



Львівський
національний
університет
медичних наук

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНИХ НАУК У ХХІ СТ.»**

30-31 травня 2014 р.

Львів

Годованець О. І.
доцент, доцент кафедри хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ УСКЛАДНЕНЬ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ПРИ ТИРЕОПАТОЛОГІЇ

Захворювання щитоподібної залози спричинені йодним дефіцитом, характерні для багатьох регіонів України, у тому числі й Буковини [3,4]. На їх фоні розвивається ряд стоматологічних захворювань [1,2].

Тому метою нашої роботи було вивчення клінічних особливостей перебігу ускладнень карієсу в дітей із супутньою патологією щитоподібної залози, зокрема дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ).

З цією метою нами було оглянуто 180 дітей віком 12 років. Сформовано чотири групи спостереження: I група – соматично здорові діти (30 осіб); II група – діти з дифузним нетоксичним зобом Іа ступеня (50 осіб); III група – діти з дифузним нетоксичним зобом Іб ступеня (50 осіб); IV група – діти з дифузним нетоксичним зобом II ступеня (50 осіб). Проведено визначення поширеності та інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей та його ускладнень (пульпіту, періодонтиту), а також здійснено аналіз клінічних форм цих стоматологічних захворювань.

Проведені нами дослідження показали такі результати. Приблизно у половині обстежених, хворих дифузним нетоксичним зобом, реєструвались ті чи інші нозологічні форми пульпіту та періодонтиту постійних зубів. Найбільшим відсоток був у IV групі, він сягнув 64%. У всіх дітей переважали хронічні форми запалення пульпи та періодонту, однак спостерігалась певна відмінність у клінічних формах даних патологій. Зокрема, серед пульпітів у соматично хворих дітей перше місце займає хронічний фіброзний пульпіт. З анамнезу встановлено, що у більшості випадків (73%) захворювання розвивалося як первинно-хронічний процес, тобто не було гострої фази запалення пульпи.

Звертає на себе увагу достатньо висока частота виявлення хронічного гіпертрофічного пульпіту в дітей із тиреопатологією – 15%, у порівнянні з соматично здоровими дітьми. Особливістю клінічного перебігу даної форми пульпіту можна вважати відсутність вираженого розростання пухкої сполучної тканини, натомість оголена пульпа була набрякла, застійно гіперемована, із збереженням симптомом кровоточивості. Гангренозний пульпіт зустрічався з однаковою частотою у всіх групах спостереження.

Серед періодонтитів, класично, найпоширенішим виявився хронічний гранулюючий, однак перебіг його мав певні особливості. Відсутні виражені грануляційні розростання, слизова в ділянці нориці набрякла, застійно гіперемована, різко позитивний симптом перкусії. З анамнезу вдалося з'ясувати, що не у всіх дітей грануляційному періодонтиту передувала будь-яка клінічна форма пульпіту.

Зустрічались поодинокі травматичні гострі періодонтити. Не було нами зареєстровано жодного випадку гранулематозного періодонтиту, що, скоріше за все, пов'язано із віком груп спостереження. У дітей віком 12 років корені прак-

тично всіх постійних зубів знаходяться на різних стадіях формування, що ускладнює процес утворення гранульоми. Фіброзні форми хронічного періодонтиту також більш характерні для зубів із сформованим коренем, тому відсоток їх виявлення був не великим. У багатьох випадках розширення періодонтальної щілини супроводжувало хронічні форми пульпітів як реакція на процес хронічного запалення.

Частими були випадки наявності різних форм періодонтитів в ендодонтично пролікованих зубах у дітей із супутньою патологією щитоподібної залози. Тобто, можна констатувати неефективність загальноприйнятих методів лікування пульпітів та періодонтитів у дітей із ДНЗ, що вимагає детального їх аналізу та подальшої адаптації для даного контингенту хворих.

Кількісні показники ураження зубів дітей груп спостереження пульпітом та періодонтитом наведені в таблиці.

Таблиця

Кількісні показники пульпітів та періодонтитів у дітей груп спостереження

Група	P (кількість зубів)	Pt (кількість зубів)
Контроль	0,14 ± 0,01	0,16 ± 0,02
ДНЗ Іа	0,24 ± 0,02	0,2 ± 0,01
ДНЗ Іб	0,23 ± 0,02	0,35 ± 0,04
ДНЗ II	0,38 ± 0,03	0,44 ± 0,05

Виявлені клінічні особливості перебігу пульпітів та періодонтитів у дітей, хворих на ДНЗ, вказують на необхідність подальших параклінічних досліджень з метою виявлення патогенетичних механізмів формування ускладнень карієсу зубів за умов патології щитоподібної залози. Адже, зрозуміло, що страждають певні ланки запального процесу або механізми його регуляції, що призводить до домінування хронічних продуктивних форм запалення. Не останню роль у цьому, на нашу думку, відіграє функціональний стан сполучної тканини, з якої побудовані всі структурні елементи пульпи та періодонту.

Список літератури:

1. Біденко Н.В. Математична модель прогнозування розвитку карієсу і гінгівіту у дітей з еутиреодним збільшенням щитоподібної залози / Н.В. Біденко // Вісник стоматології. – 1997. – № 3. – С.447-449.
2. Любарєць С.Ф. Характеристика стану твердих тканин зубів та пародонта у дітей з хронічним тиреодитом та його фармакологічна корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.Ф. Любарєць. – Київ, 2004. – 20с.
3. Миронюк Н.І. Проблема йодного дефіциту та його подолання у населення Західного регіону України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Педіатрія» / Н.І. Миронюк. – Київ, 2008 – 23с.
4. Паньків В.І. Практична тиреодіологія / В.І. Паньків. – Донецьк: Видавництво Заславський О.Ю., 2011 – 224с.

5. Haddow J.E. Urine iodine measurements, creatinine adjustment, and thyroid deficiency in an adult United States population / J.E. Haddow, M.R.Clain, G.E. Palomaki [et al.] // J. Clin Endocrinol Metab. – 2012. – Vol.92. – P.1019.

Колібаба С. В.

Обезюк В. С.

кандидат медичних наук, доцент

Семеняк А. В.

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ПРИЧИНИ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Вступ. За статистикою кількість безплідних шлюбів з кожним роком збільшується і на даному етапі коливається від 10 до 15%, що набуває не тільки медичного, але й соціально-демографічного та економічного значення. В певні міри це пов'язано з тим, що за останні десятиліття стійко зберігається тенденція до збільшення кількості жінок, бажаючих вперше народжувати у віці 30-35 років, а також не малу роль відіграє соціально-економічний фактор [3].

У структурі безплідного шлюбу основне місце продовжує займати трубноперитонеальний фактор. Частота цього фактору безпліддя досягає 18-73%. Причинами його виникнення, як правило, є оперативні втручання на органах малого тазу та черевної порожнини, а також інфекції, що передаються статевим шляхом [1].

Випадки позаматкової вагітності зустрічаються приблизно у 2% всіх вагітностей і може в подальшому призвести до безпліддя та повторної позаматкової вагітності. Вірогідність нормальної вагітності та пологів становить близько 50%, повторної позаматкової вагітності – близько 20%, безпліддя – близько 30% [2]. При даній формі безпліддя реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах недостатньо ефективні. При відсутності розриву маткової труби діагностичні та лікувальні заходи спрямовані на профілактику ускладнень та збереження фертильності. Основним лікувально-діагностичним методом є лапароскопія. Лапаротомію виконують за важкого стану хворої, при неможливості виконати лапароскопічну операцію через злуковий процес [4].

Мета роботи. Визначити частку позаматкових вагітностей в структурі безпліддя та вплив оперативних втручань на виникнення позаматкової вагітності.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети нами проведено клініко-лабораторне обстеження та подальша статистична обробка даних 84 жінок, які були розділені на 2 групи: I група (основна) – 60 жінок із безпліддям різного генезу, II група (контрольна) – 24 жінки, що народжували та не скаржилися на безпліддя.

Результати та їх обговорення. Основну групу становили жінки з первинним і вторинним безпліддям. Вік жінок коливався від 20 до 39 років (в середньому

30,05 ± 0,45 року). До 30 років лікувалися з приводу безпліддя 35 пацієнтки (56,67 ± 6,40%), після 30 років – 26 (43,33 ± 6,40%). Тривалість безпліддя була від 1 до 17 років (в середньому 6,95 ± 0,45 року).

Було вивчено скарги та анамнестичні дані пацієнток. Всі пацієнтки пройшли комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало загальне клінічне обстеження, дослідження рівня статевих гормонів, ультразвуковий моніторинг, визначення та оцінку тестів функціональної діагностики репродуктивної системи, і були соматично здоровими.

У контрольну групу входили соматично здорові жінки, які не скаржилися на безпліддя і у яких вже були діти. З них один раз завагітніли і народили 9 жінок (40,9 ± 10,48%), двічі – 9 жінок (40,9 ± 10,99%): у 5 жінок (22,7 ± 8,93%) вагітність закінчилася нормальними пологамі двічі, у 3 жінок (13,6 ± 7,31%) перша вагітність закінчилася пологамі, друга – штучним абортom, у 1 жінки (4,6 ± 4,47%) – двома штучними абортom. Більше двох разів завагітніли 5 жінок (18,2 ± 8,23%): пологи один раз були в двох випадках, двічі – в одному випадку, аборт двічі були в анамнезі всіх жінок, мимовільні викидні – в анамнезі у двох жінок. Вік жінок коливався від 20 до 39 років (в середньому 30,9 ± 0,45 року). В анамнезі хронічний аднексит був у 3 жінок (13,6 ± 7,31%), порушення менструального циклу – в 1 (4,6 ± 4,47%). У решти жінок не було ніяких захворювань як з боку статевих органів, так і з боку інших органів і систем організму.

Первинне безпліддя було в 25 жінок (36,7 ± 6,22%), причому жіноче безпліддя трубного походження у жінок із первинним безпліддям було в 8 випадках (40,9 ± 10,48%). Оперативні втручання (лапаротомії) на органах малого тазу передували первинному безплідді в 4 випадках (44,4%).

Вторинне безпліддя діагностувалася в 38 випадках (63,3 ± 6,22%). Жіноче безпліддя трубного походження при вторинному безплідді було в 31 випадку (81,6 ± 6,29%). В одному випадку дана форма безпліддя поєднувалася з безпліддям, пов'язаним з відсутністю овуляції, у другому – з жіночим безпліддям іншої природи (ендометріозом). При жіночому безплідді трубного походження запальні захворювання жіночих статевих органів були в анамнезі у 23 жінок (60,5 ± 7,93%): у трьох відмічено наявність кістозних утворень яєчників, в одній – міоми матки та поліпу ендометрію. В одній жінки виявлено тільки кістозні утворення яєчників, у другій – поліп ендометрію. В одному випадку в анамнезі було проведено стерилізацію маткових труб при кесаревому розтині.

Позаматкова вагітність була у 19 жінок з вторинним безпліддям трубного генезу (47,4 ± 8,10%): у 10 випадках (55,5%) спостерігалася одна позаматкова вагітність, в 1 випадку одна позаматкова вагітність після штучного аборту; у 6 – після оперативних втручань на органах малого тазу, з яких 2 операції були лапароскопічним; у 8 жінок (45,5%) – дві позаматкові вагітності, з яких у 3 випадках проводилося лапароскопічне лікування попередньої позаматкової вагітності, в 5 – лапаротомія. Першій позаматковій вагітності передували лапаротомії в 4 випадках (40%), другій – у 5 (62,5%). Лапароскопічні операції передували першій позаматковій вагітності в 2 випадках (20%), другій – у 3 (37,5%). Штучні аборт були в анамнезі у 2 жінок (5,3 ± 3,63%), штучний аборт і нормальні пологи – у 6 жінок. Мимовільні викидні були в 3 жінок (7,7 ± 4,30%) при наявності нормальних пологів в анамнезі. В анамнезі лише 3 жінок з позаматкового ва-