

*Годованець О.І., Гончаренко В.А.*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ Й АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

**Метою** дослідження було вивчення особливостей показників вільнорадикального окиснення й антиоксидантного захисту ротової рідини дітей із хронічним катаральним гінгівітом на фоні цукрового діабету.

Проведено стоматологічне й лабораторне обстеження 105 дітей віком 12 років. Хворих на цукровий діабет, які перебували на стаціонарному лікуванні в дитячому ендокринологічному відділенні Комунальної міської установи «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівців було 65 (із перебігом до 5 років – 35 осіб (3 група), більше 5 років – 30 особи (4 група)). Групи порівняння склали діти без фонові патології зі здоровим пародонтом (22 особи - 1 група) і з хронічним катаральним гінгівітом (18 осіб - 2 група). Матеріалом для додаткового дослідження була ротова рідина дітей груп спостереження. Визначали такі показники: рівень дієнових кон'югатів, малонового діальдегіду методом Стальної Н.Д. [1977]; активність каталази з використанням молібдату амонію [М.А. Королук, 1988]; активність СОД методом Чеварі С. [1985]; оцінка ступеня ОМБ [Є.Є. Дубиніна, С.О. Бурмістров, 1995] у модифікації [І.Ф. Мещишен, 1998]; загальний білок; церулоплазмін; HS-групи.

Показники перекисного окиснення ліпідів ротової рідини дітей досліджуваних груп мали вірогідну різницю залежно від стану загального здоров'я і стану тканин пародонта. Найкращі показники спостерігали в соматично здорових дітей та з інтактним пародонтом. У дітей із хронічним катаральним гінгівітом найгірші показники спостерігали при тривалості цукрового діабету понад 5 років. Ступінь окисної модифікації білків у дітей 1 групи в 1,28 раза нижчий, ніж у дітей 2 групи. Показник підвищується в дітей із цукровим діабетом із тривалістю як до 5 років (у 1,15 раза), так і понад 5 років (у 1,22 раза). Концентрація дієнових кон'югатів була найвищою в пацієнтів із хронічним катаральним гінгівітом за тривалості цукрового діабету понад 5 років. У порівнянні з соматично й стоматологічно здоровими цей показник підвищувався в 3,73 раза ( $5,18 \pm 1,45$  мкМ/мл - у 1 групі проти  $19,31 \pm 0,81$  мкМ/мл – у 4 групі). Така ж тенденція спостерігається при вивченні показника малонового діальдегіду. Числові значення погіршуються в дітей із наявністю хронічного катарального гінгівіту й набувають максимальних значень у пацієнтів із наявністю запальних процесів у тканинах пародонта й за тривалості цукрового діабету понад 5 років. Вивчення показників антиоксидантного захисту ротової рідини дітей груп спостереження виявило значиму їх різницю. Привертає увагу показник загального білка, який збільшується в пацієнтів 4 групи в 5,3 раза в порівнянні з 1 групою, і показник активності каталази, який зменшується в 3,8 раза ( $6,69 \pm 1,15$  нмоль/хв<sup>х</sup> мг білка – у 1 групі проти  $1,75 \pm 0,02$  – у 4 групі). Виявили зменшення каталази в пацієнтів 2, 3 і 4 груп спостереження в порівнянні зі здоровими дітьми. Найгірший показник спостерігався в дітей 4 групи. Вірогідної різниці активності ферменту супероксиддисмутази в дітей із різною тривалістю цукрового діабету нами не виявлено, але показники були гірші в пацієнтів, які хворіють понад 5 років ( $5,03 \pm 0,13$  ОД/хв<sup>х</sup> мг білка – у 3 групі проти  $4,42 \pm 0,05$  – у 4 групі). Показники активності HS-груп і церулоплазміну знижуються за наявності запальних процесів у тканинах пародонта й особливо в дітей, які хворіють на цукровий діабет понад 5 років.

Отримані результати спонукають до регулювання процесів антиоксидантного захисту в дітей із хронічним катаральним гінгівітом і особливо за наявності цукрового діабету шляхом створення лікувальних комплексів, що і є перспективою досліджень.

*Головко Д.Р., Марченко А.В., Литовченко І.Ю., Ніколішина Е.В., Іленко Н.М.*

## **ПЕРЕБІГ СТОМАТИТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**Актуальність.** Наукові дослідження останніх років інтегровані на вивчення професійної гігієни як частини медицини, що має велике значення під час лікування соматичних хвороб (хронічні гастрити, тонзиліти, фарингіти, ларингіти, гайморити, трахеїти, бронхіти, психоемоційні розлади). Усі вони виникають на фоні недостатньої гігієни порожни рота як первинної ланки профілактики хвороб. За статистикою, у близько 80% пацієнтів відбувається ураження слизової оболонки ротової порожнини саме кандидозним стоматитом чи стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, що місцево ускладнює перебіг і лікування стоматитів. Сучасна медицина й медицина майбутнього має не лише лікувати наявну хворобу, а й запобігати виникненню нових шляхом грамотної, послідовної й спланованої профілактики, методом якої є професійна гігієна порожнини рота.

**Мета.** Виявлення залежності перебігу захворювання на кандидозний стоматит і стоматит, викликаний мікст-інфекцією, від рівня гігієни порожнини рота пацієнтів; порівняння впливу проведення регулярної професійної гігієни в пацієнтів, хворих на кандидозний стоматит і стоматит, викликаний мікст-інфекцією; установлення оптимальних строків проведення професійної гігієни для пацієнтів зі стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, і з кандидозним стоматитом.

**Методи дослідження.** Клінічний, лабораторний, аналітичний, порівняльний, структурно-логічний.

**Результати.** Обстежено 185 пацієнтів віком від 19 до 65 років, які зверталися до КУ «Полтавський обласний центр стоматології стоматологічна клінічна поліклініка» і приватних стоматологічних кабінетів зі скаргами на ураження слизових оболонок порожнини рота. Клінічно й лабораторно в 48 з них був підтверджений кандидозний стоматит і в 63 установлений діагноз: стоматит, викликаний мікст-інфекцією. Оцінено стан гігієни порожнини рота пацієнтів, він у пацієнтів із кандидозним стоматитом склав: 36 осіб - поганий стан гігієни порожнини рота, 6 - незадовільний, 6 - задовільний; у 46 пацієнтів зі стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, – поганий, у 10 пацієнтів – незадовільний, у 5 пацієнтів – задовільний стан гігієни порожнини рота. Пацієнти не мали системних хвороб (чи мали стадію ремісії). Усім пацієнтам була проведена професійна гігієна порожнини рота із застосуванням скейлінгу, механічного чищення, флосингу й полірування поверхонь зубів, проведено антисептичну обробку ротової порожнини розчином хлоргексидину, гігієнічне навчання. Для скринінгу стану гігієни порожнини рота й оцінки перебігу стоматитів пацієнти з'являлися через 2 тижні.

**Висновки.** Установлено залежність перебігу стоматитів у порожнині рота від рівня гігієни. Унаслідок проведених заходів 73% хворих на стоматит, викликаний мікст-інфекцією, не мали повторних проявів стоматиту на слизовій оболонці. Проведення професійної гігієни й моніторинг стану лише в 30% хворих на кандидозний стоматит допомогли пацієнтам позбавитися його прояву в ротовій порожнині. Тож ми порівняли вплив професійної гігієни порожнини рота для пацієнтів, хворих на кандидозний стоматит і стоматит, викликаний мікст-інфекцією, що виявився дієвішим за наявності уражень мікст-флорою. Установлено середнє значення проведення наступної процедури професійної гігієни, яке для пацієнтів із кандидозним ураженням склало 12-16 тижнів, а для пацієнтів зі стоматитом, викликаним мікст-інфекцією, – 24 тижні.

*Гуржій О.В.*

## **РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ У ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Відомо, що діагностика одонтогенних кіст, які локалізуються в альвеолярному відростку верхньої щелепи, викликає певні труднощі, оскільки кісти цієї локалізації зазвичай розвиваються тривалий час, при цьому ніяк себе не проявляючи клінічно. Це зумовлено анатомічними особливостями верхньощелепної кістки, зокрема наявністю гайморової пазухи й порожнини носа, у бік яких кіста може проростати, не зустрічаючи ніяких перешкод і не викликаючи видимої деформації альвеолярного відростка і стінок пазухи.

**Мета дослідження** – визначити інформативність рентгенологічних методів дослідження для діагностики одонтогенних кіст у ділянці верхньощелепного синуса.

Проведено вивчення 86 досліджень: 45 комп'ютерних томографій, 31 ортопантомографія, 10 внутрішньоротових рентгенографій альвеолярного відростка. Кількісний розподіл досліджень був довільним і визначався характером комплексного обстеження в клінічних ситуаціях.

Як показав аналіз комп'ютерних томограм, у всіх 45 (100%) випадках інформація про наявність кістозного утвору була достовірною і не вимагала підтвердження за допомогою інших додаткових методів дослідження.

Ортопантомографія дозволила інтерпретувати наявність одонтогенної кісти в ділянці синуса у 20 (64,5%) випадках, але цього не було достатньо для встановлення діагнозу. Даний метод дослідження дає менший обсяг інформації про анатомо-топографічні співвідношення кісти і прилеглих анатомічних структур, однак інформація про стан зубів верхньої щелепи і якість ендодонтичного лікування цілком достатня для прийняття лікувальних рішень. Таким чином, у 1/3 випадків використання результатів даного дослідження може бути причиною помилкового діагнозу й неадекватного лікування.

Практично марними дослідженнями в плані візуалізації кіст у проєкції верхньощелепного синуса за результатами проведеного нами порівняльного аналізу виявилася внутрішньоротова рентгенографія альвеолярного відростка. Достовірну інформацію вдалося отримати тільки у 2 (20%) випадках, що несуттєво для діагностики. Єдиним пріоритетом внутрішньоротової рентгенографії є контроль якості ендодонтичного лікування під час підготовки до операції. У такій ролі внутрішньоротову рентгенографію краще виконувати на радіовізіографі, який дає набагато слабше променеве навантаження.

Отже, тільки комп'ютерна томографія є високоінформативним методом у діагностиці одонтогенних кіст верхньої щелепи.