

Реферати

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
ПО СОСТОЯНИЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

Нечитайло Ю.Н., Нежитайло Д.Ю., Михеева Т.Н.,
Буряк А.Г.

Было обследовано 60 детей школьного возраста, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом хронической неосложненной гастроудоденальной патологии. Всем детям проведено эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта с оценкой кровенаполнения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки; проведено капилляроскопию ногтевого ложа. Во время эндоскопического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в детей с хроническими гипертрофическими и хроническими эрозивными гастроудоденитами наблюдались более выраженный отек слизистой оболочки, стаз и наличие геморрагий, чем у детей с хроническими поверхностными гастритами и хроническими поверхностными гастроудоденитами, что можно объяснить следствием нарушения кровенаполнения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У детей с хроническими эрозивными и гиперпластическими гастроудоденитами чаще проявляли симптомы нарушения микроциркуляции, а именно: наличие феномена «сладжирования» локальный спазм капилляров, патологическую извивистость и изменение калибра капилляров, что можно объяснить следствием вегетативной дисрегуляции, которая в свою очередь сопровождается расстройствами микроциркуляции.

Ключевые слова: дети школьного возраста, хроническая гастроудоденальная патология, слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки, микроциркуляция.

Стаття надійшла: 14.03.18р.

**PECULIARITIES OF CHRONIC
GASTRODUODENAL PATHOLOGY COURSE BY
THE STATUS OF PERIPHERAL
MICROCIRCULATION IN CHILDREN
OF SCHOOL AGE**

Nechitailo Yu.N., Nechitailo D.Yu., Miheeva T.N.,
Buriak O.H.

We examined 60 children of school age who were hospitalized in the gastroenterological department with a diagnosis of uncomplicated chronic gastroduodenal pathology. All children underwent endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract with assessment of blood supply of the mucous membrane of the stomach and duodenum; the capillaroscopy of the nail bed. During endoscopic research of the mucous membrane of the stomach and duodenum in children with chronic hypertrophic gastritis and chronic with erosions gastroduodenitis observed a more pronounced edema of the mucosa, stasis, and the presence of hemorrhages than in patients with chronic superficial gastritis and chronic superficial gastroduodenitis that can be explained by the result of violation of blood supply of the mucous membrane of the stomach and duodenum. Children with chronic gastroduodenitis had more often symptoms of the microcirculatory disorders: abnormal capillary tortuosity, the existence of the "sludge" phenomenon, local spasm of the capillaries and slowing of blood flow, changes in the capillary, which is understandable consequence of the autonomic dysregulation, which in its turn is accompanied by the hemodynamic changes.

Key words: school-age children, chronic gastroduodenal pathology, the mucous membrane of the stomach and duodenum, microcirculation.

Рецензент Похилько В.І.

DOI 10.26724/2079-8334-2018-3-65-99-102

УДК 616.314-009. 611:615.

Е.В. Ніколішина, А.В. Марченко, І.А. Ніколішин
ВДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДИСКOLORИТІВ ЗУБІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ
ВИБІЛЮЮЧИХ СИСТЕМ РІЗНОГО ТИПУ АКТИВАЦІЇ ТА РІЗНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ
ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ**

e-mail: ellanikolishyna@gmail.com

В статті надані результати ефективності лікування дисколоритів зубів з використанням вибілюючих систем, що містять різну концентрацію перекису водню та різний тип активації. Для проведення клінічного дослідження було відібрано 27 пацієнтів із середнім ступенем фарбування зубів (С2; А3; D3; В3; А 3,5), яким під час обстеження визначали ТЕР-тест, гігієнічний індекс Green-Vermillion, пробу РМА та індекс інтенсивності гіперестезії зубів (ІГЗ). Аналіз отриманих результатів показав, що професійне вибілювання дисколоритів зубів з використанням вибілюючих систем, що містять різну концентрацію перекису водню та різний тип активації 100% ефективно. Тип активації вибілюючого гелю суттєво не впливає на кінцевий результат. Однак, під час дослідження, встановлено більший відсоток випадків гіперестезії 76,9% в групі де використовували 38% гель хімічної активації, проти 64,3% - де використовували 35% гель з активацією світлом.

Ключові слова: дисколорити, вибілювання, гіперестезія.

Публікація є фрагментом НДР: «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування» (№ державної реєстрації: 0115U001138).

В сучасній естетичній стоматології в останнє десятиріччя з'явився термін «дизайн посмішки», який невід'ємно пов'язаний із красивими білими зубами. Саме колір зубів вважається найбільш важливим критерієм естетики, а одним із найпопулярніших методів отримання білосніжної посмішки є вибілювання зубів. Досягнення сучасної науки розширили можливості естетичної стоматології та дозволяють проводити цю процедуру високоефективно і безпечно.

Однак, до теперішнього часу серед стоматологів не вщухають суперечки про безпеку даного лікування, розвиток можливих ускладнень і доцільність даної процедури в цілому[1].

Як відомо, під час домашнього вибілювання пацієнти, самостійно, застосовують капи із низько концентрованим гелем. Однак, іноді порушують інструкцію використання даних систем і в результаті отримують опіки слизової, гіперчутливість, сіруватий відтінок зубів та інше.

Професійне вибілювання проводиться тільки лікарем-стоматологом, концентрованими розчинами перекису водню хімічної або світлової активації, і серед найчастіших ускладнень відмічають розвиток гіперестезії зубів. За даними літератури, близько 67% пацієнтів можуть відчувати різного роду гіперестезію під час окремих етапів та після процедури вибілювання[2,3].

Серед причин розвитку гіперестезії зубів може бути: час експозиції вибілюючого препарату, частота аплікацій, рН розчину, вроджена підвищена чутливість зубів людини, вік пацієнта, стать та інші[4]. Ряд авторів, виникнення гіперестезії при офісному вибілюванні пов'язує з використанням ламп, що виділяють велику кількість тепла[5]. З огляду на вищевикладене, лікарю-стоматологу необхідно в повному обсязі знати та виробити правильний підхід до процедури вибілювання, її протипоказання, переваги того чи іншого препарату, методики, і таким чином здійснювати профілактику гіперестезії зубів.

Метою роботи було вивчити ефективність лікування дисколоритів зубів з використанням вибілюючих систем, що містять різну концентрацію перекису водню та різний тип активації.

Матеріал і методи дослідження. Для проведення клінічного дослідження було відібрано 27 пацієнтів із середнім ступенем фарбування зубів, порівнянні за віком (22-46 років) і статтю (жінки). Середнє фарбування відповідало колірними показникам - C2; A3; D3; B3; A 3,5. Оцінку кольору зубів до і після відбілювання проводили за реорганізованою стандартною шкалою Vita. В основі організації якої полягає принцип художньої колориметрії (Рис. 1, 2).

Комплексне стоматологічне обстеження пацієнтів також включало: визначення ТЕР-тесту, рівня гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion, стану тканин пародонта за пробою РМА. Для оцінки гіперестезії зубів розраховували - індекс інтенсивності гіперестезії зубів (ІІГЗ). Всім пацієнтам була проведена суб'єктивна і об'єктивна оцінка гіперчутливості зубів до та після вибілювання, на наступний день, через 2 тижні і 6 місяців. При значеннях ІІГЗ від 1,0 до 1,5 бала діагностували гіперестезію 1-го ступеня; від 1,6 до 2,2 бала - 2-го ступеня; при значеннях від 2,3 до 3 балів - гіперестезію 3-го ступеня.



Рис. 1. Стандартна шкала Vita.



Рис. 2. Реорганізована шкала Vita.

Фотодокументування клінічного матеріалу в динаміці спостереження було проведено за згодою пацієнтів, з дотриманням необхідних етичних норм, за допомогою фотоапарата Nikon, в режимі макрозйомки. На проведення стоматологічних маніпуляцій пацієнти підписували інформовану добровільну згоду.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження встановлено, що в групі дослідження були включені пацієнти з порівнянними вихідними даними.

Як показав аналіз амбулаторних карт, в структурі дисколоритів зубів переважали стійкі форми фарбування зубів (колір C2; A3; D3; B3; A 3,5). Встановлено, що в структурі стійких дисколоритів домінували їх придбані форми, пов'язані з вітальним фарбуванням зубів, у 22 з 27 пацієнтів. Вроджене фарбування виявили у 5 пацієнтів. Пацієнтів з наявністю нестійкого фарбування, що пов'язане зі шкідливими звичками, прийомом лікарських препаратів до дослідження не брали. У пацієнтів груп дослідження переважала середня ступінь фарбування.

У 1-й групі дослідження хорошу гігієну порожнини рота (від 0 до 0,6) до початку лікування за індексом гігієни ОНІ-S виявили у 8 пацієнтів, а у другій групі у 10 осіб. У 5 пацієнтів першої групи і 4 осіб другої групи переважав задовільний гігієнічний рівень (0,7-1,6). Пацієнти з поганим рівнем гігієни порожнини рота до груп дослідження не включали.

Середнє значення індексу ОНІ-S в обох групах склав $0,9 \pm 0,16$ і достовірно не відрізнявся. Після відбілювання індекс гігієни ОНІ-S в обох групах знизився майже на 90%, що можна пояснити більш ретельною гігієною та щадним режимом харчування. Значення індексу РМА в обох групах дослідження до відбілювання не перевищували 10%, що вказувало на легку ступінь запального ураження. На наступних етапах спостереження у пацієнтів 1-ї та 2-ї групи після вибілювання показник індексу було знижено і відповідало хорошему стану ясен. Згідно з результатами нашого дослідження ТЕР-тест у пацієнтів дослідних груп не перевищував 30%, що відповідало нормальній кислоторезистентності емалі зубів. Пацієнти з показниками ТЕР-тесту більше 40% до груп дослідження не включались. Вибілювання проводилось системою Opalescence, яка являє собою в'язкий, безбарвний гель на основі перекису водню різної концентрації з добавками іонів калію і фтору, для запобігання чутливості зубів.

Пацієнти були розділені на 2 підгрупи в залежності від вибілюючої системи, що застосовувалась. Перша група - 13 пацієнтів, вибілювання було проведено системою «Opalescence Xtra Boost» (Ultradent), що містить 38% перекис водню хімічного типу активації, з нітратом калію та фторидом натрію в складі гелю. Друга група - 14 пацієнтів, вибілювання було проведено системою «Opalescence Xtra», що містить 35% перекис водню світлового типу активації, синім світлом звичайного фотополімеризатора. Вважаємо доцільним надати алгоритм процедури вибілювання:

1. Професійна гігієна порожнини рота за 2 тижні до початку лікування при необхідності санація;
2. Індивідуальної чистки зубів перед процедурою вибілювання;
3. Установка ретрактора щік і губ та спеціальної захисної серветки;
4. Визначення вихідного кольору зубів за реорганізованою шкалою Vita;
5. Покриття губ пацієнта тонким шаром захисного крему;
6. Нанесення рідкого кофердама Opal dam на шийки зубів, маргінальний край ясен і ясенні сосочки з метою захисту м'яких тканин;
7. Активація гелю «Opalescence Xtra Boost» за інструкцією та нанесення на зуби у пацієнтів першої групи на 20 хвилин. У пацієнтів другої групи нанесення гелю «Opalescence Xtra» на зуби з наступною активацією джерелом світла по 20-30 секунд на кожен ділянку охопту світловоду.
8. Після закінчення процедури вибілювання ретельне видалення гелю з наступним полосканням водою;
9. Визначення отриманого кольору зубів.

Через добу після проведення відбілювання у пацієнтів обох груп відбулася зміна відтінку в бік освітлення на 7-9 тонів до відтінків А2; В2. Ефективність відбілювання спостерігалась в 100% випадків и була більше виражена у пацієнтів з дисколоритами які відповідали відтінкам А (червонувато-коричневим) та В (червонувато-жовтим). Індекс інтенсивності гіперестезії зубів до вибілювання у всіх пацієнтів відповідав – 0 балам. Гіперестезію після вибілювання діагностовано у 10 пацієнтів першої групи, що склало 76,9%. Гіперестезію 1-го ступеня встановлено у 2 пацієнтів, 2-го ступеня - у 7 осіб і у одного – третього ступеня. У пацієнтів другої групи гіперестезію діагностовано у 9 осіб, що склало 64,3%. У сімох пацієнтів виявлено гіперестезію 1-го ступеня, у двох другого ступеня. У пацієнтів другої групи гіперестезію 3-го ступеня не виявлено. Пацієнту з гіперестезією 3-го ступеня зуби обробили препаратом Fluor Protector (фірми Ivoclar Vivadent). Пацієнтам з гіперестезією 1-го та 2-го ступеня рекомендовано використання одноразових універсальних кап з гелем Opalescence UltraEZ, що містить 3% нітрат калію і 0,11% іонів фториду протягом ночі. Час носіння капи з UltraEZ може варіюватися від 15 хвилин до 8 годин. Зазвичай 2 - 4 годин буває достатньо. На наступний день після вибілювання всі пацієнти відмічали суттєве покращення стану, відсутність або зменшення гіперчутливості зубів. У 4 пацієнтів першої групи і двох осіб із другої групи дослідження діагностовано гіперестезію 1-го ступеня. Через 2 тижні і 6 місяців індекс інтенсивності гіперестезії зубів у всіх пацієнтів відповідав – 0 балам. Аналіз отриманих результатів показав, що професійне вибілювання дисколоритів зубів з використанням вибілюючих систем, що містять різну концентрацію перекису водню та різний тип активації 100% ефективно. Тип активації вибілюючого гелю суттєво не впливає на кінцевий результат. На нашу думку, більш доцільно використовувати препарати з меншим відсотком концентрації гелю 33-35%. Під час дослідження не встановлено суттєвої різниці в результатах вибілювання, але діагностовано більший відсоток випадків гіперестезії 76,9% в групі де використовували 38% гель хімічної активації, проти 64,3% - де використовували 35% гель з активацією світлом.

Нідеумос

Таким чином, лікарю-стоматологу, в першу чергу необхідно уявляти, що вибілювання зубів – це лікувальна процедура, що вимагає ретельного обстеження пацієнта, визначення ТЕР-тесту, рівня гігієни порожнини рота, стану тканин пародонта та загального стану.

Процедуру вибілювання зубів необхідно проводити з урахуванням наявних показань і протипоказань, з дотриманням протоколу лікування. Важливим моментом є знання методів профілактики гіперестезії. Перевагу слід віддавати вибілюючим препаратам, що містять активні компоненти фтору і калію та перешкоджають розвитку гіперестезії.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні сучасних препаратів, методів профілактики та підвищення ефективності лікування гіперестезії зубів після проведення професійного вибілювання.

Список літератури

1. Bondarik EA, Polyanskaya LN. Sovremennyye metodiki otbelvaniya zubov. Sovremennaya stomatologiya. 2011;2:37-41. [in Russian]
2. Gazhva SI, Volkomorova TV, Kulkova DA. Sovremennyye aspekty problemy otbelvaniya zubov v esteticheskoy stomatologii: obzor [Elektronnyj resurs]. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2012; 6. Available from: <http://www.science-education.ru>. [in Russian]
3. Erofeeva ES, Gileva OS, Morozov IA. Eksperimentalnoye issledovaniye mikrostruktury emali na etapah professionalnogo otbelvaniya zubov. Problemy stomatologii. 2011;5:4-9. [in Russian]
4. Nikolishyna EV, Penko NM, Kostyrenko OP, Nikolishyn IA. Viddaleny rezultaty likuvannya chvorych na fluoroz zubiv za avtorskymu metodykamy. Ukrainsky stomatologyschny almanach. 2013;5:12-14. [in Ukrainian]
5. Zhurbenko VA, Saakyan ES. Prichiny razvitiya giperestezii zubov pri otbelvanii. Molodoj uchenyj. 2015;13:269-270. [in Russian]

Реферати

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКOLORИТОВ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТБЕЛИВАЮЩИХ СИСТЕМ РАЗНОГО ТИПА АКТИВАЦИИ И РАЗНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА

Николишина Э.В., Марченко А.В., Николишин И.А.

В статье представлены результаты эффективности лечения дисколоритов зубов с использованием отбеливающих систем, содержащих различную концентрацию перекиси водорода и разный тип активации. Для проведения клинического исследования было отобрано 27 пациентов со средней степенью окрашивания зубов (С2; А3; D3; В3, А 3,5), которым во время обследования определяли ТЕР-тест, гигиенический индекс Green-Vermillion, пробу РМА и индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ). Анализ полученных результатов показал, что профессиональное отбеливание дисколоритов зубов с использованием отбеливающих систем, содержащих различную концентрацию перекиси водорода и разный тип активации 100% эффективно. Тип активации отбеливающего геля существенно не влияет на конечный результат. Однако, в ходе исследования, установлено больший процент случаев гиперестезии 76,9% в группе, где использовали 38% гель химической активации, против 64,3% – где использовали 35% гель с активацией светом.

Ключевые слова: дисколориты, отбеливание, гиперестезия.

EFFICIENCY OF TOOTH DISCOLORATION TREATMENT USING BLEACHING SYSTEMS WITH DIFFERENT TYPES OF ACTIVATION AND CONCENTRATION OF HYDROGEN PEROXIDE

Nikolishyna E.V., Marchenko A.V., Nikolishyn I.A.

The article presents the results of the tooth discoloritis treatment efficacy using bleaching systems with various concentrations of hydrogen peroxide and different types of activation. For the clinical study, 27 patients with an average degree of tooth staining (C2, A3, D3, B3, A 3.5) were selected and underwent TER-test, the Green-Vermillion hygiene index, the PMA sample and the index of tooth hyperesthesia (IGPS) testing. The analysis of the obtained results showed that professional bleaching of teeth discolorites using bleaching systems with different concentration of hydrogen peroxide and different type of activation is 100% effective. The type of the whitening gel activation does not significantly affect the final result. However, in the course of the study, a higher percentage of hyperesthesia cases was found in 76.9% of the group where 38% chemical activation gel was used, compared to 64.3% - where a 35% light activated gel was applied.

Key words: discolority, bleaching, hyperesthesia.

Стаття надійшла 16.01.18 р.

Рецензент Аветиков Д.С.