13. Parke D. W. Ocular hypertension after intravitreal triamcinolone with vitrectomy and phacoemulsification / D. W.Parke, R. A. Sisk, S. K. Houston [et al.] // Clinical Ophthalmology. - 2012. Vol. 6. – P. 925–931.
14. Quiram P. A. Severe steroid-induced glaucoma following intravitreal injection of triamcinolone acetonide / P. A. Quiram, C. R. Gonzales, S. D. Schwartz // Am. J. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 141, N 3. - P. 580-582.
15. Rhee D. J. Intraocular pressure alterations following intravitreal triamcinolone acetonide./ D. J. Rhee, R. E. Peck, J. Belmont [et al.] // Br. J. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 90, N 8. – P. 999-1003.
16. Razeghinejad M. R. Steroid-induced iatrogenic glaucoma./ M. R. Razeghinejad, L. J. Katz // Ophthalmic Res. -2012. - Vol. 47, N 2. – P. 66-80.

Реферати

ВТОРИННА ОФТАЛЬМОГІПЕРТЕНЗІЯ І ГЛАУКОМА ПІСЛЯ ІНТРАВІТРЕАЛЬНОЇ ІН'ЄКЦІЇ ТРІАМЦИНОЛОНУ АЦЕТОНІДУ

Касимов Е. М., Агаева Ф. А., Керімов М. І.

Був проведений ретроспективний аналіз 72 пацієнтів (89 очей) з макулярні набряком різної етіології, яким була проведена інтравітреального ін'єкція триамцинолона ацетоніда (ІВТА) (4 мг/0.1 мл). Терміни спостереження варіювали від 3 до 30 місяців (середній термін спостереження 12,02 ± 0,94 місяців). Стероїдна офтальмогіпертензією (СОГ) була виявлена у 32 пацієнтів (39 очей, 43,8 ± 5,26%). Рівень підвищення ВГД в середньому склав 10,9 ± 1,00 мм рт. ст. (5 - 27,3 мм рт.ст.). При цьому, в 9% випадків спостерігається виражена «стероїдна відповідь». У 5 очах (5,6%) з діабетичним макулярні набряком не вдалося досягти нормалізації ВГД на максимальному медикаментозному режимі, що послужило показанням до проведення антиглаукоматозної операції. Не встановлено будь-якої кореляції між рівнем вихідного внутрішньоочного тиску (ВОТ), наявністю супутніх соматичних захворювань і ризиком розвитку СОГ. Необхідно дотримуватися обережності при рекомендації повторної ІВТА пацієнтам з наявністю СОГ після першої ІВТА в анамнезі.

Ключові слова: вторинна глаукома, офтальмогіпертензією, інтравітреального ін'єкція, триамцинолона ацетонід.

Стаття надійшла 10.06.2014 р.

SECONDARY OCULAR HYPERTENSION AND GLAUCOMA FOLLOWING INTRAVITREAL TRIAMCINOLONE ACETONIDE INJECTION

Kasimov E. M., Aghayeva F. A., Kerimov M. I.

A retrospective analysis of 89 eyes of 72 patients that were injected with 4 mg/0,1 ml of IVTA for treatment of macular edema was performed. Observation period ranged from 3 to 30 months (mean observation period 12,02 ± 0,94 months).SOH was evaluated in 32 patients (39 eyes, 43.8 ± 5,26%). The mean level of IOP elevation was 10.9 ± 1,00 mmHg (5 - 27.3 mmHg). In 9 % cases high «steroid response» was revealed. However, in 9% of cases there is a pronounced "steroid response". 5 eyes (5,6%) with diabetic macular edema showed persistent ocular hypertension despite full glaucoma medications and required filtering surgery to control IOP. We have not found any reliable correlations between baseline IOP/related systemic diseases and IOP elevation after IVTA. İt is essential to be careful in recommendation of repeat İVTA injection to patients demonstrated SOH after first IVTA injection.

Key words: intravitreal injection, ocular hypertension, secondary glaucoma, triamcinolone acetonide.

Рецензент Безкоровайная І.М.

УДК 616. 314. 5-002. 4-053. 4/.5

Л. Ф. Каськова, Ю. І. Солошенко, Л. І. Амосова, О. Е. Бережна, О. В. Хміль
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ХАРАКТЕРИСТИКА УРАЖЕНОСТІ КАРІЄСОМ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ОДОНТОГЛІФІКИ У ДІТЕЙ м. ПОЛТАВИ

У дітей 6-7 років м. Полтави найбільш поширеними типами жувальної поверхні перших постійних молярів нижньої щелепи є У5- та +5-малюнки. Найвища інтенсивність ураження перших постійних молярів нижньої щелепи спостерігається в перші два роки після прорізування, протягом 3-го року інтенсивність ураження молярів знижується. Частота ураження нижніх молярів, які мають більш складну будову жувальної поверхні (тип У5 і +5) вища, ніж молярів з типом жувальної поверхні +4. Моляри з У5- та +5-малюнками жувальної поверхні уражуються карієсом однаково часто, що диктує необхідність проведення в цих зубах профілактичних заходів у ранні строки.

Ключові слова: діти, одонтогліфіка, моляри, карієс.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику», № державної реєстрації 0111U006760.

В дитячій стоматології найбільш гостро постає проблема фісурного карієсу в перших постійних молярах, які першими, серед постійних зубів, прорізуються в порожнину рота дитини і уражуються патологічним процесом невдовзі після їх прорізування [5, 6, 7]. Серед багатьох чинників, які призводять до розвитку каріозного процесу, особливу роль відіграє складність будови жувальної поверхні молярів [2, 3], що диктує необхідність вивчення їх одонтогліфіки. [1, 4]. Морфологічними дослідженнями [2] в нижніх молярах визначено групи коронок з трьома ямками при У5 та У6 малюнках, а також групу з двома ямками при +5 та У4 малюнках жувальної поверхні.

Морфометричні дослідження дозволили стверджувати, що найбільш схильним до карієсу є У5-малюнок жувальної поверхні нижніх молярів, який характеризується наявністю 3-х ямок. Разом з

© Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.І. та інш., 2014

тим, інші дослідники [4] не виявили значної різниці між ураженістю нижніх молярів з + - та У-малюнком жувальної поверхні. Таким чином, дані літератури свідчать про те, що існує пряма залежність між складністю одонтогліфіки молярів та виникненням карієсу фісур. Але не існує єдиної думки про частоту ураження перших постійних молярів залежно від типу жувальної поверхні, що є важливим для визначення показань до проведення профілактичних заходів.

Метою роботи було вивчення поширеності одонтогліфічних варіантів перших постійних молярів нижньої щелепи у дітей 6-7 років та частоту ураження карієсом молярів з найбільш поширеними типами малюнку їх жувальної поверхні.

Матеріал та методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань проведене дослідження 1092 молярів нижньої щелепи у 564 дітей без фонової патології віком 6-7 років м. Полтава. Огляд проводили в стоматологічному кріслі за допомогою дзеркала і зонда. Тип рисунка жувальної поверхні зубів визначали за схемами одонтогліфічних варіантів молярів верхньої і нижньої щелеп, запропонованих Гасюком А.П. і Скрипніковим П.М. (2001).

Одонтогліфічний рисунок молярів визначали в інтактних зубах, які не мали ознак початкових форм карієсу, після забарвлення жувальної поверхні 2% розчином метиленового синього для кращого візуального огляду. Для вивчення частоти ураження карієсом перших постійних молярів залежно від їх одонтогліфіки з числа обстежених дітей була відібрана група із 233 осіб 6-річного віку, моляри яких мали найбільш поширені типи жувальної поверхні. Динаміку виникнення фісурного карієсу вивчали в 347 перших постійних молярах нижньої щелепи протягом 2-х років і 246 молярах у 155 дітей із числа спостережених протягом 3-х років дослідження.

Отримані дані оброблялися методом варіаційної статистики. Оцінка вірогідності різниці показників проводилась за методом різниць. Відмінності вважалися за вірогідні при $p \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Клінічне дослідження 1092 перших постійних молярів нижньої щелепи з інтактною жувальною поверхнею показало, що найбільш часто вони мали 5-горбкову коронку (93,22%) порівняно з 4-горбковою (5,86%) і 6-горбковою (0,92%). 5-горбкові моляри з У-малюнком переважали такі, що мали +- малюнок жувальної поверхні, що склало відповідно 61,10% і 38,90%. 4-горбкові моляри, навпаки, частіше мали +- малюнок жувальної поверхні, ніж У- малюнок (78,12% і 21,88% відповідно). 6-горбкові моляри у 100% мали У- малюнок жувальної поверхні. 5-горбкові і 6-горбкові моляри з У- малюнком жувальної поверхні мали три ямки злиття міжгорбкових фісур: центрально-передню (α), центрально-задню (β) і центрально-центральну (γ). 4-горбкові моляри з У- малюнком і 5-горбкові моляри з +- малюнком жувальної поверхні мали дві ямки – центрально-передню (α) і центрально-задню (β), 4-горбкові моляри з +- малюнком мали одну ямку.

Найбільш поширеним типом жувальної поверхні нижніх молярів був У5- малюнок (56,96%), інші типи за частотою зустрічаємості були розподілені в наступній послідовності: тип +5 (36,26%), тип +4 (4,58%), тип У4 (1,28%), тип У6 (0,92%). Таким чином, у обстежених нами дітей найбільш поширеними типами жувальної поверхні перших постійних молярів нижньої щелепи були У5- та +5-малюнки. Нами не виявлено різниці в частоті зустрічаємості цих типів у обстежених дівчаток і хлопчиків ($p > 0,05$).

Динаміку виникнення фісурного карієсу вивчали в 347 перших постійних молярах нижньої щелепи протягом 2-х років і 246 молярах з числа спостережених протягом 3-х років, які мали найбільш поширені типи жувальної поверхні (табл.1). Через 6 місяців спостереження із 347 молярів карієсом були уражені 9, що склало 2,59 ± 0,85%. В нижніх молярах з У5- та +5- малюнками жувальної поверхні карієс був діагностований однаково часто ($p > 0,05$), (2,09± 1,04% та 3,7± 1,62% відповідно), а в молярах з +4- малюнком жувальної поверхні жодного випадку карієсу виявлено не було.

Таблиця 1

Розподіл постійних молярів нижньої щелепи за їх одонтогліфікою

Період спостереження (роки)	Кількість дітей	Кількість молярів			
		Усього	тип		
			У5	+5	+4
2	78	101	54	43	4
3	155	246	137	92	17
Усього	233	347	191	135	21

Через 12 місяців спостереження із 347 молярів ураженими були 29, що склало 8,36%. Нові каріозні порожнини були виявлені в 20 молярах нижньої щелепи. В зубах з +4- малюнком жувальної поверхні карієсу виявлено не було, а частота ураження молярів з У5- і +5- малюнками була однаковою ($p > 0,05$) (8,38± 2,00% та 9,63± 2,54% відповідно).

Результати дослідження через 24 місяців показали, що із 347 інтактних молярів ураженими були 59, що склало 17%. Нові каріозні порожнини були виявлені в 30 молярах. Суттєвої різниці між ураженістю нижніх молярів з У5- та +5- малюнками жувальної поверхні виявлено не було (p> 0,05) (17,80±2,77% та 18,52±3,34% відповідно), всі моляри з +4- малюнком були інтактними.

В групі дітей, із числа спостережених, які були обстежені протягом 3-х років, спостерігалась аналогічна, вищеописаному, тенденція ураженості постійних молярів в період 6-24 місяців дослідження. Через 36 місяців спостереження із 246 молярів ураженими були 58, що склало 23,48%. Нові каріозні порожнини були виявлені в 10 зубах. Суттєвої різниці між ураженістю нижніх молярів з У5- і +5-малюнками жувальної поверхні виявлено не було (p> 0,05) (27,01±3,79% та 22,83±4,38% відповідно), а моляри з +4-малюнком жувальної поверхні залишались інтактними.

Таким чином, проведене дослідження показало, що найбільш часто перші постійні моляри нижньої щелепи уражались карієсом в перші два роки спостереження. Протягом 3-го року дослідження спостерігалась тенденція до зниження інтенсивності ураження молярів. Частота ураження нижніх молярів, які мали більш складну будову жувальної поверхні (тип У5 і +5) була вірогідно вищою, ніж молярів з типом жувальної поверхні +4. Різниці між ураженістю молярів з У5- та +5-малюнками жувальної поверхні нами виявлено не було.

Підсумок

Так як у дітей м. Полтави перші постійні моляри нижньої щелепи мають ускладнену будову жувальної поверхні, а інтенсивність ураження їх карієсом найвища в перші 2 роки після прорізування, вони потребують проведення профілактичних заходів у ранні строки.

Перспективи подальших досліджень. *Проведені нами дослідження спонукають до розробки та впровадження у практичну охорону здоров'я критеріїв диференційованого підходу до профілактики фісурного карієсу перших постійних молярів у дітей.*

Список літератури

1. Вилова Т. В. Характеристика рельефа окклюзионной поверхности моляров и его роль в кариесвосприимчивости у детей ненецкой национальности / Т.В. Вилова // Стоматология. – 1992. -№ 1. – С.81 - 83.
2. Гасюк А. П. Атлас одонтогліфіки людини / А. П. Гасюк, П. М. Скрипніков – Полтава, 2001. –85 с.
3. Демчина Г. Р. Стимуляція карієзрезистентності в критичні періоди морфогенезу твердих тканин зуба / Г. Р. Демчина, В. С. Кухта // Стоматологічні новини: Зб. наук. праць. –Львів, - 2001. –Вип.1 – С.19-23.
4. Кухта С. Й. Раціональна герметизація фісур постійних молярів з урахуванням їх одонтогліфіки / С. Й. Кухта, Г. Р. Демчина // Новини стоматології. –1998. - № 4(17). – С. 37-38.
5. Каськова Л. Ф. Показники карієсу постійних зубів у дітей із зубощелепними аномаліями / Л. Ф. Каськова, К. В. Марченко //Актуальні проблеми сучасної медицини. -2010. –Том 10. – Вип. 3(31). – С. 24-27.
6. Каськова Л. Ф. Динаміка показників карієсу зубів у дітей під впливом профілактичних заходів / Л. Ф. Каськова, К. В. Марченко // Український стоматологічний альманах. - 2012. –№ 2. – С. 125-126.
7. Хоменко Л. А. Поражаемость и тенденция развития кариеса постоянных зубов у детей 6-14 лет / Л. А. Хоменко, Е. Ф. Кононович, Эль Муттаки Фатима Захра // Современная стоматология. –2001. - №1. - С.47-49.

Реферати

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ОДОНТОГЛИФИКИ У ДЕТЕЙ Г. ПОЛТАВА

Каськова Л. Ф., Солошенко Ю. И., Амосова Л. И., Бережная Е. Э., Хмиль Е. В.

У детей 6-7 лет г. Полтавы наиболее распространенными типами жевательной поверхности первых постоянных моляров нижней челюсти являются У5- и +5- рисунки. Высокая антенсивность поражения первых постоянных моляров нижней челюсти наблюдается в первые два года после прорезывания, в течение 3-го года интенсивность поражения моляров снижается. Частота поражения нижних моляров, которые имеют более сложное строение жевательной поверхности (тип У5 и +5) выше, чем моляров с типом жевательной поверхности +4 . Моляры с У5- и +5- рисунками жевательной поверхности поражаются кариесом одинаково часто, что диктует необходимость проведения в этих зубах профилактических мероприятий в ранние сроки.

Ключевые слова: дети, одонтоглифика, моляры, кариес.

Стаття надійшла 19.05.2014 р.

CHARACTERISTIC OF INFESTATION FIRST PERMANENT MOLARS BY CARIES DEPENDING ON TEETH ODONTOGLIFIK IN CHILDREN OF POLTAVA

Kaskova L. F., Soloshenko Yu. I., Amosova L. I., Berezhnaja O. E., Chmil O. V.

The study found that the first permanent molars of the lower jaw most often affected by caries in the first two years of observation. During the 3rd year study showed a trend towards reduction in the intensity lesion molars. The frequency of lesions of the lower molars, which were more complex structure of chewing surfaces (type Y5 and +5) was significantly higher than the molar occlusal surface of type +4. Since children's first permanent molars of the lower jaw are complicated structure of chewing surface, and the intensity of caries lesions is highest in the first 2 years after the eruption, they need preventive measures in the early periods.

Key words: children, odontoglifica, molars, tooth decay.

Рецензент Ткаченко П.І.