

Марченко І.Я., Ткаченко І.М., Шундрік М.А.

КАРІЕСОГЕННІСТЬ ЗУБНОГО НАЛЬОТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

На сьогодні в Україні зареєстровано 1 млн. 134 тис. людей, хворих на діабет, із них 181 тис. пацієнтів змушені постійно приймати інсулін. В умовах пандемії серед причин смерті від COVID-19, за даними ВООЗ, цукровий діабет займає друге місце після серцево-судинних хвороб. Хворі на цукровий діабет мають такий самий ризик інфікуватися COVID-19, як і все населення. Однак ризик виникнення тяжких ускладнень і смерті від поєднаної патології (COVID-19 + цукровий діабет) дуже високий.

Серед проявів цукрового діабету в порожнині рота особливе місце у хворих займають запальні й запально-дистрофічні захворювання пародонта. За даними різних авторів, хвороби пародонта трапляються в 98% хворих на цукровий діабет. Морфофункціональні зміни в тканинах пародонта проявляються дискоординацією активності окисно-відновних ферментів у епітеліальних і сполучнотканинних клітинах, що свідчить про розвиток у яснах ознак тканинної гіпоксії навіть у осіб із клінічно інтактним пародонтом, тобто на доклінічній стадії.

Постійна наявність у порожнині рота бактерій і їх безпосередній контакт у складі зубної бляшки з тканинами пародонта, на думку багатьох вчених, є основною причиною розвитку запалення пародонта. Крім того, відомо, що бактерії, які колонізують назубні відкладення, спроможні виробляти велику кількість біологічно активних речовин: ліполісахаридний токсин (LPS), лейкотоксин, колагенази й гідролітичні протеази, різні фактори, що впливають на активність нейтрофілів, а також індукуючі продукцію цитокінів макрофагами тощо. Усі ці речовини інгібують активність захисних клітин організму, змінюють адаптаційні властивості клітин, порушують стабільність клітинних мембран, стимулюють неконтрольоване продукування медіаторів запалення.

Метою наукової роботи було визначення карієсогенності зубного нальоту в пацієнтів молодого віку з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом хворих на цукровий діабет І типу. Усі пацієнти основної групи хворіють на цукровий діабет протягом 3-5 років.

Пацієнтам усіх груп ми використовували клінічні (опитування, огляд, зондування, перкусія, пальпація, за потреби – рентгенодіагностика) і спеціальні методи дослідження, додатково проводили лабораторні дослідження. Для оцінки стану тканин пародонта визначали колір, конфігурацію, консистенцію, набряк, болючість, кровоточивість ясен, перевіряли глибину зубоясенної борозни. Ураховували наявність зубних нашарувань, каріозних порожнин, оцінювали якість пломб (особливо відновлення ними контактних пунктів, наявність навислих країв тощо). Карієсогенність зубного нальоту визначали за методикою Hardwick J.L. У ролі спеціальних методів дослідження визначили швидкість секреції нестимульованої та стимульованої ротової рідини, гігієнічний індекс за Green-Vermillion, якісну характеристику гігієнічного індексу за Федоровим-Володкіною, індекс РМА в модифікації Парма.

Результати. За результатами дослідження визначено суттєве збільшення показника карієсогенності зубного нальоту у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт основної групи (хворих на цукровий діабет І типу) у порівнянні з контрольною групою обстежених. Також достовірна різниця виявлена в показниках швидкості секреції нестимульованої ротової рідини і швидкості утворення зубного нальоту.

Висновки. Пацієнти з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом на тлі цукрового діабету І типу потребують корекції гігієнічних процедур, дієто- і медикаментозної протизапальної терапії з метою пришвидшення виділення слини, зниження карієсогенності й швидкості утворення зубного нальоту.

Мельник В.Л., Шевченко В.К.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ВІД 18 ДО 24 РОКІВ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Патологія скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) займає вагомe місце серед стоматологічних хвороб через складність діагностики й лікування. В Україні, за літературними даними, у 17-38% населення віком від 18 до 24 років діагностується синдром больової дисфункції СНЩС.

Мета роботи – обґрунтувати діагностику клінічних проявів СБД СНЩС у пацієнтів молодого віку й виявити особливості їх лікування залежно від перебігу хвороби. Оцінити ефективність запропонованого лікування.