

На 6-7 добу в першій групі дітей з'явилася тенденція до зниження величин ІС та СС. В той час, як в другій групі мала місце нормалізація показників ПОЛ до величин, які спостерігалися на час госпіталізації.

На 13-14 добу показники інтенсивності свічення та світлосуми у осіб першої групи не досягали контрольних величин. У хворих, які отримували запропонований лікувальний комплекс показники хемілюмінесценції досягли різня дітей контрольної групи.

Таким чином, застосування комбінації препаратів з антиоксидантною дією в комплексному лікуванні дітей з вродженими вадами піднебіння дозволяє в більш короткі строки стабілізувати мембранодеструктивні процеси в тканинах порожнини рота, що виникають після тяжкої операції, поліпшуючи тим самим умови для репаративних процесів як в кістках, так і в м'яких тканинах.

КОРЕКЦІЯ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ПІДНЕБІННЯ

О.В.Гуржій

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Проведені нами дослідження встановили, що при вроджених вадах піднебіння з різними проявами анатомічних і функціональних порушень спостерігається зниження факторів локального захисту в ротовій рідині (О.В.Гуржій, 1996). Ці зміни і вплив їх на перебіг післяопераційного періоду в літературі висвітлено недостатньо, як і питання імунокорекції. Останнім часом велика увага приділяється використанню органних поліпептидів, їх імуномодуючій дії (В.Н.Соколенко, Ю.И.Силенко, 1991; М.А.Степанов, 1991).

В зв'язку з цим нами обстежено 24 дитини з розцілинами м'якого і твердого піднебіння в віці від 4 до 7 років. Хворі були розділені на дві групи: I група — 11 дітей отримувала традиційне лікування, II група — 13 дітей отримувала розроблений нами лікувальний комплекс, до складу якого було включено препарат поліпептидної природи та 1% розчин лізоциму. Контрольна група представлена 21 дитиною з санованою порожниною рота. Вміст в ротовій рідині секреторного імуноглобуліну А (Ig A) визначали методом радіальної імунодифузії в гелі (Vancini, 1965), бактерицидну активність лізоциму за розробленою нами методикою (П.І.Ткаченко і співавт., 1993). Дослідження проводилися на час госпіталізації, на 1-2, 6-7, 13-14 добу після операції.

Встановлено, що на період госпіталізації в обох групах хворих мало місце незначне зниження як IgA, так і бактерицидної активності лізоциму.

В першій групі дітей на 1-2 добу після оперативного втручання рівні обох показників дещо знижувалися, а до 6-7 доби і 13-14 поступово підвищувалися, але не досягали контрольних величин.

В групі дітей, які отримували препарат поліпептидної природи і проводили зрошування порожнини рота 1% розчином лізоциму відносна нормалізація

показників відбувалася вже на 6-7 добу, а на 13-14 добу перевищувала початкові величини.

Таким чином, у дітей з вродженими вадами розвитку піднебіння післяопераційний період протікає на фоні зниження функціональної активності факторів локального захисту ротової порожнини, що може негативно впливати на загоювання ран. Використання імунокорегуючих препаратів в комплексному лікуванні хворих цієї категорії дозволяє в більш короткі строки усунути імунологічні порушення.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИЩЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ “БИОТРИТ”-ГРАНУЛЫ И ЭЛИКСИРА “БИОДЕНТ-2” ПРИ ФЛЮОРОЗЕ

О.В.Деньга, Э.М.Деньга, В.Н.Гороховский, О.А.Макаренко
Одесский НИИ стоматологии

На Украине имеется ряд зон, в которых содержание фтора в питьевой воде составляет 2,5-3,9 мг/л при норме определяемой ГОСТом не более 1,0 мг/л, что приводит к поражению зубов эндемическим флюорозом, особенно у детей.

В качестве объекта исследования нами был выбран пгт Тарутино Одесской области, в котором содержание фтора в городском водопроводе составляет 2,7 мг/л, а в шахтных колодцах 3,8 мг/л. Под наблюдением находился 41 ребенок 10-12-летнего возраста с тяжелой эрозивной формой флюороза. Опытную группу составлял 21 ребенок, контрольную — 20 детей. В качестве профилактического терапевтического средства адаптогенно-трофического действия в опытной группе нами применялась пищевая добавка “Биотрит” — гранулы по 1 чайной ложке 2 раза в день за 15 минут до еды и эликсир “Биодент-2” 3 раза в день в течение месяца дважды в году (весной и осенью) после еды по 30 капель на 1/4 стакана воды в виде полосканий.

Уже после первого месяца лечения наблюдалось повышение однородности по спектру коэффициента отражения света поверхностью зуба, увеличилась белизна (на 20-30%), уменьшалась желтизна зубов (на 10-20%), определяемые фотоколориметрическим способом. Электрический импеданс зубов, измеряемый на частоте 1000 Гц, возрастал от 10-20 кОм до 50-100 кОм. Заметно уменьшилась проникаемость эмали для красителя, а также время самопроизвольного исчезновения окраски зуба. Кроме того, возросла в несколько раз функциональная кариеспротекторная активность пульпы (ФКПАП), определяемая нами как отношение электрического импеданса зуба Z_1/Z_2 , измеренного после и до кислотного воздействия (0,1 N HCl) на эмаль зуба и пропорциональное показателю ТЭР-теста. Проведенная фотоколориметрическим способом оценка цветовых параметров окрашивания на реакцию Шиллера-Писарева слизистой пародонта показала уменьшение на 20-30% количества гликогена в тканях пародонта и заметное снижение проницаемости слизистой пародонта для йодного красителя. Существенно улучшаются пародонтологические индексы: индекс РМА уменьшился в 3 раза по сравнению с начальным; Шиллера-Писарева — в 5 раз; кровоточивости