

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

лікаря загальної практики сімейної медицини. Незалежно від умов виникнення та перебігу захворювання, НАЖХП є предиктором розвитку ускладнень з боку серцево – судинної системи.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження були включені 180 пацієнтів з дисліпідемією, які вперше звернулись на прийом до лікаря загальної практики сімейної медицини. Пацієнти були розподілені на 3 групи: 1 група – пацієнти з дисліпідемією (порівняльна група) (n = 60); 2 група – пацієнти з НАЖХП (неалкогольний стеатоз печінки, неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), фіброз печінки) (n = 60); 3 група – пацієнти з гіпотиреозом та НАЖХП (неалкогольний стеатоз печінки, НАСГ) (n = 60). Для непрямой оцінки ступеня морфологічних змін в печінці проводився тест «ФіброМакс» з розрахунком показників – $\alpha 2$ -макроглобулін, гаптоглобін, аполіпопротеїн А1, гамаглутамилтрансфераза, загальний білірубін. Ризики прогресування фіброзу печінки розраховувались як відношення кількості хворих, які знаходяться на конкретній стадії розвитку захворювання, до сумарного числа пацієнтів у даній групі, по відношенню до аналогічного показника у порівняльній групі

Результати дослідження. При аналізі тесту «ФіброМакс» у 100 % пацієнтів 1-ї групи було виявлено ступінь F0. У пацієнтів 2 групи ступінь F0-F1 була виявлена у 12 пацієнтів (20 % від загальної кількості пацієнтів в групі), F1 – у 24 пацієнтів (40 %), F1-F2 – у 13 пацієнтів (21,7 %), F2 – у 10 пацієнтів (16,6 %), F3 – у 1 пацієнта (1,7 %); в 3-й групі ступінь F0 була виявлена у 40 пацієнтів (66,7 % від загальної кількості пацієнтів в групі), F0-F1 – у 10 пацієнтів (16,6 %), F1 – у 6 пацієнтів (10 %), F1-F2 – у 4 пацієнтів (6,7 %). Таким чином, при НАЖХП у пацієнтів 2 групи найчастіше зустрічались F1 ступінь фіброзу у 40 % випадків, ступінь F0-F1 – у 20 %, ступінь F1-F2 – у 21,7 % та ступінь F2 у 16,6 %. Ступінь значних фіброзних змін F3 склала 1,6 % від загальної кількості пацієнтів 2 групи. На відміну від хворих з НАЖХП 2 групи, у 66,7 % пацієнтів 3 групи при гіпотиреозі були відсутні прояви фіброзу (ступінь F0), а для 26,6 % пацієнтів були характерні мінімальні зміни, що відповідали F0-F1 та F1 ступеням фіброзу та у 6,7 % пацієнтів була наявна ступінь F1-F2. Динаміка показників через 1 рік дослідження показала пропрогресування фіброзу печінки у пацієнтів 2 та 3 груп. При цьому у 1 групі (порівняльній) не відбувалось будь-яких змін (таблиця 5.3.2). Так, кількість осіб 2 групи зі ступенем фіброзу F1 збільшилась на 6,7 % за рахунок переходу 4 осіб зі ступеня F0-F1, ступінь фіброзу F1-F2 збільшилась на 10 % за рахунок переходу 6 осіб зі ступеня F1. Кількість осіб 3 групи зі ступенем F0 зменшилась на 6,7 % за рахунок переходу 4 осіб на ступінь F0-F1, 6 осіб (10 %) перейшли зі ступеня F0-F1 на ступінь F1, а групи зі ступенями F1-F2 та F2 поповнились на 2 особи (3,3 %) кожна за рахунок переходу осіб з попереднього ступеня фіброзу.

Висновки. При порівнянні відносних ризиків між групами хворих з НАЖХП та хворих з гіпотиреозом в поєднанні з НАЖХП, достовірно більші ризики характеризують хворих 2 групи при всіх ступенях фіброзу: F0, F0-F1, F1, F1-F2, F2 та F3. Даний факт доводить, що у розвитку НАЖХП у пацієнтів з гіпотиреозом печінкові зміни відбуваються не самостійно унаслідок порушень жирового обміну, а завдяки впливу недостатньої забезпеченості організму тиреоїдними гормонами, які відіграють значну роль у контролі ліпідного метаболізму. Зниження відносних ризиків прогресування фіброзу на ранніх стадіях у хворих обох груп доводить ефективність проведення метаболічної та гормональної корекції на стадіях початкових морфологічних змін.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СУПРАОКЛЮЗІЇ ОКРЕМИХ ЗУБІВ

Звягін С.М., Ляхтін Ю.В., Карпець Л.М.

Сумський державний університет, кафедра стоматології

Вступ. Супраоклюзія - положення групи зубів чи окремих зубів, ріжучий край або жувальна поверхня яких розташована вище оклюзійної площини. В подібній ситуації зуби зазнають підвищене жувальне навантаження. Цей стан характеризують як первинну травматичну оклюзію, супраконтат або травматичні вузли, при якому виникає ряд структурних та функціональних змін в твердих тканинах зубів і пародонта. Про вплив супраконтатів зубів на виникнення патологічних змін в зазначених тканинах відомо, проте поширеність певних патологічних ознак серед хворих не висвітлена в літературі.

Метою дослідження було визначення та вивчення частки клінічних проявів супраоклюзії окремих зубів на тверді тканини зубів і пародонта.

Матеріали і методи. Обстежено 18 пацієнтів в віковій групі від 20 до 55 років які не проходили лікування з приводу пародонтиту, гінгівіту і не отримували ортодонтичне чи ортопедичне лікування патології прикусу. У хворих проводили огляд зубо-щелепної системи, визначали стан зубів і тканин пародонта, наявність зубного нальоту та над- і підясеневих зубних напластунків, рівень гігієни ротової порожнини за індексом Гріна-Вермільйона, ступінь рухомості зубів. Виявлення супраконтатів проводили на підставі оклюдограми, яку проводили за допомогою копіювального паперу. Дані обстеження заносили в спеціально розроблену карту.

Результати. Встановлено, що при наявності супраоклюзії окремих зубів 14 (77,8%) пацієнтів мали рецесію ясен, 9 (50%) - рухомість окремих зубів, 12 (66,7%) - патологічну стертість зубів різного ступеня. Незадовільний рівень гігієни ротової порожнини визначали у 88,9%, задовільний – у 11,1% обстежених. Майже у 100% хворих діагностували тріщини емалі I-III ступеня в залежності від віку. Зміни в твердих тканинах зубів відбувались внаслідок напружено-деформаційних процесів в них при підвищеному жувальному навантаженні. Патологічна рухомість зубів і рецесія ясен виникала через прогресуючі запально-деструктивні явища в тканинах пародонта. У зв'язку з тим, що при супраконтаттах жувальне навантаження розподіляється на зубний ряд нерівномірно, то одні зуби зазнають його вплив недостатньо, інші – перенавантажуються. Через це пережовування твердої їжі порушується, що призводить до зниження самоочищення зубів і сприяє погіршенню гігієни ротової порожнини.

Висновки. Результати дослідження вказують, що при супраоклюзії спостерігаються патологічна стертість зубів різного ступеня, їх рухливість, тріщини емалі, рецесія ясен та погіршення гігієнічного стану ротової порожнини.