

18. Самойлова О.С. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів. / О.С.Самойлова. Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.27 / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. - Харків, 2006.-20 с.
19. Чтецов В.П. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных типов у мужчин / В.П.Чтецов, Н.Ю. Лутовинова, М.И. Уткина // Вопросы антропологии. – 1978. –№ 4 (58). – С. 3–14.
20. Balfour D.J. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? / D.J.Balfour, D.L.Ridley // Pharmacology Biochemistry Behavioral. - 2000. - May, 66(1). - P. 79-85.
21. Baker T.B. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement / T.B.Baker, M.E.Piper, D.E.McCarthy, M.R.Majeskie, M.C. Fiore // Psychological Review. - 2004. - Jan.(1).- P. 33-51.
22. Coelho R. Depression and the severity of substance abuse / R.Coelho, R.Rangel, E.Ramos, A.Martins, J.Prata, H. Barros // Psychopathology. - 2000. - May - Jun, №33(3). - P. 103-109.
23. Danielson C.K. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients / C.K.Danielson, J.C.Overholser, Z.A. Butt // Canadian Journal of Psychiatry. - 2003.- Dec., №48(11). - P. 762-797.
24. Dannon P. Comorbid psychiatric symptoms in pathological gamblers: anxiety, depression and substance abuse / P. Dannon, M. Sason, B. Shalgi, L. Tusan, Y. Sapir, M. Kotler // Harefuah. - 2004.- Sep., №143(9). - P. 643-695.
25. Diekhof E.K. Functional neuroimaging of reward processing and decision – making: a review of aberrant motivational and affective processing in addiction and mood disorders. / E.K. Diekhof, P.Falkai, O.Gruber – Brain Researches Review. – 2008. – V. 59(1). – P.164 – 184.
26. Fernandez L. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects / L. Fernandez, C. Cassagne-Pinel // Encephale. - 2001.- Sep-Oct., № 27(5). - P. 459-574.
27. Hamilton M. A rating scale for depression / M Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. - 1960. - №23. - P. 56-62.
28. Lai J.H. Association study of polymorphisms in the promoter region of DRD4 with schizophrenia, depression, and heroin addiction. / J.H. Lai, Y.S. Zhu, Z.H. Huo, R.F. Sun, B. Yu, Y.P.Wang, Z.Q.Chai, S.B.Li – Brain Researches. – 2010. – V. 4. – P. 227 – 232.
29. Maremmani I. The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? / I.Maremmani, M.Pacini, P.P.Pani, G.Perugi, J.Deltito, H.Akiskal – Annales of General Psychiatry. – 2007. – V. 13. – P.6 – 31.
30. Renthall W. Chromatin regulation in drug addiction and depression. / W. Renthall, E.J.Nestler – Dialogues of Clinical Neuroscience. – 2009. – V. 11(3). – P.257 – 68.
31. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiat. Scand. - 1983. - V.67. - P. 361-370.

Реферати

ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА АФЕКТИВНЫЙ СТАТУС ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ Друзь О.В.

Изучены демографические, анамнестические и антропометрические характеристики 270 больных, зависимых от опиоидов, и 270 лиц без признаков какой-либо зависимости. Потом с помощью трех распространенных психометрических инструментов (шкала Hamilton-21, MADRS и HADS) дважды (до и после детоксикации) у больных, зависимых от опиоидов, и однократно у практически здоровые лица исследованы текущий аффективный статус. Проведен корреляционный анализ связей между демографическими, анамнестическими и антропометрическими характеристиками и показателями актуального аффективного статуса. Показано, что у лиц, зависимых от опиоидов, астенический конституционно-морфологический тип является фактором предрасположенности к аффективным расстройствам депрессивного круга. Выявлены обратные корреляционные связи между стажем наркотизации и дозами опиоидов с проявлениями депрессии на протяжении детоксикации, что может быть следствием адаптации пациентов к своему заболеванию.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, демография, анамнез, антропометрия, аффективный статус, корреляции.

INFLUENCE OF DEMOGRAPHIC, ANAMNESTIC AND ANTHOPOMETRICAL CHARACTERISTICS ON AFFECTIVE STATUS OF OPIOID ADDICTED PATIENTS Druz' O.V.

It was studied demographic, anamnestic and anthropometrical characteristics of 270 opioid addicted patients and 270 persons without signs of any dependence. Then, by means of three widespread psychometric tools (scale Hamilton-21, MADRS and HADS) current affective status of responders was investigated - twice (before and after detoxication) for opioid addicted persons, and once for persons without signs of any dependence. The correlation analysis of relation between demographic, anamnestic and anthropometrical characteristics with indicators of the actual affective status was carried out. It is shown, that asthenic constitutionally-morphological type is the factor of predisposition to affective disorders of depressive circle in opioid addicted patients. Inverse correlation between the duration of drug use experience and doses of opioids with symptoms of depression during detoxication are revealed, that can be a consequence of adaptation of patients to their disease.

Key words: opioid addiction, demography, anamnesis, anthropometry, affective status, correlations.

Стаття надійшла 10.10.2012р.

Рецензент проф. Скрипніков А.М.

УДК 616.31-08-039.71, 616.31-083

Н.В. Зейналова
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

ПРИНЦИПЫ И ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Было проведено комплексное клиническое, рентгенологическое, морфологическое, иммунологическое и бактериоскопическое изучение зубочелюстной системы у 150 лиц в возрасте 18-55 лет и старше с длительной продолжительностью заболевания. В числе обследованных больных мужчин было 55,2%, женщин - 44,8%. Результаты исследования показали, что туберкулезное поражение полости рта и всей зубочелюстной системы рассматривается как проявление общей туберкулезной инфекции, поэтому лечение должно проводиться комплексно с учетом общего состояния больного и продолжаться гигиеническими, терапевтическими и др. мероприятиями.

Ключевые слова: кариес, туберкулез, лечение.

В 2007 году насчитывалось 13,7 миллионов зарегистрированных случаев хронического активного туберкулёза, 9,3 миллиона новых случаев заболевания и 1,8 миллиона случаев смерти, главным образом в развивающихся странах. Кроме того, всё больше людей в развитых странах заражаются туберкулёзом, потому

что их иммунная система ослабевает из-за приёма иммуносупрессивных препаратов, злоупотребления психоактивными веществами и особенно при ВИЧ-инфекции [4, 9]. В последнее десятилетие наметилось ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу, что проявилось в увеличении заболеваемости и утяжелении течения [2, 12]. Одним из факторов, повлиявшим на данную ситуацию в нашей стране, явилось изменение характера выявления. В связи с сокращением профилактических флюорографических обследований населения, более 50 % больных туберкулёзом выявляется в учреждениях общей лечебной сети по обращаемости. Нередко это приводит к запоздалой диагностике [6, 7, 8].

У больных туберкулёзом лёгких, имеющих одонтогенный очаг, специфический процесс характеризуется более выраженными симптомами интоксикации, сдвигами в крови, деструкцией в лёгких, изменениями иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. При устранении одонтогенного очага улучшалось клиническое течение и показатели иммунной системы. [3, 10] При этом возрастает роль патогенетических методов лечения, в том числе коррекции стоматологической патологии. Одним из факторов, способствующих повышению эффективности лечения туберкулёза, является полноценное питание, которое зависит не только от состава пищи, но и качества её обработки в полости рта [13].

Неблагоприятные изменения социально-экономического положения и ухудшение здоровья населения, произошедшее в последнее десятилетие, способствовали увеличению распространённости стоматологических заболеваний детей, особенно - кариеса зубов и его осложнений [5, 9, 13].

С другой стороны, ухудшение условий жизни, миграция населения из регионов, традиционно неблагоприятных по туберкулёзу, обеспечили ухудшение эпидемиологической ситуации [2, 12]. Основным последствием ухудшения эпидемиологической ситуации среди взрослого населения является увеличение числа детей, впервые инфицированных туберкулёзом. Пик заболеваемости приходится на возраст от 3 до 6 лет, что составляет 150%, по сравнению с общим показателем заболеваемости детей: 27,0 и 17,9 на 100 000 детского населения [1, 11]. Таким образом, основываясь на общепринятых принципах оказания стоматологической помощи, стоматолог должен глубоко вникнуть в сущность основного - фонового заболевания и общего статуса больных. Особенно актуально решение вопросов оказания стоматологической помощи больным с легочной формой заболевания, так как полость рта при этом становится воротами инфекции.

Целью работы было повышение эффективности профилактики и лечения кариеса зубов у больных туберкулезом.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное клиническое, рентгенологическое, морфологическое, иммунологическое и бактериоскопическое изучение зубочелюстной системы у 150 лиц в возрасте 18-55 лет и старше с длительной продолжительностью заболевания. В числе обследованных больных мужчин было 55,2%, женщин - 44,8% (рис. 1).

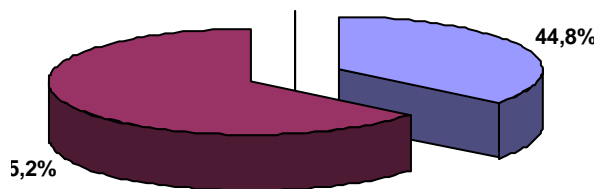


Рис. 1 Распределение обследованных мужчин и женщин.

Комплексное лечение включает в себя специфические общие и местные мероприятия, в том числе профессиональную гигиену и санацию полости рта, психотерапию, десенсибилизирующую терапию, поливитамины с микроэлементами, растворы, оказывающие выраженное противовоспалительное, анальгетическое и стимулирующее действие на процесс эпителизации слизистой оболочки полости рта.

Были учтены результаты опроса больного со стороны врачей общего профиля, потому что большинство случаев туберкулеза выявляется при обращении больного к врачам общей практики. При сборе анамнестических данных у больных, нуждающихся в стоматологической помощи, обращали внимание на наличие заболеваний органов дыхания (ОРЗ, бронхиты, воспаление легких, плеврит). При подозрении на наличие заболевания, до начала лечения больные были направлены на прохождение флюорографии, вплоть до проведения обследования и диагностики в противотуберкулезном диспансере. Проведено очищение полости рта при неудовлетворительном гигиеническом состоянии, рекомендована чистка зубов соответствующими нераздражающими пастами, так и полоскания, а более целесообразны ротовые ванночки нейтральными, лучше растительными растворами.

Оказание стоматологической пародонтологической помощи, основано на общепринятых принципах индивидуального подхода с учетом жалоб пациентов, специфичности туберкулезной болезни и др. Прежде всего, стоматологические манипуляции были направлены на устранение зубных отложений с последующим

При построении схемы лечения были учтены данные о давности болезни, сочетающиеся с симптомами – неприятным запахом изо рта, затруднением глотания, изменением цвета языка и др., далее, наслаивающихся на фон патологии полости рта ряда раздражающих, провоцирующих травматических и др. факторов местного характера (острые края разрушенных зубов, некачественных ортопедических конструкций зубных протезов, обилие зубных (камней) отложений, нарушения прикуса и привкуса, вредные привычки (алкоголь, курение и др.), усугубляющих тяжесть состояния больных и обуславливающие особенности проведения стоматологических лечебных мероприятий.

кюретажем и назначением ротовых ванночек, полосканий, далее поэтапным применением противовоспалительных, антибактериальных и др. средств. Для полосканий и ротовых ванночек, наиболее эффективны лекарственные средства растительного происхождения: экстракт цветков ромашки, шалфея, коланхоэ, сельдерея. Из предложенных лекарственных средств рекомендовали локальное применение 0,25% - 1% раствора хлоргексидина, 1,0% раствора анестезина и глицерина, масляный концентрат витамина А, масло шиповника, персиковое и др. масла, антисептики в виде полосканий и аппликаций.

При наличии язвенных участков в области десен и всей слизистой полости рта после антисептических этапов обработки применяли ускоряющие эпителизацию препараты, в том числе – масляный раствор препаратов А, Д, «Аевит», солкосерил, растительные масла, мазь «Куриозан-гель» (Гедеон-Рихтер), пародонтакс и др. Полученные результаты подвергались статистическому анализу с использованием параметрических и непараметрических методов: критерий t (Стьюдента), U (Вилкоксона-Манна-Уитни)

Результаты исследований и их обсуждение. Обследуемые больные туберкулезом легких были с установленным диагнозом на основании анамнестических данных, собранных от больных и наличием объективных признаков хронической туберкулезной интоксикации, а также анализа историй болезни и клинико-лабораторных данных. Распределение больных по формам заболеваемости туберкулезом легких отражено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по формам заболеваемости туберкулезом легких

Форма туберкулеза легких	Число больных	
	Абс	%
Очаговая	21	14
Инфильтративная	44	29,9
Фиброзно-кавернозная	85	56
Всего	150	

При изучении клинического течения туберкулеза легких учитывался характер и распространенность туберкулезного процесса по рентгеномографическим данным, наличие симптомов туберкулезной интоксикации, лабораторные показатели, бактериоскопические исследования мокроты и слюны на выявление микобактерий туберкулеза (МБТ) и др. Для характеристики состояния зубов определяли значение индекса КПУ и отдельно взятые случаи поражения осложненного и неосложненного кариеса. Эти данные отражены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели пораженности зубов кариесом у больных с различными формами туберкулеза легких (P<0,05)

Клиническая форма	Число обследованных	КПУ	Осложнения кариеса – очаги одонтогенной инфекции
Очаговая	45	7,45±0,57	64,89±6,1
Инфильтративная	57	9,38±0,34	77,27±3,1
Фиброзно-кавернозная	48	10,84±1,15	79,16±6,6
Контрольная группа	88	6,57±0,52	21,66±11,5

Оценивая результаты стоматотерапии, проводимой с учетом туберкулезного фонового заболевания, мы можем подытожить эффективность выработанных принципов и предложенной тактики лечения, однако следует помнить, что наряду с устранением местно-отрицательно действующих факторов и лечения туберкулеза, стоматосимптоматический комплекс требует наблюдений за этими больными и в динамике.

Наряду с положительным эффектом, несомненен и не менее важный социальный эффект комплексной терапии. Он выражается также в улучшении психоэмоционального состояния пациентов, общего самочувствия, снятия болей и главное, в сочетании с комплексным соответствующим целенаправленным лечением фоновых заболеваний с использованием современных подходов и обнадеживающих методов лечения, способствующих улучшению качества жизни больных.

Считаем целесообразным проводить лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области в специализированном стационаре. Общее лечение таких больных должно дополняться местным стоматологическим лечением, в том числе гигиеническим содержанием и санацией полости рта. Оперативные вмешательства проводят строго по показаниям: при клиническом эффекте лечения и ограничении местного процесса в полости рта, в костной ткани при этом после консультации с лечащим врачом-фтизиатром.

Важно отметить и тот факт, что при явлениях депрессии, подавленности настроения, вызванных общим состоянием организма больных туберкулезом легких, а также при явлениях непереносимости антибактериальных препаратов, нередко сочетающиеся с психозом, совместно с невропатологом целесообразно назначение следующих медикаментозных средств, включающих седативные препараты: валерианы, пустырника в виде отвара; официальные комбинированные препараты: новопассит, персен-форте, нозепам и др.. Далее, ноотропные препараты – глицин, ноотропил и др.

При необходимости для больных использовались следующие психофармакологические средства, в первую очередь – транквилизаторы. Наиболее эффективен феназепам, обладающий противотревожной активностью; лечение им носит патогенетический характер.

Имеют значение такие важные факторы, как полноценное питание, эмоциональное состояние и качество жизни этих больных. При этом, назначали диету с более витаминизированным и минеральным фоном

питання, що має немаловажне значення. Важно також дотримання загальної гігієни організму, трудова терапія та інші заходи, які мають ефект на фоні загального протитуберкульозного лікування.

Як правило, хворий на туберкульоз повинен посилено харчуватися, краще через кожні 2-3 години. В раціоні повинні переважувати молоко, яйця, сало, смак. Хворому цілком природно щодня пити не менше 1 л кип'яченого молока (краще парного), починаючи з 2-3 склянок, і їсти по 5-10 яєць всмятку. Рекомендовано і корисно приймати сік редьки, моркви, свекли з медом перед їжею, після їди – сирі жовтки з лимонним соком.

Результати дослідження показали, що туберкульозне ураження порожнини рота та всієї зубочелюстної системи розглядається як прояв загальної туберкульозної інфекції, тому лікування повинно проводитися комплексно з урахуванням загального стану хворого і продовжуватися гігієнічними, терапевтичними та ін. заходами. Таким чином, на основі проведених нами досліджень ми переконані, що зубочелюстна система не є винятком серед органів, уражених туберкульозом. Позитивні результати комплексного лікування хворих дають підстави для широкого застосування їх в амбулаторній практиці.

Висновки

1. Надання стоматологічної допомоги і, при цьому, тактика лікаря – стоматолога при роботі з хворими на легочний туберкульоз має свої особливості, які пов'язані з течією туберкульозного процесу, ступенем вираженості проявів туберкульозної інтоксикації та ін. І тому лікарю-стоматологу протитуберкульозних диспансерів і хворим слід дотримуватися того, що всі хворі, поступаючі в протитуберкульозний стаціонар, підлягають огляду стоматолога.
2. Наряду з діагностичною значимістю виявленого симптомокомплексу в порожнині рота, роль стоматолога, разом з лікарем-фтизіатром, інфекціоністом, дуже важлива і повинна здійснюватися на фоні загального лікування з тактикою оздоровлення і порожнини рота, а саме усунення одонтогенних осередків інфекції, застосування протизапальної терапії при патології навколишніх зубів і тканин, застосування епітеліюючих засобів для загоєння ерозивних поверхонь різних частин слизової оболонки порожнини рота і губ, відновлення дефектів зубних рядів і головне важливо мобілізувати хворих на систематичну гігієну порожнини рота.

Перспективи подальших досліджень в даному напрямку будуть додатково проводитися з метою розробки методів лікування і профілактики зубочелюстної системи у хворих на туберкульоз легень.

Література

1. Аксёнова В.А. Інфікованість і захворюваність туберкульозом дітей як показник загальної епідеміологічної ситуації по туберкульозу в Росії / В.А. Аксёнова // Проблеми туберкульозу - 2002, - №1. С.6-9.
2. Боровський Е.В. Біологія порожнини рота / Е.В. Боровський, В.К. Леонтьев. - М., 2001. - 301с.
3. Вайдінер І.М. Одонтогенний осередок і його усунення у хворих на туберкульоз: Автореф. дис. к. м. н./ Казанська Медична Академія. 1989. - 20 с.
4. Галінська Л. А. Туберкульоз / Галінська Л. А. - Ростов-на-Дону, 2000. - 113 с.
5. Данилевський Н.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Н.Ф. Данилевський, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несін [і др.] // Стоматологія, 2001. - №5, С. 87-97.
6. Максимовський Ю.М. Терапевтична стоматологія / Максимовський Ю.М. - Москва: Медицина, 2002. - С. 473-481.
7. Мишин В.Ю. Туберкульоз порожнини рота і кісток лицьового черепа / В.Ю. Мишин, А.В. Митронін : Метод. рек. - Москва, 2003. 63 с.
8. Николаєв А.І. Препарування каріозних порожнин. Сучасні інструменти, методи, критерії якості / Николаєв А.І. - Москва, 2006. - 208с.
9. Перельман М. І. Консультант лікаря. Фтизіатрія / Перельман М. І. — М.: ГЭОТАР-Медіа, 2007. - С. 57-65.
10. Bradshaw D. Effect of sugar alcohols on the composition and metabolism of a mixed culture of oral bacteria grown in a chemostat / Bradshaw D.J., Marsh P.D. // Caries Res., 1994. - №28. - P. 625.
11. Bredin C.P. Tuberculosis in the Ireland of 2003: it hasn't gone away / C.P. Bredin // Ir. Med. J. 2004. - №1. - P. 6 - 7.
12. Carcia Godoy F.M. Familial caries distribution in human permanent teeth / F.M. Carcia - Godoy, W.J. Manon // Acta Odontol. Pediat. -1993. - N 2. -P. 43 -45.
13. Embery G. Clinical and biological aspects of dentifrices / Embery G., Rolla G. - Oxford: Oxford University Press, 1992. - 65p.

Реферати

ПРИНЦИПИ І ТАКТИКА НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ

Зейналова Н.В.

Було проведено комплексне клінічне, рентгенологічне, морфологічне, імунологічне і бактеріоскопічне вивчення зубочелюстної системи у 150 осіб у віці 18-55 років і старші з довготривалою захворюваністю. У числі обстежених хворих чоловіків було 55,2%, жінок - 44,8%. Результати дослідження показали, що туберкульозна виразка порожнини рота і всієї зубочелюстної системи розглядається як прояв загальної туберкульозної інфекції, тому лікування повинно проводитися комплексно з урахуванням загального стану хворого і продовжуватися гігієнічними, терапевтичними та ін. заходами.

Ключові слова: карієс, туберкульоз, лікування.

Стаття надійшла 22.11.2012 р.

PRINCIPLES AND TACTICS FOR DENTAL TREATMENT IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

Zeynalova N.V.

A comprehensive clinical, radiographic, morphologic, immunologic, and direct microscopic examination of dental system have conducted in 150 persons aged 18-55 years and older with a long duration of illness. Among the surveyed patients were male 55,2%, female – 44,8%. The results showed that the tuberculous lesions of the mouth and the entire dentition is seen as a manifestation of the general tuberculous infection, so treatment should be integrated with the patient's general condition and continue by hygienic, therapeutic and other interventions.

Keywords: caries, tuberculosis, treatment.

Рецензент проф. Бойко М.Г.