

Вадзюк С. Н.,
Палас то к Б.О.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ

Кафедра нормальной физиологии Государственного высшего учебного учреждения
«Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ
Украины», Украина, г. Тернополь

ЗАВИСИМОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ. В статье приведены результаты оценки состояния пародонта у детей среднего и старшего школьного возраста с различным уровнем тревожности. Выявлено, наличие слабоположительной пробы Шиллера-Писарева у школьников с высоким уровнем тревожности, что свидетельствовало большой вероятности развития воспаления в пародонте этих детей. Однако рентгенологических признаков повреждения костной ткани не наблюдалось ни в одной из обследованных групп;

Ключевые слова: пародонт, костные структуры челюстей, дети, ортопантомограмма

FEATURES OF THE STATE OF PARADONTIUM FOR SCHOOLBOYS WITH THE DIFFERENT LEVEL OF ANXIETY. In the article the results of analysis of the clinical state of periodontium are resulted for the children of middle and senior school ages with the different level of anxiety. It is exposed, presence of poorly positive test of Shillera-Pisareva for children and schoolboys with the high level of anxiety, that testified about large probability of development of inflammation in the paradontium of these children. The roentgenologic signs of inflammation were not observed in any group of the inspected children. The method of determination of possibility of toothling is recommended.

Key words: periodont, bone structures of jaws, children, orthoradial jaw pantomography

Введение. Учитывая высокую распространенность воспалительных процессов в пародонте детей, большинство научных работ посвящено изучению влияния различных факторов на развитие и течение гингивита, предлагаются методы ранней диагностики [9; 10] и лечения [2; 3; 4]. Научные исследования патогенеза воспалительных заболеваний пародонта показывают, что большое значение имеют местные факторы - неудовлетворительная гигиена полости рта, нависающие края пломб при алроксимальном кариесе, скученность зубов, аномалии прикрепления уздечек губ, языка, наличие ортодонтических конструкций [9]; и общие факторы - регуляторные механизмы организма, в том числе, состояние центральной нервной системы [5]. Данные последних публикаций свидетельствуют о преобладании состояния гиперреактивности организма в развитии воспаления в пародонте детей [1]. В тоже время исследований, посвященных связи уровня тревожности школьников с наличием или отсутствием воспаления в пародонте, не проводилось. Поэтому представляет интерес изучение клинического состояния пародонта, наличие или отсутствие воспаления в пародонте у школьников среднего и старшего возраста с различным уровнем тревожности во взаимосвязи с рентгенологической картиной.

Цель исследования. Оценка клинического состояния пародонта у детей среднего и старшего школьного возраста с различным уровнем тревожности.

Материал и методы. Обследование детей 11-12 и школьников 14-17 лет на базе поликлиники стоматологического факультета ГВУУ «ТДМУ имени И.Я. Горбачевского» состояло из определения уровня стоматологического здоровья при клиническом (пародонтологический статус, проба Шиллера-Писарева, состояние гигиены полости рта) [9] и рентгенологическом (оргопантомография) обследовании [8].

Для определения интенсивности воспалительного процесса в мягких тканях пародонта проводилась проба Шиллера-Писарева и йодного числа Свракова. При этом слизистую оболочку полости рта обрабатывали йодсодержащим раствором (йодид калия - 2,0; йод кристаллический -1,0; вода дистиллированная - 40,0 - «раствор Шиллера-Писарева»). Окрашивание происходит в участках, где имеется глубокое поражение соединительной ткани. Оно связано с накоплением большого количества гликогена в очагах воспаления. Окрашивание десны в желто-соломенный цвет свидетельствует про отрицательную пробу Шиллера-Писарева; в светло-коричневый - слабоположительную; в темно-коричневый - про положительную пробу. Проба достаточно чувствительна и объективна: при стихании воспалительного процесса или его прекращении - интенсивность окрашивания и его площадь уменьшаются.

Для объективизации пробы Шиллера-Писарева результаты выражаются в цифрах (баллах), оценивая отсутствие окрашивания - 0 баллов; окрашивание десневых сосочков в 2 балла, окрашивание десневого края — в 4 балла и окрашивание альвеолярной десны — в 8 баллов. Полученную общую сумму баллов затем следует разделить на число зубов, в области которых проведено исследование (обычно 6) по формуле для вычисления йодного числа Свракова [9].

Оценка значений йодного числа Свракова проводилась по таким критериям:

слабо выраженный процесс воспаления — до 2,33 баллов;

умеренно выраженный процесс воспаления — от 2,67 до 5,0 баллов;

интенсивный воспалительный процесс — от 5,33 баллов до 8,0 баллов.

После проведения диагностики уровня школьной тревожности Филиппа [7] школьники были разделены на группы (табл. 1).

Йодное число =

сумма оценок каждого зуба
число обследованных зубов

Таблица 1

Распределение обследованных школьников на группы в зависимости от уровня тревожности

Возраст, лет	Уровень тревожности		
	низкий	средний	высокий
11-12	40	19	5
14-17	10	21	26
Итого:	50	40	31
		121	

Результаты и их обсуждение. Обследование детей и школьников с различным уровнем тревожности включало проведение пробы

распространенность и интенсивность (табл. 2).

Таблица 2 число Свракова) у обследованных школьников

Показатели пробы Шиллера-Писарева (йодное

Шиллера-Писарева на наличие воспаления в деснах, его

с различным уровнем тревожности

Показатель	Группа обследованных					
	11-12 лет			14-17 лет		
	низкий уровень тревожности	средний уровень тревожности	высокий уровень тревожности	низкий уровень тревожности	средний уровень тревожности	высокий уровень тревожности
Йодное число Свракова	1,33±0,05	1,67±0,06	2,35± 0,04 *	1,56 ±0,05	2,00±0,05	2,40 ±0,04*

* - отклонение достоверно относительно показателя в группе с низким уровнем тревожности в пределах возрастной группы, p<0,05.

У детей 11-12 лет с низким уровнем тревожности йодное число Свракова было на 25,6 % и на 76,7% больше чем в группе со средним и высоким уровнем тревожности соответственно. В тоже время, у школьников 14-17 лет увеличение йодного числа Свракова было на 28,7 % и на 53,9 % при сравнении соответствующих показателей.

Анализ полученных данных свидетельствовал хотя бы о слабом процессе воспаления десен, но наиболее выраженном у обследованных школьников 11-12 лет и 14-17 лет с высоким уровнем тревожности. Этот факт указывает на большую вероятность возникновения гингивита у этих детей.

Высокий уровень тревожности в этом возрасте приводит к изменению регуляторных систем организма, в частности, уменьшению неспецифической защиты слизистой оболочки полости рта с повышением риска возникновения воспаления [6].

Для исключения поражения твердых тканей пародонта, проводилось ортопантомографическое обследование у детей с гингивитом.

У школьников нижняя челюсть по всей длине построена как плоская губчатая кость. Лишь по ее нижнему краю проходила интенсивная однородная полоска компактной костной ткани, ширина которой была различной. В центральных отделах челюсти она была максимальной (от 0,3 см у 11-летних детей и до 0,6 см - у 17-летних школьников), по направлению к углам уменьшалась и переходила в тонкую четкую полоску кортикальной кости с ровными контурами.

В процессе формирования верхушки корня мы различали три стадии: стадию несформированной верхушки корня, стадию незакрытой верхушки корня и стадию полностью сформированной верхушки, что совпадает с данными [9].

Рентгенологическая картина несформированной верхушки корня была такой: стенки корня расположены параллельно, ширина их постепенно уменьшается. Периодонтальная щель на всем протяжении имеет одинаковую ширину. Около верхушки она сливается с зоной роста. В стадии незакрытой верхушки стенки корня имеют такое же строение, как и в стадии несформированной верхушки, отличаются от нее большей толщиной стенок. На рентгенограмме четко видно проекцию верхушечного отверстия. В стадии сформированной верхушки корня зоны роста нет, некоторое время сохранялась расширенная периодонтальная щель, верхушечное отверстие закрыто.

Не установлено взаимосвязи между степенью тревожности и особенностями строения костной ткани. Ни на одной ортопантомограмме никаких признаков остеодеструкции не наблюдалось.

Выводы. Наличие наиболее выраженной пробы Шиллера-Писарева у детей как среднего так и старшего школьного возраста с высоким уровнем тревожности, свидетельствовало про большую вероятность развития воспаления в пародонте этих детей. Рентгенологических признаков воспаления не наблюдалось ни в одной группе обследованных детей. Ортопантомограммы обследованных школьников с различным

уровнем тревожности не имели существенных различий при сравнении в пределах возрастной подгруппы.

Литература

1. Авдеев А. В. Изменения физико-химических показателей ротовой жидкости юношей и девушек при лечении гингивита / 21 век: фундаментальная наука и технологии : науч.-практ. конф. 24-25 декабря 2012 г. : сб. мат.-овконф. - Москва, 2012.-С. 29-34.
2. Деньга О.В., Жук Д.Д., Макаренко О.А. - Клинико-лабораторная оценка эффективности комплекса адаптогенов и физических факторов на биохимические параметры ротовой жидкости у больных хроническим катаральным гингивитом // Вестник стоматологии. - 2004. - № 4. - С. 62-68.
3. Ковач И.В. - Воздействие комплексной биостимулирующей терапии на иммунологическую реактивность у подростков, страдающих хроническим катаральным гингивитом и сочетанной патологией (кариес и гингивит) // Украинский стоматологический альманах. - 2005. - № 6. - С. 45-50.
4. Локтионова М.В. - Лечение хронического катарального гингивита с использованием десневых повязок на основе растительных компонентов и сульфатированных гликозаминогликанов : автореф. дис... канд. мед.наук: 14.00.21 - Смоленск, 2009. - 20 с.
5. Мамаева Е.В. Пародонтологический статус и функциональное состояние организма у подростков: автореф. Дис. докт. мед.наук: 14.00.21 - Казань, 2007. - 35 с.
6. Паласюк Б. О. - Рівень тривожності та зміни ферментів ротової рідини у дітей середнього та старшого шкільного віку // Буковинський медичний вісник. - 2012. - № 4. - 123-127с.
7. Психологія шкільного віку. Постбач. / [Винославська, О. А. Бреусенко-Кузнецов та ш.]; за науковою ред. О. В. Винославсько.-К. : Фірма «ІНКІОС», 2005.-352с
8. Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика в стоматологии - М.: «МИА», 2003. - 450 с.
9. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л. О. Хоменко, О. И. Остапко, О. Ф. Кононович, В. И. Шматко и др.; учебник. - К.: Книга плюс, 1999. - 526 с.
10. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. М.: МЕД пресс-информ, 2002. - 189 с.

Гаффаров Г.К.,
Бектурдиев Ш.С.,
Юсупова Н.А.,
Шодиев У.О.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.), Кафедра офтальмологии (зав. - проф. Юсупов А.А.)

На сегодняшний день глаукома занимает одно из ведущих мест среди причин слепоты, слабовидения и инвалидности по зрению. В структуре заболеваемости глаукомой доля вторичной глаукомы составляет 24 - 40%. При этом на фоне сахарного диабета (СД) вторичная глаукома развивается в 4-5 раз чаще, чем в общей популяции, где в 30% случаев диагностируется её неоваскулярная форма (Жеребков И.Б., 2002).

Согласно современным представлениям, патогенез развития неоваскулярной глаукомы (НГ) при СД обусловлен совокупностью взаимосвязанных между собой генетических, биохимических, иммунных и морфологических нарушений, на фоне которых развивается выраженная гипоксия сетчатки, что сопровождается выработкой вазопролиферативных факторов - ВПФ различными клетками (Хорошилова-Маслова И.П. с соавт., 2002). Непосредственной причиной повышения ВГД при НГ является формирование фиброваскулярной мембраны (ФВМ) в углу передней камеры (УПК) (Гурджиян К.Д. с соавт., 2004; Фролов М.А. с соавт., 2006).

Резистентность к медикаментозному лечению и низкая эффективность широко применяемых антиглаукоматозных операций определяет принадлежность проблемы лечения НГ диабетического генеза (НГДГ) к рангу одной из самых актуальных в современной офтальмологии. Поэтому исследования в этом направлении своевременны и целесообразны.

Методом выбора при лечении неоваскулярной глаукомы считают хирургические вмешательства. С этой целью разработан целый ряд оперативных пособий фистулизирующего, дренирующего и циклодеструктивного типа. Традиционные фистулизирующие операции, а также множество модифицированных

вмешательств, как правило, сопровождаются геморрагическими осложнениями, как во время операции, так и в послеоперационном периоде (Захарова И.А., Махмутов В.Ю., 1991, Нестеров А.П., 1995, Сергиенко Н.М., Торчинская Н.В., 1999). Они часто не дают желаемого результата, так как вновь созданные пути оттока внутриглазной жидкости блокируются новообразованными сосудами, фиброваскулярной мембраной, рубцовой тканью. Для уменьшения риска развития осложнений было предложено изменение топографии операционного доступа в циклоитреальную область (Батманов Ю.Е. и соавт., 1985, Косых Н.В., 1989), диатермо- или криокоагуляция тканей в области операционного разреза, использование в ходе антиглаукоматозных операций электромагнитных волн (De Roeth A., 1966, Веселовская З.Ф., Ващенко И.В., 1998, Лузь-янина В.В., 2002). С целью повышения эффективности операций для подавления пролиферации клеток в зоне формирования фильтрации в клинической практике используют цитостатические препараты 5-фторурацил, митоминин-С (Rockwood E.J. et al, 1987, Cardia L. et al, 1993, Szymanski A. et al, 1994, Tsai J.C. et al, 1995). Однако большое количество осложнений и слабо дозируемый эффект часто ограничивает возможность широкого применения антиметаболитов.

Другим направлением лечения неоваскулярной глаукомы является дренажная хирургия (Алексеев Б.П., Кабанов К.Б., 1986, Sidoti P.A. et al, 1995, Luttrull J.K. et al, 2000, Scott L.U., 2000, Broadway D.C. et al, 2001). Распространенные за рубежом импланты Molteno, Krupin, Baerveldt, Ahmed, обладая достаточно высокой эффективностью, имеют ряд недостатков: значительные размеры, приводящие к развитию таких осложнений, как диплопия, ограничение подвижности глазного яблока, высокая стоимость. Аллоэксплантаты из силикона,