

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК: 616.314.17:355.415.6

А. Г. Гулюк, д. м. н., П. А. Шмідт

Одеський національний медичний університет
Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний госпіталь»

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ
ПЕРИАПІКАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ
СИЛ УКРАЇНИ**

Нині захворювання періодонту посідають третє місце за частотою звернень після карієсу та пульпіту. У літературних джерелах наводяться численні дані, які свідчать про те, що звернення пацієнтів за кваліфікованою стоматологічною допомогою з діагнозом “періодонтит” складає від 15 до 30 % стоматологічних хворих.

Головну роль у розвитку верхівкового періодонтиту відводять інфекційному фактору. Однак, інтенсивність і характер запалення в періодонті залежать не тільки від мікробів і їх токсинів, але і від стану місцевої і загальної реактивності організму.

Соціально побутові умови військовослужбовців навіть у мирний час істотно відрізняються від умов життя і трудової діяльності цивільного населення. Найчастіше «військовий працює» позбавлений суворої регламентації величини і тривалості фізичних, інтелектуальних навантажень. Військова служба може бути пов'язана зі зміною умов життя і побуту, крім того, вона відрізняється ізоляцією від навколишнього світу.

Таким чином, спостерігається підвищена (майже у п'ять разів) тенденція переходу періапикальної інфекції на періост у рядових військовослужбовців в порівнянні з офіцерським складом, що диктує необхідність вивчення особливостей перебігу періапикальної інфекції у даного контингенту для правильної організації профілактики цього ускладнення. Було проведено порівняння протікання перебігу періапикальної інфекції у військовослужбовців строкової служби та офіцерського складу.

Ключові слова: *хронічний періодонтит, перебіг періапикальної інфекції у військовослужбовців.*

А. Г. Гулюк, П. А. Шмідт

Одесский национальный медицинский университет
Национальный военно-медицинский клинический
центр «Главный военный клинический госпиталь»

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ
ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ
СИЛ УКРАИНЫ**

Сейчас заболевания периодонта занимают третье место по частоте обращений после кариеса и пуль-

пита. В литературных источниках приводятся многочисленные данные, свидетельствующие о том, что обращение пациентов за квалифицированной стоматологической помощью с диагнозом “періодонтит” составляет от 15 до 30 % стоматологических больных.

Главную роль в развитии верхушечного периодонтита отводят инфекционным факторам. Однако, интенсивность и характер воспаления в периодонте зависят не только от микробов и их токсинов, но и от состояния местной и общей реактивности организма.

Социальные бытовые условия военнослужащих даже в мирное время существенно отличаются от жизни и трудовой деятельности гражданского населения. Чаще всего «военный работает» лишенный строгой регламентации величины и продолжительности физических, интеллектуальных нагрузок. Военная служба может быть связана с изменением условий жизни и быта, кроме того, она отличается изоляцией от окружающего мира.

Таким образом, наблюдается повышенная (почти в пять раз) тенденция перехода периапикальной инфекции на периост у рядовых военнослужащих по сравнению с офицерским составом, что диктует необходимость изучения особенностей течения периапикальной инфекции у данного контингента для правильной организации профилактики этого осложнения.

Было проведено сравнение течения периапикальной инфекции у военнослужащих срочной службы и офицерского состава.

Ключевые слова: *хронический периодонтит, протекания периапикального инфекции у военнослужащих.*

A.G. Guliuk prof., P.A. Schmidt

Odessa national medical University
National military medical clinical center "Main military
clinical hospital»

**FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE
PERIAPICAL INFECTION IN THE MILITARY
PERSONNEL OF THE ARMED FORCES
OF UKRAINE**

ABSTRACT

Periodontal disease currently ranks third in frequency of appeals after caries and pulpitis. Literary sources provide numerous evidence that the treatment of patients with a diagnosis of periodontitis for qualified dental care is from 15 to 30 % of dental patients.

The main role in the development of apical periodontitis is given to infectious factors. However, the intensity and nature of inflammation in periodontitis depend not only on microbes and their toxins, but also on the state of local

and general reactivity of the organism.

The nature and maintenance of servicemen, even in peacetime, are significantly different from living conditions and work of the civilian population. "Military work" is often deprived of strict regulation of the magnitude and duration of physical, intellectual loads. Military service may be associated with changing living conditions and mode of life, besides it is distinguished by the isolation from the surrounding world.

Thus, there is an increased (almost five times) tendency of the transition of periapical infection to periosteum of ordinary soldiers in comparison with officers, which dictates the need to study the features of the course of periapical infection in this contingent for the proper organization of the prevention of this complication. A comparison of the course of periapical infection in conscripts and officers was made.

Key words: *chronic periodontitis, the course of periapical infection in military personnel.*

Вступ. Нині захворювання періодонту посідають третє місце за частотою звернень після карієсу та пульпіту [2]. У літературних джерелах наводяться численні дані, які свідчать про те, що звернення пацієнтів за кваліфікованою стоматологічною допомогою з діагнозом “періодонтит” складає від 15 до 30 % стоматологічних хворих [1]. Періодонтити в 90 % стають причиною гострих одонтогенних запальних процесів у ЩІД. Періодонтити можуть ускладнювати перебіг хвороби та сприяти утворенню одонтогенних осередків інфекції, які призводять до захворювання різних систем та органів людини. Ефективність лікування періодонтитів консервативним методом становить 45-70 %, але цей показник може варіювати в залежності від клінічної форми захворювання, методів лікування та багатьох інших факторів, які впливають на організм людини в цілому [7, 9].

Головну роль у розвитку верхівкового періодонтиту відводять інфекційному фактору. Однак, інтенсивність і характер запалення в періодонті залежать не тільки від мікробів і їх токсинів, але і від стану місцевої і загальної реактивності організму [5]. Активну дію на імунну систему спричиняють стресові фактори, що викликають, так званій, стресовий імунодефіцит (стресовий СНІД). У їх числі і психоемоційні фактори, які впливають на психіку і викликають сильні емоції (інформаційні перевантаження, соціальна і політична нестабільність, конфлікти на роботі, постійний страх і невпевненість у завтрашньому дні). Особливо сприйнятливий до такого стресу – службовці за призовом, в більшості своїй не готові до нових умов ні морально, ні фізично [6].

Соціально побутові умови військовослужбовців навіть у мирний час істотно відрізняються від життя і трудової діяльності цивільного насе-

лення. Найчастіше «військовий працює» позбавлений суворої регламентації величини і тривалості фізичних, інтелектуальних навантажень. Військова служба може бути пов'язана зі зміною умов життя і побуту, крім того, вона відрізняється ізоляцією від навколишнього світу [3]. Відомо, що недостатнє харчування є однією з причин полігіпоелементоза. А в патогенезі періодонтиту військовослужбовців істотну роль можуть грати поєднані дефіцити в середовищі ротової порожнини комплексу макроелементів – P, Ca, Na і мікроелементів – Mn, Sr, Zn і Cu [4].

Ретроспективний аналіз історій хвороб клініки щелепно-лицевої хірургії і стоматології Головного військово-медичного клінічного центру Міністерства оборони України за 2013 і 2014 роки показав, що серед пацієнтів з гострою та / або хронічною періапикальною інфекцією військовослужбовці складають 65,1±2,3 %. Їх середній вік – 25,3±2,9 року. Серед військовослужбовців з періоститом щелеп, як ускладнення періодонтиту, превалюють солдати строкової служби. Їх частка складає 63,3±2,9 % всіх пацієнтів - військовослужбовців з досліджуваними патологічними станами. На другому місці, достовірно поступаючись в чисельності першим, – кадрові офіцери – 25,9±2,9 % (p<0,05). На третьому місці – військовослужбовці контрактної служби – 8,5±1,7 % осіб. Найменш численна група – військовослужбовці курсанти – 2,3±1,2 % пацієнтів. У нашому дослідженні відзначається різко виражене зростання випадків ускладнення періоститу щелеп, як наслідок періапикальної інфекції у солдат строкової служби у порівнянні зі службовцями офіцерського складу. Так, якщо серед військовослужбовців, які звернулися до госпіталю з періодонтитом, кількість солдатів (48,5 %) співвідноситься до кількості офіцерів (45,6 %), як 1:1, то серед тих, які звернулися з періоститом щелеп, це співвідношення становить 1 до 5,7, тобто 73,1 % проти 12,8 %, відповідно.

Таким чином, спостерігається підвищена (майже у п'ять разів) тенденція переходу періапикальної інфекції на періост у рядових військовослужбовців в порівнянні з офіцерським складом, що диктує необхідність вивчення особливостей перебігу періапикальної інфекції у даного контингенту для правильної організації профілактики цього ускладнення.

Мета. Метою дослідження було провести порівняння протікання перебігу періапикальної інфекції у військовослужбовців строкової служби та офіцерського складу.

Матеріал і методи. Питання хронічного періодонтиту та його ускладнень, є одним з основних напрямків роботи нашої клініки. Біля 25-30 % від загальної кількості стаціонарних хворих

склали пацієнти з хронічним періодонтитом зубів та його ускладнень за даними 2016- 2017 рр. За цей період було проліковано 482 хворих, серед них: чоловіків – 94 % хворих, жінок – 6 %, середній термін перебування на ліжку пацієнта – 9-11 днів, середній вік хворих – 23 роки.

Проведено клініко-рентгенологічне обстеження 40 військовослужбовців з гострим періоститом щелеп, причиною якого були періапикальні вогнища інфекції. Проаналізовано 34 рентгенограми. Площа руйнування коронок зубів карієсом визначали суб'єктивно. Залежно від кількості уражених поверхонь зуба, ступінь руйнування оцінювали від 25 до 100 %. [10]. Під час об'єктивізації площі резорбції кістки у періапикальних ділянках користувалися методом, запропонованим Лаврентьєвим Ю.Е. і Петрик М.Б. [8]. з використанням програми ACD See Pro 7. Для цього всі рентгенівські знімки переводили у цифровий формат.

Для статистичних розрахунків користувалися методом Стьюдента. Дані в таблицях представлені в абсолютних числах (abs.), частках у % (P) і помилку частки ($P \pm Sp$).

Результати та їх обговорення. Під час стоматологічного огляду 40 пацієнтів були з періоститом щелеп, як ускладненням періапикальної інфекцією: 20 (50,0 %) солдатів і 20 (50,0 %)

офіцерів, виявили 256 (100 %) зубів уражених карієсом: 112 ($43,7 \pm 3,1$ %) – у першій групі, 144 ($56,3 \pm 3,1$ %) – у другій, $p < 0,05$ (мал. 1, 2).

У військовослужбовців строкової служби серед уражених карієсом зубів виявлено достовірно більше випадків із руйнуванням до 30 %, тобто до 1/3 площі коронки зуба – до $38,4 \pm 3,4$ % ($p < 0,05$). За кількістю, зуби з дефектом коронки – до 25%, тобто до 1/4, були на другому місці, склавши $19,6 \pm 3,2$ % випадків. Даний показник був достовірно менше ($p < 0,05$) першого і недостовірно більше кількості зубів із руйнуванням коронок карієсом до 75 ($9,9 \pm 2,4$ %), 50 ($12,5 \pm 2,6$ %) і 100 % ($8,6 \pm 2,4$ %) поверхні, $p > 0,05$. У офіцерів серед уражених карієсом зубів частіше відзначено руйнування до 75 %, тобто 2/3 коронки зуба – в $30,5 \pm 3,7$ % випадків. Даний показник недостовірно перевищував показник кількості зубів із руйнуванням до 30% ($25,6 \pm 3,1$ %), $p > 0,05$, поверхні коронок, але був достовірно більше показника частоти кількості зубів з руйнуванням коронки зуба до 100% ($22,2 \pm 3,1$ %), до 50% ($13,2 \pm 2,8$ %) і до 25 % ($8,3 \pm 2,2$ %) площі ($p < 0,05$).

Різниця частоти виявлених зубів із різною площею руйнування коронкової частини карієсом у військовослужбовців різних категорій з ускладненою періапикальною інфекцією, продемонстрована в таблиці 1.

Таблиця 1

Площа ураження коронкової частини причинних зубів при періоститі

№ п/п	Площа ураження коронки зуба	Кількість зубів				p
		солдати n = 20		офіцери n = 20		
		abs.	$P \pm Sp$	abs.	$P \pm Sp$	
1.	до 25 %	22	$19,6 \pm 3,2$	12	$8,3 \pm 2,2$	$p > 0,05$
2.	до 30 %	43	$38,4 \pm 3,4$	37	$25,6 \pm 3,1$	$p < 0,05$
3.	до 50 %	19	$12,5 \pm 2,6$	19	$13,2 \pm 2,8$	$p > 0,05$
4.	до 75 %	15	$9,9 \pm 2,4$	44	$30,5 \pm 3,7$	$p < 0,05$
5.	до 100 %	13	$8,6 \pm 2,4$	32	$22,2 \pm 3,1$	$p < 0,05$
Усього		112	$43,7 \pm 3,1$	144	$56,3 \pm 3,5$	$p < 0,05$

Примітка: p – показники різниці значень в дослідних групах, достовірна при значенні $< 0,05$.

Дані табл. 1 свідчать про те, що в групі пацієнтів із офіцерського складу зуби з площею ураження коронкової частини – до 75 %, і 100% було виявлено достовірно більше (майже в 3 рази), ніж у групі солдатів: 44 ($30,5 \pm 3,7$ %) і 32 ($22,2 \pm 3,1$ %) випадків, відповідно, проти 15 ($9,9 \pm 2,4$ %) і 13 ($8,6 \pm 2,4$ %) зубів, відповідно ($p < 0,05$). Руйнування до 50 % коронки було однаково частим явищем в обох групах – 19 ($12,5 \pm 2,6$ %) випадків у групі солдатів і 19 ($13,2 \pm 2,8$ %) – у групі офіцерів ($p > 0,05$). У військовослужбовців строкової служби першого року зубів із показником площі ураження коронки – до 25 % (1/4), і до 30 % (1/3) – було більше, ніж у офіцерів: 22 ($19,6 \pm 3,2$ %) і 43 ($38,4 \pm 3,4$ %) зуба

відповідно, проти 12 ($8,3 \pm 2,2$ %) і 37 ($25,6 \pm 3,1$ %) зубів, відповідно. Різниця першого показника була недостовірною.

Такі клінічні ознаки періоститу, як рухливість зуба в групі пацієнтів-солдатів була відзначена у 2 ($10,0 \pm 6,7$ %) випадках, у групі офіцерів – в 2,5 рази частіше – у 5 ($25,0 \pm 9,6$ %). Припухлість тканин ясен і обличчя відзначено у 3 ($15,0 \pm 7,9$ %) солдатів, і 2 ($10,0 \pm 6,7$ %) офіцерів. Різниця склала 1,5 рази. Частота прояву даної ознаки в групах відповідала числу випадків виявлення нориці слизової ясен у ділянці причинного зуба. Поширеність симптомів періоститу серед військовослужбовців, як ускладнення періапикальної інфекції, наведена в табл. 2.

Симптоми періоститу у військовослужбовців

№ п/п	Симптом	Солдати n = 20		Офіцери n = 20		p
		abs.	P ± Sp	abs.	P ± Sp	
1.	постійний зубний біль	3	15,0 ± 7,9	16	80,0 ± 10,8	p<0,05
2.	біль при натисканні та перкусії зуба	7	35,0 ± 10,4	20	100 ± 10,9	p<0,05
3.	рухомість зуба	5	25,0 ± 9,6	7	35,0 ± 10,4	p>0,05
4.	припухлість м'яких тканин обличчя	20	100 ± 21,2	20	100 ± 21,2	p>0,05
5.	нориця на слизовій ясені	12	60,0 ± 10,9	3	15,0 ± 7,9	p<0,05
6.	усього	47	41,6	66	58,4	113

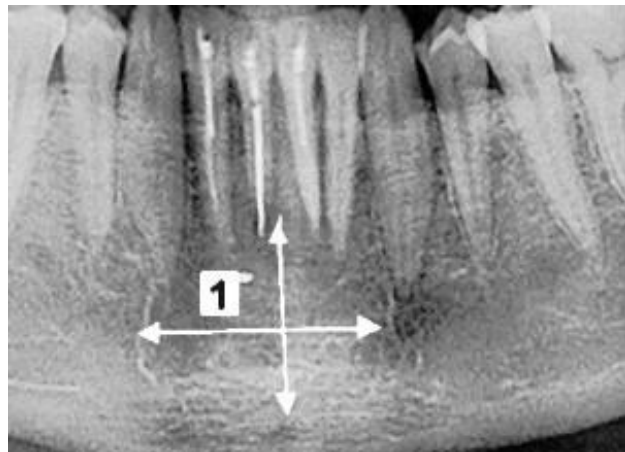
Як видно з таблиці 2, у солдатів, при періоститі, в 1,4 рази рідше, ніж у офіцерів, виявлялася різноманітна симптоматика захворювання: 47 (41,6%) випадків проти 66 (58,4 %). Біль в причинному зубі, як один з основних сигналів хвороби достовірно частіше, в 5,3 рази, пред'являли офіцери, ніж пацієнти з строкового складу: 16 (80,0±10,8 %) випадків проти 3 (15,0±7,9 %), відповідно (p<0,05). В обох групах випадків скарг на біль при перкусії причинного зуба було більше, ніж випадків скарг на постійний характер болю, однак у офіцерів достовірно частіше, у 2,8 рази, ніж у пересічних: 20 (100±10,9 %) випадків проти 7 (35,0±10,4 %), відповідно (p<0,05). Рухливість причинного зуба була відзначена у 7 (35,0±10,4 %) і 5 (25,0±9,6 %) випадках, відповідно. Припухлість обличчя у пацієнтів різних груп військовослужбовців виявлена з однаковою частотою – у 20 (100±21,2 %), а ось наявності норич на слизовій ясені у 4 рази частіше виявлено у військовослужбовців строкової служби, ніж у офіцерів: 12 (60,0±10,9 %) випадків, проти 3 (15,0±7,9 %), відповідно (p<0,05), що може бути наслідком більш млявого перебігу гнійно-запального процесу в кістці.



Мал. 1. Інтраоральні рентгенограми з періоститом верхньої щелепи.

Рентгенологічно, деструктивні зміни навколо коренів причинних зубів відзначені на 28

(82,3±0,4 %) з 34 рентгенограм. На 21 (61,8±0,7 %) рентгенограмі вогнище кісткового ураження розташовувалося тільки на проекції верхівки кореня (або коренів). У 16 (47,1±0,7 %) випадках виявили резорбцію кістки в області біфуркації коренів або на їх бічній поверхні (мал. 1). У 21 (61,8±0,7 %) випадку ділянки резорбції кісткової тканини були чітко обмежені тонким «обідком» склерозу: навколо коренів зубів нижньої щелепи – у 13 (61,9±0,8 %) випадках, що склало 38, 2 % рентгенограм (мал. 2).



Мал. 2. Інтраоральні рентгенограми нижньої щелепи хворого з періоститом верхньої щелепи.

Вогнища деструкції неправильної форми, з нерівними краями без чітких і рівних кордонів відзначили у 8 (23,5±0,5 %): на нижній щелепі – у 2 (25,0 %) спостереженнях, що склало 5,9 % рентгенограм.

Періостит щелепи, як ускладнення періапикальної інфекції, у 5 (14,7±0,4 %) пацієнтів протікав на тлі незначного розширення періодонтальної щілини причинного зуба.

Відсутність вираженої втрати кісткової тканини навколо коренів причинних зубів зазначено в основному на нижній щелепі – у 4 (66,7 %) випадках, що склало 11,8 % проаналізованих рентгенограм (3-4 табл.).

Таблиця 3

Рентгенологічна характеристика деструкції періапикальних тканин причинних зубів у військовослужбовців рядового складу n = 18

п	Характер резорбції кісткової тканини	Частота випадків		p
		abs.	P ± Sp	
.	вогнище обмежене	9	50,0 ± 1,2	p ₂ < 0,05; p ₃ < 0,05
2.	вогнище без чітких границь	6	33,3 ± 1,2	p ₁ < 0,05; p ₃ < 0,05
3.	відсутність видимої резорбції	3	16,7 ± 0,9	p ₁ < 0,05; p ₂ < 0,05

Таблиця 4

Рентгенологічна характеристика деструкції періапикальних тканин причинних зубів у військовослужбовців офіцерського складу n = 16

п	Характер резорбції кісткової тканини	Частота випадків		p
		abs.	P ± Sp	
1.	вогнище обмежене	12	75,0 ± 1,1	p ₂ < 0,05; p ₃ < 0,05
2.	вогнище без чітких границь	2	12,5 ± 0,6	p ₁ < 0,05; p ₃ > 0,05
3.	відсутність видимої резорбції	2	12,5 ± 0,6	p ₁ < 0,05; p ₂ > 0,05

Висновки. 1. У військовослужбовців строкової служби з періоститом щелеп частіше виявляються зуби з руйнуванням до 30% коронки (38,4%), у офіцерів – до 75% (30,5%), p < 0,05.

2. Дані результати вказують на незадовільний рівень санації у солдатів, у порівнянні з офіцерами.

4. Періостит у пацієнтів офіцерського складу протікає з більш вираженою клінічною симптоматикою.

5. Рентгенологічна площа резорбції кісткової тканини у вогнищі запалення в офіцерів відповідає площі руйнування коронкової частини. У солдатів сумарне значення площі деструкції кістки близько до цього значення в офіцерів, але загальна площа деструкції коронок причинних зубів – значно менша.

Список літератури

1. **Боровский Е.В.** Лечение периодонтитов – состояние вопроса и перспективы совершенствования / Е.В. Боровский // Стоматология: материалы III съезда Стомат. Асс. (Общерос.): спец. вып. – 1996. – С.38-39.
2. Заболевания пародонта / [Данилевский Н.Ф., Мачека Е.А., Мухин Н.А., Великевич В.Ю.] – М.: Медицина, 1993. – 320 с.
3. **Каракина М.Л.** Медицинские и фармакоэкономические аспекты совершенствования профилактики и лечения бронхиальной астмы у военнослужащих: дисс... к. мед. наук: 14.00.33, 14.00.36 / Каракина М. Л. – Екатеринбург, 2008. – 123 с.
4. **Куров И.А.** Изучение элементного состава слюны у военнослужащих / И.А. Куров // Галицкий лікарський вісник. – 2011. – 18, № 4. – С. 135-136. – Библиогр.: 8 назв. – рус.
5. **Мисник А.В.** Лечение хронического верхушечного периодонтита с использованием технологии отсроченного пломбирования: дисс... к. мед. наук: 14.00.21 / Мисник А.В. – М., – 2009. – 113 с.
6. **Николай А.С.** Особенности реагирования иммунной системы у военнослужащих с низкой нервно-

психической устойчивостью под влиянием военно-профессиональных факторов / А.С. Николай, Н.Н. Сарбаева, О. Ю. Дукальская // Ученые записки. – 2010. – № 2(60) – С. 116-118

7. **Рабухина Н.А.** Рентгенодиагностика в стоматологии / Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев. – М., 1999. – С. 451

8. **Тимофеев А.А.** Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: ООО «Червона Рута-Турс», 2002. – С. 184-185

9. **Шумакова Е.В.** Распространенность различных дефектов твердых тканей зубов / Е.В. Шумакова // Медицинский журнал (Минск). – 2007. – №3 (21). – С. 108-110

REFERENCES

1. **Borovsky E.V.** Treatment of periodontitis – the state of the question and prospects of perfection. Dentistry: Materials of the Third Congress of Stomat. Ass (All-Russian.); Special Issue; 1996: 38-39.
2. **Danilevskij N.F., Machecka E.A., Mухin N.A., Velikevich V.Ju.** Zabolevaniya parodonta [Periodontal Diseases]. Moskwa, Medicina; 1993: 320.
3. **Karakina M.L.** Meditsinskiye i farmakoekonomicheskiye aspekty sovershenstvovaniya profilaktiki i lecheniya bronkhialnoy astmy u voyennosluzhashchih [Medical and pharma-economic aspects of the improvement of the prevention and treatment for bronchial asthma in military personnel] Dissertation of candidate of medical sciences. Yekaterinburg; 2008:123.
4. **Kurov I.A.** Izucheniye elyementov sostava slyuny u voyennosluzhashchih [The Study of Elemental Composition of Saliva in Military Personnel]. Galyc'kyj likars'kyj visnyk. 2011; 4: 135-136.
5. **Misnik A.V.** Lecheniye khronicheskogo verhushechnogo periodontita s ispolzovaniyem tehnologiy otsrochennogo plombirovaniya [Treatment for chronic apical periodontitis using delayed filling technology] Dissertation of candidate of medical sciences. Moskwa; 2009: 113.
6. **Nikolay A.S., Sarbaeva N.N., Dukal'skaja O. Ju.** Osobennosty reagirovaniya immunnyy sistyemy u voyennosluzhashchih s nizkoy nervno-psikhicheskoy ustoychivostyu pod vliyaniyem voyenno-professionalnyh faktorov [Features of the immune system response in servicemen with low neuropsychic stability under the influence of military-professional factors]. Uchenye zapiski. 2010; 2 (60): 116-118.

7. **Rabukhina N. A., Arzhancev A. P.** *Rentgenodiagnostika v stomatologii* [X-ray diagnostics in dentistry]. Moskva; 1999: 451.

8. **Timofeev A.A.** *Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii* [Manual for Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry]. Kiyiv; 2002: 184-185.

9. **Shumakova E.V.** Prevalence of various defects in solid dental tissues. *Medicinskij zhurnal (Minsk)*. 2007; 3 (21): 108-110.

Надійшла 06.08.18



УДК 616.001:616.361:576.8

С. С. Поліщук, канд. мед. наук

Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова

ЛКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯ КВЕРТУЛІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

У пацієнтів з переломом нижньої щелепи збільшується в ротовій рідині рівень маркерів запалення (еластази і МДА) та знижується активність каталази і рівень індекса АПП. Стандартне лікування з використанням антибіотика викликає розвиток орального дисбіозу, який можна попередити додатковим використанням антидисбіотичного засобу квертуліну (кверцетин + інулін + цитрат Са).

Ключові слова: перелом щелепи, слина, ферменти, запалення, дисбіоз, антидисбіотичні засоби, квертулін.

С. С. Поліщук

Вінницький національний медичний університет
ім. Н. І. Пирогова

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ КВЕРТУЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

У пациентов с переломом нижней челюсти увеличивается в ротовой жидкости уровень маркеров воспаления (эластазы и МДА) и снижается активность каталазы и уровень индекса АПП. Стандартное лечение с использованием антибиотика вызывает развитие орального дисбиоза, который можно предупредить дополнительным использованием антидисбиотического средства квертулина (кверцетин + инулин + цитрат Са).

Ключевые слова: перелом челюсти, слюна, ферменты, воспаление, дисбиоз, антидисбиотические средства, квертулин.

S. S. Polischuk

Vinnitsia National Medical University named after M. I. Pirogov

THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC EFFECT OF KVVERTULIN IN PATIENTS WITH FRACTURES OF THE MANDIBLE

ABSTRACT

The aim. To determine therapeutic and preventive action Kvertulin on the condition of the oral cavity in patients with fractures of the mandible.

The materials and methods. In patients with mandibular fractures saliva (oral fluid) was collected on the first and 14th day of standard treatment using antibiotic, painkillers and vitamin remedies. The levels of elastase, MDA, urease, lysozyme and catalase were determined in saliva. The antioxidant-prooxidant API index was calculated from the ratio of catalase activity and MDA content, and the degree of dysbiosis was calculated from the ratio of the relative activity of urease and lysozyme.

The findings. In patients with fractures of the jaw in saliva increases the activity of elastase, urease and MDA content and decreases the activity of catalase. Standard treatment to a small extent changed the biochemical parameters of saliva, but reduced the activity of lysozyme and increases the degree of dysbiosis. Introduction Kvertulin normalized all biochemical parameters.

The conclusion. To improve the efficiency of treatment of patients with fractures of the mandible it is necessary to use a hepatoprotective medicine Kvertulin.

Key words: fractured jaw, saliva, enzymes, inflammation, dysbiosis, anti-dysbiosis agent, Kvertulin.

Відомо, що у пацієнтів з переломами щелеп виникають серйозні порушення фізіологічних процесів в ротовій порожнині, які приводять до зростання бактеріального обсіменіння, розвитку запально-дистрофічних ушкоджень тканини ротової порожнини [1, 2].

В Інституті стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України (м. Одеса) розроблено комплексний антидисбіотичний засіб квертулін, до складу якого входить біофлавоноїд кверцетин, пребіотик інулін та цитрат Са [3]. Квертулін володіє антизапальною, гепатопротекторною і остеостимулюючою дією [4].

Виходячи з цього метою даної роботи стало дослідження лікувально-профілактичної дії квертуліну на стан ротової порожнини у хворих з переломами нижньої щелепи.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження була ротова рідина (слина), яку збирали натще серця без стимуляції у 13 пацієнтів з переломом нижньої щелепи в 1-й день лікування і на 14-й день. Пацієнтів з переломами було поділено на дві підгрупи, одна