

Вітковський О.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ПЕРІОСТИТИВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Проблема одонтогенних гнійно-запальних хвороб щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) у дітей залишається актуальною. Питома вага хворих із запальними хворобами ЩЛД становить від 30 до 56% і має тенденцію до зростання. Збільшення кількості таких хворих зумовлює низка чинників. 1. Висока поширеність й інтенсивність карієсу зубів. Поширеність карієсу в дітей України в різних вікових групах коливається від 81,4 до 99,5%. 2. Пізній термін звертання хворих по стоматологічну допомогу. 3. Несвоєчасна й нерадикальна хірургічна допомога при первинному зверненні хворих.

Одонтогенний періостит - це запалення окістя, що виникло внаслідок розповсюдження мікроорганізмів і їхніх токсинів із хронічного одонтогенного вогнища інфекції. За клінічним перебігом розрізняють гострі (серозні й гнійні) і хронічні одонтогенні періостити.

Мета дослідження – удосконалити спосіб лікування одонтогенних запальних процесів у дітей шляхом додаткового до загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів призначення місцево пробіотичних пастилок для розсмоктування «БіоГая Продентіс» і перорально імуномодулятора «Імупрет» на тлі корекції мікроелементного обміну організму вітамінно-мінеральним препаратом «Кальцемін аванс».

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено і проліковано 50 дітей віком 9-15 років. Основну групу склали 24 дитини. Групу порівняння склали 26 дітей, яких лікували стандартними методами. Усі діти лікувались на базі КМУ "Міська дитяча стоматологічна поліклініка", м. Чернівці.

Місцевий імунітет ротової порожнини оцінювали шляхом визначення вмісту sIgA, IgA, IgG у ротовій рідині. Змішану слину збирали безпосередньо перед виконанням локальних хірургічних маніпуляцій, шляхом спльовування в пробірці об'ємом 5 мл.

Результати дослідження. Параклінічне обстеження дітей, хворих на одонтогенні періостити й альвеоліти, показало зниження рівня основних мінералізуючих компонентів ротової рідини, недостатність мікроелементів, зокрема цинку, міді, марганцю, що патогенетично впливає на процеси трофіки, регенерації й захисні механізми тканин ротової порожнини.

Імунологічне обстеження дітей основної групи показало підвищення вмісту sIgA, IgA, зниження рівня IgG і дисбаланс у системі цитокінів, що відображає напруження місцевого гуморального імунітету ротової порожнини.

Одержані дані свідчать про ліквідацію запального процесу в тканинах щелепно-лицевої ділянки, підвищення мінералізуючого потенціалу й захисних механізмів ротової рідини дітей.

Висновки. Запропонований спосіб дозволяє ефективно лікувати одонтогенні запальні хвороби в дітей з урахуванням етіопатогенетичних механізмів формування патологічного процесу й запобігти розвитку можливих ускладнень із боку зубощелепної системи й організму дитини в цілому.

Волкова С.В.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТЕОЛІЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», Київ, Україна

Актуальність. Захворювання пародонта в дітей – одна з найактуальніших проблем у стоматології: їхня поширеність, за даними ВООЗ, складає від 50 до 87% (1,2). За даними вітчизняних і зарубіжних авторів, до 90% випадків діагностується хронічний катаральний гінгівіт, який набагато поширеніший у підлітків.

Мета дослідження. Вивчення порушень у системі «протеоліз-інгібітори» при хронічному катаральному гінгівіті в дітей і розробка комплексу лікувально-профілактичних заходів у цього контингенту хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 112 дітей 14-17 років. Основну групу склали 92 особи з хронічним катаральним гінгівітом. Для оцінки клінічної ефективності препаратів із основної групи була сформована експериментальна група із 50 дітей і поділена навпіл залежно від типу застосованого інгібітора. До групи порівняння ввійшли 20 практично здорових дітей з інтактним пародонтом. Матеріалом дослідження слугували змішана слина, ясенна рідина й зубний наліт, які досліджували високочутливими біохімічними методами.

Результати. Виявлено активацію протеолітичних ферментів із різною специфічністю (нейтральні протейнази, еластаза, калікреїн) і зниження вмісту α_1 -інгібітора протейнази у ротовому секреті, ясенній рідині й зубному нальоті дітей із хронічним катаральним гінгівітом.

Досліди *in vitro* показали, що поліфункціональний інгібітор «Апрокал» («Дженні Біотек», Індія) у концентрації 100-400 мкг пригнічує активність нейтральних протеїназ на 87%, еластази – на 57%, калікреїну – на 70%. Синтетичний інгібітор «ПАМБА» («IPW», Німеччина) практично повністю (на 98%) гальмує фібринолітичну активність ротової рідини.

На підставі отриманих даних розроблена і впроваджена в клінічну практику схема лікувально-профілактичних заходів у дітей із хронічним катаральним гінгівітом, яка охоплює:

1. Навчання дітей раціонального догляду за порожниною рота, індивідуальний підбір оптимальних засобів і заходів гігієни.

2. Регулярну професійну гігієну порожнини рота.

3. Санацію порожнини рота (усунення каріозних порожнин, неповноцінних пломб).

4. Аплікації мекфенамінової пасти або пасти «Мекфенат» («Фармак») на 15-20 хв при середньому й тяжкому ступенях захворювання. Тривалість курсу – 5-10 днів.

5. Аплікації на ясна розчинів антипротеазних препаратів «ПАМБА» і «Апрокал». Аплікації накладали на 15-20 хв щодня. Кількість аплікацій залежала від ступеня тяжкості захворювання. При легкому ступені проводили 5-6 аплікацій, середньому – 7-8, тяжкому – до 10. Інгібітор застосовували 1 раз за день.

6. Ротові ванночки й полоскання порожнини рота в домашніх умовах збором лікарських рослин «Елекасол», а при загостреному перебігу захворювання - відвар квітів ромашки або їхній водно-спиртовий екстракт «Рекутан» 2 рази за день по 15-20 хв після чищення зубів.

Клінічні й біохімічні результати показали, що у випадку вираженого синдрому кровоточивості ясен найефективніше застосування синтетичного інгібітора «ПАМБА», а за наявності вираженого набряку, застійних явищ, схильності до рецидивів – «Апрокалу».

Курс лікування закінчували в разі припинення скарг на кровоточивість і больові відчуття в яснах, при задовільному гігієнічному стані, ущільненні, зникненні гіперемії й набряку ясенного краю, а також за достовірного покращення лабораторних показників стану пародонта.

У віддалені терміни дітям із середнім і тяжким ступенем захворювання були проведені профілактичні курси інгібіторної терапії: із середнім - 1 раз за пів року, із тяжким ступенем захворювання – 1 раз за 3 місяці, дітям із легким ступенем достатньо було проведення професійної гігієни раз за пів року.

Висновки. Ефективність запропонованого методу лікування доведена клінічними спостереженнями 70 дітей безпосередньо після лікування, а також через 3, 6, 12 місяців. Застосування розробленого комплексу сприяє нормалізації показників пародонтальних і гігієнічних індексів, активності протеїназ і еластази, а також умісту їхнього основного регулятора – α_1 -інгібітора протеїназ. Застосування патогенетично обґрунтованого комплексу позитивно впливає на клінічний перебіг запального процесу в яснах, істотно скорочує строки лікування (приблизно в 1,5 раза) і сприяє стійкій клінічній ремісії протягом 1,5 року.

Воронкова Г.В., Карасюнок А.Є., Смаглюк Л.В.

ДІАГНОСТИКА ЗМІНЕНОГО ПАСИВНОГО ПРОРІЗУВАННЯ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Діагностична оцінка посмішки відображає об'єм тканин ясен і зубів, що оголюються. Це підкреслює зростаючу потребу в обміні інформацією й науковими знаннями між ортодонтами і пародонтологами, тобто в інтеграційному підході до лікування ортодонтичних пацієнтів.

Положення ясен має клінічне значення, оскільки воно не є статичним. Прорізування зуба охоплює складний ряд стадій, які досі широко не вивчені. Згідно з концепцією безперервного прорізування воно не припиняється, навіть коли зуби контактують зі своїми функціональними антагоністами, а триває протягом усього життя. Активне прорізування – це рух зубів у напрямку оклюзійної площини, а пасивне прорізування – оголення зубів шляхом апікальної міграції ясен. Пасивне прорізування зазвичай відбувається після прорізування зубів, продовжується в підлітків і остаточно припиняється після завершення росту обличчя. Змінене пасивне прорізування (ЗПП) виникає, коли край ясен неправильно розташовується на анатомічній коронці в зрілому віці й не наближається до цементно-емалевого з'єднання (ЦЕЗ). Поширеність ЗПП серед дорослого населення натеper дорівнює близько 12% випадків.

Пропонуються дві різні морфологічні закономірності зміненого прорізування. ЗП – тип 1: визначається виключно затримкою пасивного прорізування, що спричиняє надмірне перекриття ясен на анатомічній коронці зуба, тоді як відстань від кісткового гребеня до ЦЕЗ нормальна. ЗП – тип 2: визначається первинною недостатністю активної фази прорізування, унаслідок чого зуб не виходить достатньою мірою з альвеолярної кістки, тим самим залишаючи цементно-емалевий перехід дуже близько до кісткового гребеня. Така ситуація, своєю чергою, запобігає верхівковій міграції ясен під час фази пасивного прорізування.