



У результаті проведених досліджень встановлено, що переломи нижньої щелепи різної локалізації сприяють виникненню розладів скронево-нижньощелепного суглоба, частота виникнення яких склала 67,68% зі 100% поширеністю при переломах пришийкової ділянки і вінцевого відростка нижньої щелепи. При цьому максимальну частоту розладів спостерігали в осіб із переломами нижньої щелепи різної локалізації у віці 36-55 років і у середньому вона склала 89,76%.

Шостенко А.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ ТА МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ

Кафедра стоматології дитячого віку

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Катаральний гінгівіт є однією з найбільш поширених патологій тканин пародонту в осіб молодого віку, про що свідчать численні епідеміологічні дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів.

Імунні механізми, що приймають участь у формуванні клінічних варіантів генералізованого катарального гінгівіту, до сьогодні, вивчені недостатньо. Саме тому, важливим є вивчення особливостей місцевого імунітету, що дозволило б уточнити патогенез хронічного перебігу генералізованого катарального гінгівіту.

В зв'язку з цим, метою нашого дослідження є аналіз результатів дослідження показників цитокінової системи до і після комплексної терапії у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт. В дослідженні приймали участь 33 хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт віком від 18 до 30 років. Вміст концентрації ІЛ-1 β , ФНП- α та ІЛ-4 визначали в ротовій рідині за допомогою наборів реагентів «Протеиновый контур», «Цитокин» (РФ) методом твердофазного імуноферментного аналізу за стандартною методикою, згідно до інструкцій виробника.

Аналіз результатів вмісту показників цитокінів у ротовій рідині дозволили виявити в пацієнтів із хронічним генералізованим катаральним гінгівітом статистично значимі відхилення рівнів ІЛ-1 β , ФНП- α та ІЛ-4 від значень прийнятої норми. Проте, виявлені порушення не свідчили про наявність дисбалансу у функціонуванні цитокінової системи, оскільки їх продукція в ротовій рідині підвищувалась або зменшувалась неістотно і не виходила за рамки діапазону загальноприйнятих референтних значень.

Враховуючи всі виявлені етіологічні та патогенетичні ланки захворювання, нами розроблено та впроваджено комплексну терапію, яка передбачає застосування професійних гігієнічних заходів, засобів антибактеріальної та імунокорегуючої дії з певною послідовністю. Всім пацієнтам, на першому етапі лікування, здійснювали професійні гігієнічні заходи в комплексі з зрощуванням міжзубних проміжків та аплікації слизових оболонок ясен хлоргексидин-вмісними засобами. На другому етапі лікування хворі отримували базове лікування: стандартну антибактеріальну терапію хлоргексидин-вмісними засобами. Додатково призначали пробіотик («Біфідобактерин» по 5 доз 2 рази на добу, курсом до 10 днів) та імунокоректор («Циклоферон» перорально, по 300 мг. на добу, курсом до 10 днів).

Таким чином, проведене комплексне етапне лікування генералізованого катарального гінгівіту забезпечує позитивну динаміку цитокінового профілю, призводить до ліквідації запальних явищ в яснах через 6-7 відвідувань у 93,3 % хворих з хронічним перебігом захворювання.