



Кіцак Т.С.

**ОЦІНКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА
В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА ДИFUЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ**

*Кафедра стоматології дитячого віку
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Клініко-параклінічне обстеження дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб, показало присутність в дитячому організмі ряду метаболічних порушень, що впливають на перебіг основних стоматологічних захворювань. Результати власних досліджень засвідчили, що в таких дітей спостерігається недостатність місцевих захисних факторів. Також, у ротовій рідині дітей відзначається зменшення рівня глікопротеїнів на тлі збільшення вмісту білка, що може свідчити про частковий розпад захисних амінополіцукридів, які виконують протекторну функцію слини.

Тому патогенетично обґрунтованим є проведення корекції виявлених порушень на місцевому та системному рівнях. З цією метою доцільним є застосування препаратів, що компенсують дефіцит та нормалізують баланс між макро- та мікроелементами в організмі дитини, а також середників, які підвищують локальні захисні механізми ротової порожнини на тлі йодотерапії.

Метою роботи була розробка нових адекватних методів патогенетичної корекції захворювань тканин пародонта у дітей із супутньою патологією щитоподібної залози.

Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 50 дітей віком 12-15 років. Із них 25 дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб та 25 соматично здорових дітей. Запропонований комплекс лікувальних заходів включав у себе на місцевому рівні професійну гігієну ротової порожнини, застосування препарату “Лізак”. У загальне лікування входив комплексний вітамінно-мінеральний препарат “Кальцемін аванс” та імуностимулятор “Імупрет” на тлі базової йодотерапії.

У цілому за два роки проведення запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів вдалося збільшити кількість здорових секстантів у дітей підліткового віку з $1,12 \pm 0,11$ до $5,78 \pm 0,47$ ($p < 0,05$). На відміну від цього у дітей групи порівняння кількість інтактних тканин пародонта через 2 роки вірогідно не відрізнялася від вихідних даних – відповідно $1,16 \pm 0,15$ та $2,80 \pm 0,13$ секстантів.

Додаткове введення засобів метаболічної корекції та імуностимулятора значно покращує результати лікування і ще раз підтверджує важливу роль обмінних порушень у розвитку запального процесу в яснах.

Отримані результати дають підстави рекомендувати застосування даних препаратів з метою корекції метаболізму та захисних механізмів ротової порожнини при запальних захворюваннях тканин пародонта в дітей, зокрема при дифузному нетоксичному зобі.

Митченко М.П.

**СЕКРЕТОРНА СПРОМОЖНІСТЬ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Кафедра стоматології дитячого віку
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Згідно з даними Міжнародної діабетичної федерації (IDF) та Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету (EASD), 6-10 % дорослого населення світу віком 20-79 років хворіють на цукровий діабет (ЦД), і щорічно кількість таких хворих зростає. Досить часто на перші прояви ЦД вказують зміни в порожнині рота. Особливе місце в характері проявів цих змін відводиться функціональній активності великих слинних залоз, у тому числі і привушних.

Мета – вивчення секреторної спроможності привушних залоз у хворих на ЦД 2 типу



та визначення можливостей корекції виявлених порушень.

Обстежено 51 хворого на ЦД 2 типу із субкомпенсованою (29 осіб) і декомпенсованою (22 пацієнта) стадіями та 25 соматично здорових пацієнтів. Забір ротової рідини проводили ранком натщесерце протягом 10 хв без стимуляції і додатково 10 хв після стимуляції та паротидного секрету з обох залоз впродовж 30 хвилин. Проведеними нами раніше дослідженнями було встановлено зменшення загальної кількості ротової рідини у хворих на ЦД. Враховуючи цей факт ми вирішили додатково вивчити функціональну активність привушних слинних залоз і встановили значне зменшення кількості паротидного секрету, що спонукало нас до пошуків можливостей підвищення їх секреторної спроможності. З цією метою всім пацієнтам протягом 10 діб призначалися ротові ванночки з «Лізомукоїдом» по 3-4 рази на добу. Однак повторне вивчення параметрів дозволило встановити незначний вплив такого способу застосування його на загальну саливацію і кількість паротидного секрету. Тому додатково через місяць була зроблена спроба вивчити вплив на їх функцію інстиляцій «Лізомукоїду» протягом 10 діб безпосередньо в протокову систему привушних залоз.

У контрольній групі середня кількість ротової рідини в розрахунку на 1 хв склала $0,66 \pm 0,02$ мл і зростала до $0,84 \pm 0,04$ мл після стимуляції. Функціональна ж активність привушних залоз за 10 хв становила $1,72 \pm 0,08$ і $1,98 \pm 0,05$ відповідно. У них прослідковувалася закономірна тенденція до підвищення швидкості саливації та збільшення кількості секрету після застосування ротових ванночок із «Лізомукоїдом» і особливо після інстиляцій його в протокову систему привушних залоз.

Вивчення швидкості саливації дозволило встановити, що кількість нестимульованої ротової рідини у хворих на ЦД знижувалась у 2,0 рази при субкомпенсованій і в 2,2 рази при декомпенсованій стадіях захворювання. Кількість паротидного секрету зменшувалась в 1,3 і в 1,7 разів відповідно. Після стимуляції швидкість саливації і кількість паротидного секрету незначно збільшувалися. Після застосування курсу ротових ванночок із «Лізомукоїдом» протягом 10 діб загальна кількість ротової рідини у пацієнтів підвищувалась в 1,4 та 1,3 разів при субкомпенсованій і декомпенсованій стадіях відповідно. Виявлено незначне підвищення функціональної активності привушних залоз, на що вказувало збільшення паротидної секреції у всіх групах спостереження, але більш відчутно це прослідковувалось у контрольній групі обстежених.

У пацієнтів із субкомпенсованою і декомпенсованою стадіями ЦД після завершення курсу інстиляцій «Лізомукоїду» загальна кількість ротової рідини значно підвищувалась порівняно з показниками другої групи і особливо з висхідними величинами. Секреторна функція привушних залоз при цьому зростала порівняно з первинним обстеженням у 1,4 рази в пацієнтів із субкомпенсованою стадією ЦД і в 1,3 – із декомпенсованою, що вказувало на безпосередній потенціюючий вплив його на їх секреторні складові структури.

Отже, функціональна активність привушних слинних залоз у хворих на ЦД 2 типу знижена та залежить від стадії захворювання. Щоденні інстиляції в протокову систему привушних залоз «Лізомукоїду» протягом 10 діб дозволяють підвищити їх секреторну функцію.

Митченко О.В.

ЗАГАЛЬНОПРИНЯТІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Метою дослідження стало визначення переваг та недоліків лікування хронічних періодонтитів відповідно до загально прийнятих методів лікування. Були поставлені завдання: розробити методіку комплексного лікування антибактеріальних, медикаментозних засобів і ведення ендодонто-ендоосального імплантату для лікування хронічних верхівкових