, у 1 клінічній групі на першу добу після оперативного втручання спостерігалось значне погіршення психоемоційного статусу внаслідок додаткової хірургічної травми й було більш вираженим, ніж у хворих 2 клінічної групи після фіксації ортопедичних конструкцій. З 7 доби у пацієнтів 1 клінічної групи, у міру вщухання запальної реакції в ділянках ураження, показники САН покращувались ($6,1 \pm 0,1$) бала. Однак у хворих 2 клінічної групи психоемоційний статус залишався незадовільним – ($26,5 \pm 1,9$) бала, що пояснюється наявністю в них постійних механічних подразників у ротовій порожнині – ортопедичних конструкцій та продовженням процесу адаптації до них. Вивчення стресового індексу Гаркаві показало, що у хворих 1 групи після хірургічного втручання на 1 добу стресова реакція білої крові також була значно вираженіша – ($0,17 \pm 0,8$), ніж у 2 клінічній групі – ($0,27 \pm 0,05$). На 7 добу спостереження у хворих двох груп показники стресових реакцій статистично не відрізнялись, 26,7 і 26,8 відповідно ($p > 0,05$), проте упродовж 14 і 21 діб ці показники у пацієнтів 1 клінічної групи значно знизились: 30,4 (14 доба) та 32,5 (21 доба), а у 2 клінічній групі були більш вираженими: 35,7 (14 доба) та 49,8 (21 доба). Реакція імунної системи у першій клінічній групі упродовж лікування виявила поступове зростання sIgA (з 1,28 до 1,69 г/л) та деяку тенденцію до зниження концентрації лізоциму (з 14,3 до 13,5 од./л). У той самий час у хворих 2 клінічної групи на тлі погіршення гігієнічного статусу ротової порожнини у слині дещо зріс вміст лізоциму (з 13,2 до 13,9 од./л), а концентрація sIgA залишалась без виражених змін (з 1,3 до 1,4 г/л) ($p > 0,05$), що свідчило про гуморальну імунодепресію. Внаслідок чого спостерігались випадки сповільнення консолідації відламків нижньої щелепи через прояви запальних реакцій у зоні пошкодження.

При травматичних переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду у хворих спостерігаються прояви загальних та місцевих стресових реакцій різного ступеня вираження.

При застосуванні хірургічних методів іммобілізації відламків нижньої щелепи загальні та місцеві прояви травматичного стресу досягають максимальних показників у першу добу після оперативного втручання, надалі відбувається їх редукція на тлі покращення загального та місцевого стану хворих.

При застосуванні ортопедичних методів іммобілізації відламків нижньої щелепи бімакси-

лярними зубонаясенними (наясенними) шинами спостерігається хронізація стресових реакцій, які негативно впливають на психоемоційний статус хворих, показники гуморального імунітету ротової порожнини, що погіршує умови для консолідації відламків щелепи. Ортопедичні конструкції зумовлюють хронізацію стресових реакцій у хворих із травматичними переломами нижньої щелепи.

УДК 612.112.3-02:616.314-089.87-06:616.716.85]-092.9

©А. Є. Демкович

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Зміни показників фагоцитарної активності лейкоцитів у динаміці розвитку постекстракційного альвеоліту

Одна з ключових позицій в імунній системі належить фагоцитозу, який розглядають сьогодні не тільки як інструмент протиінфекційного імунітету, але і як універсальний ефектор гомеостазу, що реагує на численні сигнали про дестабілізацію внутрішнього середовища організму та є однією із ключових патогенетичних ланок розвитку та перебігу запальних реакцій. За умов розвитку постекстракційного альвеоліту (ЕПА) відбувається поступова активація фагоцитарної активності. Аналізуючи показник фагоцитарного індексу (ФІ), встановлено, що на 5-ту добу експерименту відбулося підвищення цього показника на 16,7 % ($p < 0,05$), порівняно з показником інтактної групи тварин, а на 15-ту добу спостерігалось інше спрямування змін, зокрема, за цих умов показник ФІ знизився на 6,4 % ($p < 0,05$), порівняно з показником тварин з ЕПА на 5-ту добу експерименту, проте ще залишався підвищеним на 9,3 % ($p < 0,01$)

відносно інтактної групи тварин. Характеризуючи фагоцитарне число (ФЧ) гранулоцитів крові експериментальних тварин з ЕПА слід зазначити, що ця величина вже на 5-ту добу досліджу в 1,56 рази ($p < 0,01$) перевищувала цей показник у тварин контрольної групи, що свідчить про активацію фагоцитарної активності їх, зростання неспецифічної клітинної ланки захисту, що підтверджено нашими дослідженнями. Так, на 15-ту добу фагоцитарне число у тварин із ЕПА зменшилось, порівняно з показником попереднього періоду, на 10,9 % ($p < 0,01$), що відповідало збільшенню у 1,39 рази ($p < 0,01$) порівняно з групою контрольних тварин. Порушення фагоцитарної активності при експериментальному постекстракційному альвеоліті у тварин є суттєвою патогенетичною ланкою в механізмах, що формують характер розвитку, перебігу і завершення запального процесу.