

protection and oxidative modification of proteins. Results. 56 (87.5%) children manifested chronic catarrhal gingivitis: mild CCG was observed in 48 (70.5%) pupils, moderate CCG was diagnosed in 4 (6.3%) children, in particular only in boys. Mild PMA was found in 54 (84.4%), moderate PMA was detected in 10 (15.6%) children. The study of lipid peroxidation showed significantly reduced activity of SOD-dependent and glutathione-dependent antioxidant protection system in cases of mild CCG. Considerable emaciation of catalase activity, accumulation of oxy-radicals and MDA occurs only at moderate CCG. Protein oxidation and DNA damage of oral fluid developed more rapidly than the processes of lipid peroxidation and with parallel decrease of antioxidant properties of SOD and glutathione. Conclusions. Periodontal lesions in 87.5% of cases were manifested as chronic catarrhal gingivitis, mainly of mild intensity in children of 11-12 years old. Inflammatory changes of periodontium led to increased processes of oxidative modification of proteins, lipid peroxidation and decreased activity of antioxidant protection system and DNA lesions of oral fluid.

УДК [616.314.25/.26+616.716.4]-08-073.7

Рибалов О.В., Яценко О.І., Яценко П.І., Москаленко П.О.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ СУГЛОБНОЇ ГОЛІВКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ХВОРИХ ІЗ ГЛИБОКИМ РІЗЦЕВИМ ПЕРЕКРИТТЯМ І З ОРТОГНАТИЧНИМ ПРИКУСОМ ЗА ДАНИМИ ПРИЦІЛЬНОЇ РЕНТГЕНОГРАФІЇ СНЩС

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Дослідження ґрунтується на аналізі прицільних зонограм СНЩС 83 пацієнтів із глибоким різцевим перекриттям, що супроводжувалося функціональною нестабільністю суглобової голівки нижньої щелепи, і 49 хворих з функціональною нестабільністю суглобової голівки без аномалій прикусу до лікування та через рік після його завершення. Зонографія СНЩС проводилася при закритому та відкритому роті пацієнта на апараті ОРТНОРНОС Х65 при умовах зйомки 60-70 кВ, 7 мА, рух системи 8 с. За результатами дослідження візуальні й морфо-рентгенологічні характеристики рентгенограм СНЩС у хворих із глибоким різцевим перекриттям і ортогнатичним прикусом з явищами функціональної нестабільності СГ у кожній групі з різними ступенями важкості (легка, середня, важка) до лікування майже не відрізнялися між собою. Ефективність проведеного комплексу заходів щодо усунення функціональної нестабільності СГ нижньої щелепи через рік після завершення лікування вірогідно підтверджувалася рівномірністю розмірів переднього, верхнього та заднього відділів суглобової щілини раніше функціонально нестабільного й симетричного суглобів в обох групах досліджених хворих.

Ключові слова: скронево-нижньощелепного суглоба, глибоко ріжучого перекриття, рентгенографія, результати лікування

Серед великого числа діагностичних прийомів при захворюваннях скронево-нижньощелепного суглоба найбільш інформативними є променеві методи дослідження. В історичному аспекті слід зазначити методику рентгенографії СНЩС, запропоновану Шюлером [1], яка трудомістка для технічного персоналу й не завжди дозволяє оцінити всі кісткові структури суглоба у зв'язку з накладенням його компонентів на кісткові фрагменти черепа.

Частини цих недоліків позбавлена методика Парма[2,3]. Однак і ці рентгенограми дають можливість діагностувати тільки ті патологічні зміни, які виразно змінюють елементи суглоба. Ортопантомографія, як метод рентгенологічного дослідження, також знайшла своє використання в діагностиці захворювань СНЩС. Цей спосіб діагностики не потребує спеціального укладання пацієнта, чим вигідно відрізняється від інших методик рентгенологічного дослідження щелепно-лицевої ділянки [4,5]. Але, при використанні ортопантомографії суглоби візуалізуються в косих проекціях, що не відображає ширих взаємовідношень кісткових компонентів суглоба, їх суглобових щілин. Можливості отримати детальне зображення складових СНЩС у значній кількості проекцій дає комп'ютерна томографія (КТ) та

спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) [6,7]. Найбільш показовим, мало безпечним, високо-ефективним для діагностики вважається метод магнітнорезонансної томографії (МРТ) [8,9]. Метод дозволяє отримати характер внутрішньосуглобових порушень (суглобового диска, внутрішньосуглобових зв'язок, хрящових структур суглобової голівки та суглобової западини), суглобової капсули, прилеглих м'язових волокон. Однак метод більшій частині населення малодоступний у зв'язку з невеликою кількістю обладнання та значною вартістю дослідження.

На сьогодні в діагностиці захворювання СНЩС отримав широке використання метод прицільної зонографії із закритим та відкритим ротом пацієнта, яка дозволяє дати оцінку внутрішньосуглобовим взаємовідношенням суглобової голівки та суглобового горбика, динамічним змінам суглобової щілини. Великим числом дослідників і нашим багаторічним досвідом доведено, що об'єм інформації при проведенні прицільної зонографії СНЩС достатній для встановлення правильного діагнозу[10].

Мета роботи

Оцінка ефективності результатів лікування функціональної нестабільності суглобної голівки

нижньої щелепи в осіб з глибоким різцевим перекриттям та ортогнатичним прикусом у віддалені строки по даним прицільної рентгенографії СНЩС.

Об'єкти та методи дослідження

Наше дослідження ґрунтується на аналізі прицільних зонограм СНЩС 83 пацієнтів (жінок - 72, чоловіків - 11) з глибоким різцевим перекриттям, що супроводжувалось функціональною нестабільністю суглобової голівки нижньої щелепи та 49 хворих (жінок - 38, чоловіків - 11) з функціональною нестабільністю суглобової голівки (СГ) без аномалії прикусу. Вік хворих складав від 20 до 36 років.

З 83 хворих із глибоким різцевим перекриттям в 34 діагностовано легкий, в 37 - середній, в 12 - важкий ступінь тяжкості функціональної нестабільності СГ нижньої щелепи. Серед 49

хворих з ортогнатичним прикусом у 27 була легка, в 13 - середня, в 9 - важка ступінь тяжкості нестабільності СГ.

Зонографія СНЩС проводилась при закритому та відкритому роті пацієнта на апараті ORTHOPHOS X65 при умовах зйомки 60-70 кВ, 7 мА, рух системи 8 с.

Аналіз зонограм СНЩС у бічній проекції при закритому й відкритому роті включав оцінку розмірів і форм суглобних голівок, їх рентгеноанатомічну щільність, висоту суглобних горбків, характер зсуву суглобних голівок стосовно суглобного горбка при відкритому роті, вимірялася ширину суглобної щілини обох суглобів при закритому роті в трьох ділянках: передньому, верхньому, задньому до лікування та через один рік після його завершення (рис.1).

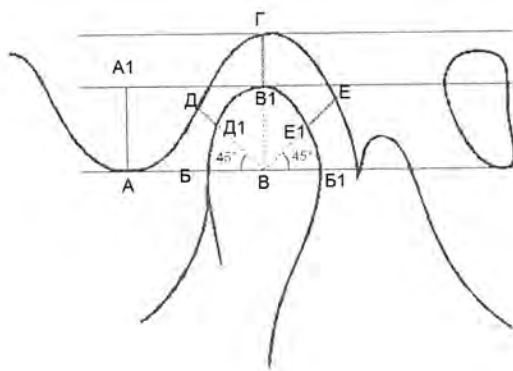


Рис.1. Схема рентгено-морфометричних досліджень компонентів СНЩС: А-А1- висота суглобового горбка; Б-Б1 - ширина суглобової голівки; В-В1 - висота суглобової голівки; Д-Д1 - ширина суглобової щілини спереду; В1-Г - ширина суглобової щілини вгорі; Е-Е1 - ширина суглобової щілини ззаду.

Результати дослідження

Візуальні характеристики рентгенограм СНЩС у хворих з глибоким різцевим перекриттям та ортогнатичним прикусом з явищами фун-

кціональної нестабільності СГ у кожній групі за ступенем тяжкості (легкий, середній, важкий) майже не відрізнялися між собою(мал. 2, 3)

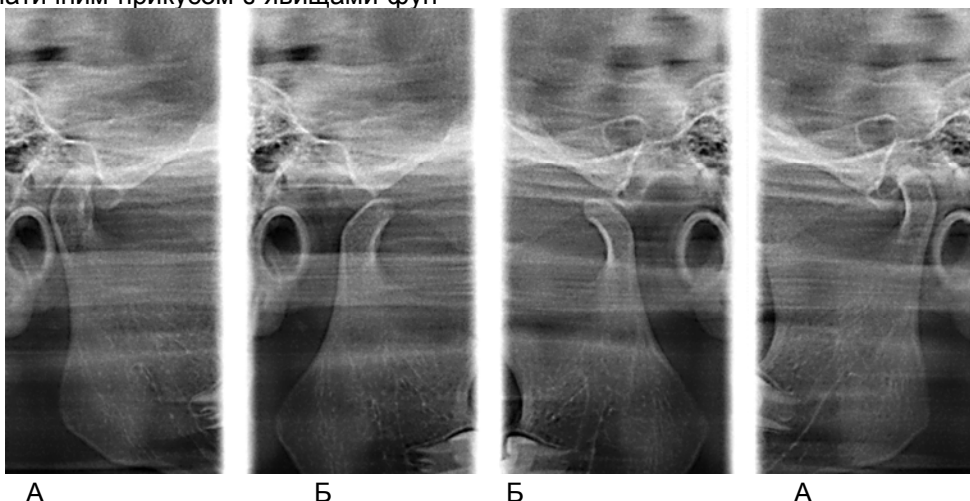


Рис. 2. Прицільні зонограми СНЩС хворої Б., 24 р., з глибоким різцевим перекриттям помірного ступеня. Д-З: функціональна нестабільність лівої СГ нижньої щелепи середнього ступеня важкості (до лікування). При відкритому роті (Б) візуалізується виходження лівої СГ нижньої щелепи до переду за вершину суглобового горбка. При закритому роті (А) суглобова щілина зліва в передньому й верхньому відділах значно розширена в порівнянні з щілиною справа. Укорочення лівої гілки щелепи на 1,1 мм, ретенція та дистопія 38,48 зубів.

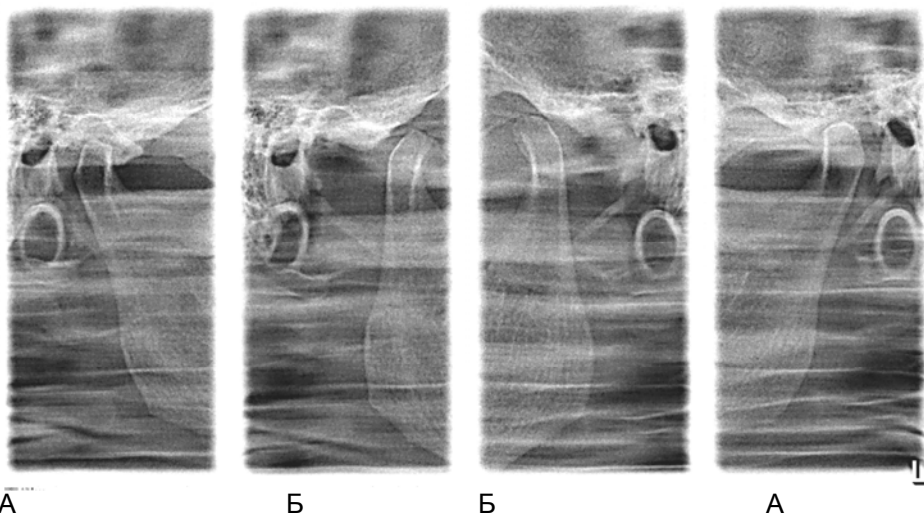


Рис. 3. Прицільні зонограми СНЩС хворої М., 28 р., з ортогнатичним прикусом. Д-З: функціональна нестабільність обох СГ нижньої щелепи тяжкого ступеня (до лікування). При відкритому роті (Б) візуалізується виходження обох суглобових голівок нижньої щелепи до переду за вершини суглобових горбків. Зменшення висоти лівого суглобового горбка. При закритому роті (А) виявляється асиметрія розмірів суглобових щілин у верхньому та передньому відділах: щілина справа в передньому й верхньому відділах

значно розширена в порівнянні з щілиною зліва. Укорочення правої гілки щелепи на 1,45 мм.

Результати морфо-рентгенологічних характеристик компонентів СНЩС (ширина й висота суглобової голівки, висота суглобового горбка, розміри суглобової щілини зпереду, сверу та ззаду) у хворих з глибоким різцевим перекриттям та ортогнатичним прикусом при легкому, середньому, тяжкому ступені функціональної нестабільності СГ нижньої щелепи представлені в таблицях 1, 2, 3.

Таблиця 1
Морфо-рентгенологічні характеристики компонентів СНЩС при закритому роті у лиць з глибоким різцевим перекриттям та ортогнатичним прикусом з функціональною нестабільністю суглобової голівки легкого ступеня до лікування

Вимірювані об'єкти	Результати вимірювань					
	Функціонально нестабільного суглобу			Симетричного суглобу		
	Хворі з глибоким різцевим перекриттям n=34	Хворі з ортогнатичним прикусом n=27	p	Хворі з глибоким різцевим перекриттям n=34	Хворі з ортогнатичним прикусом n=27	p
Ширина суглобової голівки (мм)	11,12±0,26	11,57±0,24	>0,5	11,71±0,17	12,9± 0,24	<0,5
Висота суглобової голівки (мм)	8,54±0,12	8,56±0,15	>0,5	8,94±0,09	8,77± 0,12	>0,5
Висота суглобового горбка (мм)	9,33±0,11	9,24±0,14	>0,5	10,02±0,17	9,76±0,13	>0,5
Розмір суглобової щілини зверху (мм)	2,33±0,18	2,47±0,15	>0,5	2,36±0,14	2,53±0,15	>0,5
Розмір суглобової щілини спереду (мм)	2,05±0,05	1,94±0,06	>0,5	2,13±0,09	2,24±0,14	>0,5
Розмір суглобової щілини ззаду (мм)	2,48±0,08	2,54±0,14	>0,5	2,55±0,15	2,64±0,13	>0,5

Таблиця 2
Морфо-рентгенологічні характеристики компонентів СНЩС при закритому роті у лиць з глибоким різцевим перекриттям та ортогнатичним прикусом з функціональною нестабільністю суглобової голівки середнього ступеня до лікування

Вимірювані об'єкти	Результати вимірювань					
	Функціонально нестабільного суглобу			Симетричного суглобу		
	Хворі з глибоким різцевим перекриттям n=37	Хворі з ортогнатичним прикусом n=13	p	Хворі з глибоким різцевим перекриттям n=37	Хворі з ортогнатичним прикусом n=13	p
Ширина суглобової голівки (мм)	10,84±0,22	11,18±0,08	>0,5	11,21±0,21	11,18±0,2	>0,5
Висота суглобової голівки (мм)	7,67±0,09	7,82±0,03	>0,5	7,97±0,21	8,03±0,18	>0,5
Висота суглобового горбка (мм)	8,31±0,12	8,86±0,16	<0,5	8,99±0,06	9,07±0,03	>0,5
Розмір суглобової щілини зверху (мм)	3,22±0,07	3,30±0,04	>0,5	3,61±0,02	3,54±0,03	>0,5
Розмір суглобової щілини спереду (мм)	1,63±0,16	1,8±0,13	>0,5	2,09±0,11	2,19±0,05	>0,5
Розмір суглобової щілини ззаду (мм)	3,17±0,06	3,25±0,05	>0,5	2,59±0,03	2,62±0,04	>0,5

Морфо-рентгенологічні характеристики компонентів СНЩС при закритому роті у лиць з глибоким різцевим перекриттям та ортогнатичним прикусом з функціональною нестабільністю суглобової голівки тяжкого ступеня до лікування

Вимірювані об'єкти	Результати вимірювань					
	Функціонально нестабільного суглобу		р	Симетричного суглобу		р
	Хворі з глибоким різцевим перекриттям n=34	Хворі з ортогнатичним прикусом n=27		Хворі з глибоким різцевим перекриттям n=34	Хворі з ортогнатичним прикусом n=27	
Ширина суглобової голівки (мм)	10,24±0,28	10,22±0,32	>0,5	11,18±0,16	11,22±0,27	>0,5
Висота суглобової голівки (мм)	7,72±0,17	7,84±0,04	>0,5	8,11±0,04	8,14±0,02	>0,5
Висота суглобового горбка (мм)	7,69±0,19	7,84±0,04	>0,5	8,19±0,08	8,1±0,03	>0,5
Розмір суглобової щілини зверху (мм)	3,47±0,09	3,44±0,17	>0,5	3,55±0,11	3,54±0,04	>0,5
Розмір суглобової щілини спереду (мм)	1,69±0,07	1,77±0,15	>0,5	2,12±0,08	2,05±0,03	>0,5
Розмір суглобової щілини ззаду (мм)	3,75±0,09	3,72±0,03	>0,5	191,±0,03	1,95±0,02	>0,5

Аналіз отриманих цифрових даних виявив, що достовірних змін з боку нестабільного суглобу у хворих з глибоким різцевим перекриттям і ортогнатичним прикусом до лікування нами не виявлено. Достовірно відмічено, що з тяжкістю функціональної нестабільності у хворих з глибоким різцевим перекриттям на функціонально нестабільному боці зменшуються розміри ширини й висоти суглобової голівки, висоти суглобового горбка (отже й глибини суглобної ямки). У хворих з ортогнатичним прикусом спостерігається подібна тенденція, але меншого ступеня.

Проведене нами лікування різного ступеня важкості функціональної нестабільності СГ нижньої щелепи включало ручну репозицію голівок в анатомічно правильне положення. Для закріплення результатів ручної репозиції суглобних голівок і забезпечення регульованого відкриван-

ня рота, а також синхронності роботи всіх груп жувальних м'язів, зняття гіпертонусу й компресійного синдрому у хворих з середнім й важким ступенем важкості функціональної нестабільності використовувалася сплінт-терапія у вигляді позионуючих центричних накусочних шин. Частині хворих призначали вібраційний масаж власно жувальних і скроневи м'язів, застосування мазі місцево-подразнюючого засобу «Апізартрон» і комплексного препарату «Траумель С» на ділянку СНЩС і власно жувального м'яза на боці нестабільної СГ. Цей комплекс заходів сприяв усуненню всіх клінічних проявів захворювання й встановленню правильних анатомічних взаємин функціонально нестабільної суглобної голівки стосовно суглобового горбка й суглобній западині. (мал. 4,5)

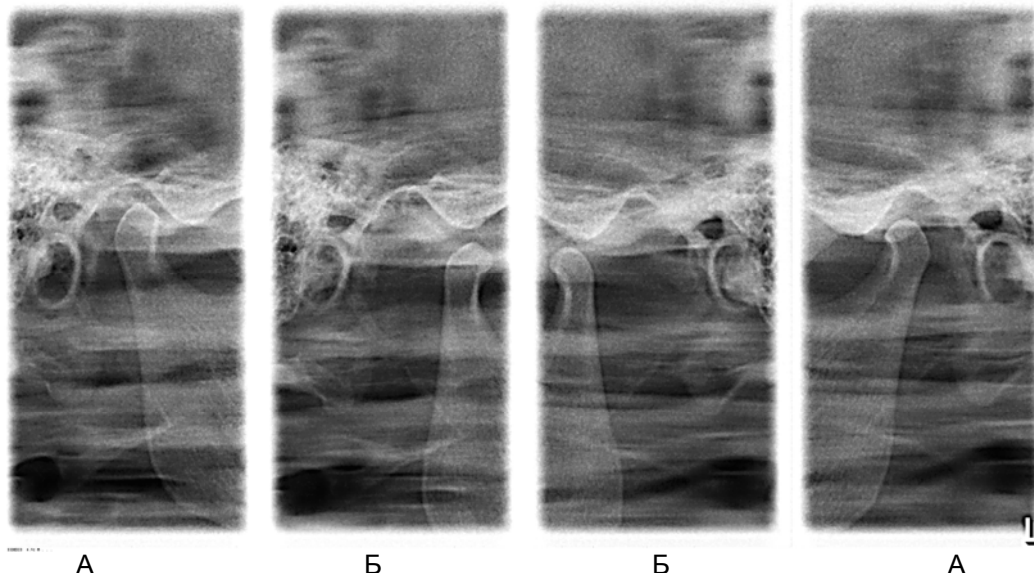


Рис. 4. Прицільні зонаграми СНЩС хворої Б., 24 р., з глибоким різцевим перекриттям помірного ступеня через рік після проведеного лікування функціональної нестабільності лівої СГ нижньої щелепи середнього ступеня важкості. При відкритому

роті (Б) відмічається фізіологічне розташування обох СГ нижньої щелепи на вершинах суглобових горбків. При закритому роті (А) суглобові щілини зліва й справа майже ідентичні.

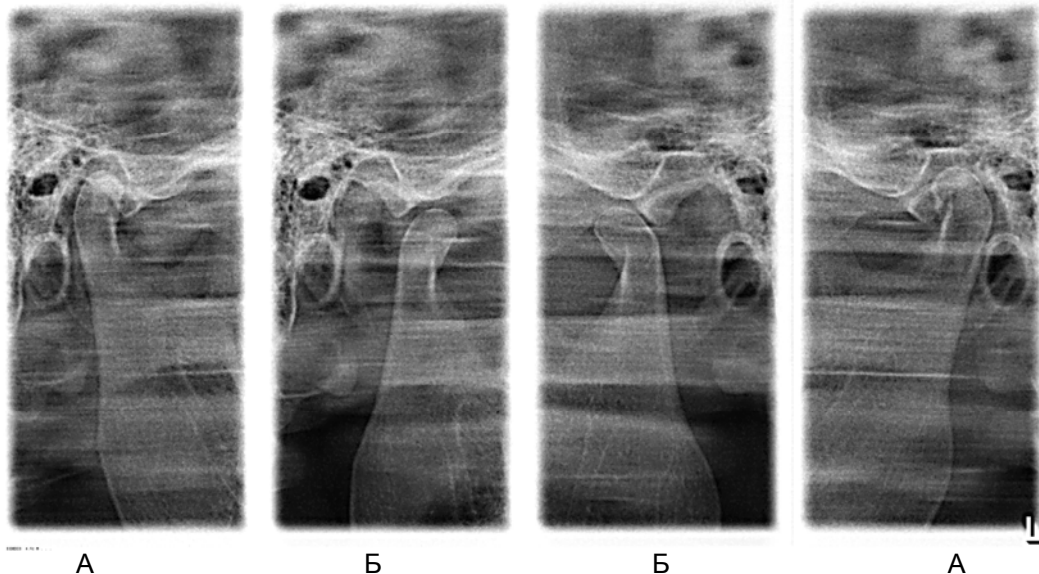


Рис. 5. Прицільні зонограми СНЩС хворої М., 28 р., з ортогнатичним прикусом через рік після закінчення лікування функціональної нестабільності обох СГ нижньої щелепи тяжкого ступеня. При відкритому роті (Б) візуалізується розташування обох суглобових голівок нижньої щелепи на вершинах суглобових горбків. Незначна асиметрія висоти суглобових горбиків. При закритому роті (А) виявляється незначна асиметрія розмірів суглобових щілин за рахунок звуження в передньому відділі справа.

За результатами морфо-рентгенологічних вимірів кісткових компонентів СНЩС їхніх достовірних змін до й після лікування не виявлено. Ефективність проведеного комплексу заходів щодо усунення функціональної нестабільності СГ нижньої щелепи в 82% пацієнтів з глибоким різцевим перекриттям та в 88% з ортогнатичним прикусом вірогідно підтверджувалася рівномірністю розмірів переднього, верхнього й заднього відділів суглобної щілини раніше функціонально нестабільного й симетричного суглоба.

Таким чином, ґрунтуючись на результатах клінічних і рентгенологічних даних у хворих із глибоким різцевим перекриттям і ортогнатичним прикусом, можна стверджувати, що характер оклюзії не впливає на важкість функціональної нестабільності СГ нижньої щелепи, а в її основі лежить анатомічна асиметрія кісткових компонентів суглоба. Провідним критерієм ефективності проведеного лікування у хворих з функці-

ональною нестабільністю суглобної голівки СНЩС є, поряд із клінічними даними, вземовідношення: суглобна голівка -суглобна западина -суглобний горбок.

Література

1. Воловар О.С. Возможности промєнєвої діагностики патології скрєново-нижньощєлепного суглоба / О.С. Воловар, В.О. Маланчук // Укр. мед. часопис. – 2010. – №3(77). – С. 90-94.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология / Хватова В.А. – М. : Медицина, 2005. – 312 с.
3. Тєлїшевська У.Д. Диферєнциальна діагностика скрєново-нижньощєлепних розладів за клінічними та рентгєнологїчними ознаками : авторєф. дис.... канд. мед. наук. : 14.00.22. «Стоматология» / Львівський НМУ ім. Данила Галицького. – Львів. – 2010. – 19 с.
4. Рабухина Н.А. Некоторые проблемы диагностики заболеваний височно-нижнєчелюстного сустава / Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Стоматология. – 2005. – №3. – С. 33-34.
5. Cooper В. Заболевания височно-нижнєчелюстного сустава / В. Cooper // Dental Market. – 2012. – №1. – С. 39-46.
6. Avrahami E. Computed tomography of the temporo-mandibular joint / E. Avrahami, I. Horowitz // Comput Radiol. – 1984. – V.8(4). – P. 211-213.
7. Сысолятин П.Г. Магнитно-резонансная томография височно-нижнєчелюстного сустава / П. Г. Сысолятин, А. П. Дергилев, А. А. Ильин // Вестник рентгєнологии и радиологии. – 2000. – № 5. – С. 44-48.
8. Макєєв В.Ф. Дїагностика внутрїшніх розладів скрєново-нижньощєлепного суглобів методом магнїтно-резонансної томографії / В.Ф. Макєєв, В.я. Шибїнський, А.М. Абрамюк // Современная стоматология. – 2005. – №2. – С. 141-145.
9. Milano V. Magnetic resonance imaging of temporo-mandibular disorder: classification of disc displacement and deformation / V. Milano, A. Desiste, R. Bellino // Dentomaxillofac. Radiol. – 2000. – V.11(29). – №6. – P. 352-361.
10. Рибалов О.В. Рєнтген-анатомїчні порушення щїльностї суглобової голівки СНЩС при її гїпермобїльностї / О.В. Рибалов, І. В. Яценко, П.О. Москаленко // Матерїали Рєспублїканської науково-практичної конференції. – Харків. – 2010. – С. 67.

Реферат

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ И С ОРТОГНАТИЧЕСКИМ ПРИКУСОМ ПО ДАННЫМ ПРИЦЕЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС

Рибалов О.В., Яценко О.И., Яценко П.И., Москаленко П.А.

Ключевые слова: височно-нижнєчелюстного сустава, глибоко режущего перекриття, рентгєнографія, результати лікування

Исследование основывается на анализе прицельных зонограмм ВНЧС 83 пациентов с глубоким резцовым перекрытием, которое сопровождалось функциональной нестабильностью суставной головки нижней челюсти, и 49 больных с функциональной нестабильностью суставной головки без аномалий прикуса до лечения и через год после его завершения. Зонография ВНЧС проводилась при закрытом и открытом рте пациента на аппарате ORTHOPHOS X65 при условиях съемки 60-70 кВ, 7 мА,

движение системы 8 с. По результатам исследования визуальные и морфо-рентгенологические характеристики рентгенограмм ВНЧС у больных с глубоким резцовым перекрытием и ортогнатическим прикусом с явлениями функциональной нестабильности СГ в каждой группе с разной степенью тяжести (легкая, средняя, тяжелая) до лечения почти не отличались между собой. Эффективность проведенного комплекса мероприятий по устранению функциональной нестабильности СГ нижней челюсти через год после завершения лечения достоверно подтверждалась равномерностью размеров переднего, верхнего и заднего отделов суставной щели ранее функционально нестабильного и симметричного суставов в обеих группах исследованных больных.

Summary

REMOTE RESULTS OF TREATMENT FOR FUNCTIONAL INSTABILITY OF MANDIBULAR ARTICULAR HEAD IN PATIENTS WITH INCISAL OVERLAPPING AND WITH ORTOGNATHIC BITE ACCORDING TO TARGET TMJ RADIOGRAPHY

Rybalov O.V., Yatsenko O. I., Yatsenko P. I., Moskalenko P. A..

Keywords: temporomandibular joint, deep incisal overlapping, radiography, results of treatment

This research is based on the analysis of target areal TMJ radiography performed on 83 patients with deep incisal overlapping accompanied by functional instability of mandibular articular head, and on 49 patients with functional instability of articular head without bite anomalies before the treatment and in a year after its end. Areal TMJ radiography was carried out at the closed and open mouth of a patient by the OPTHOPHOS X65 apparatus under shooting of 60-70 kV, 7 mA, movement of system 8 с. According to the results obtained visual and morphological radiological characteristics of roentgenograms of TMJ in patients with deep incisal overlapping and ortognathic bite with the manifestations of functional instability of AH (articular head) in each group with different severity (mild, moderate, severe) before the treatment didn't differ. The efficiency of the treatment aimed to eliminate the functional instability of mandibular AH in a year was reliably proved by be true uniformity of sizes for anterior, superior, and posterior segments of joint space of previously functionally unstable and symmetric joints in both groups of the patients under the supervision.

УДК 616. 314. 17 – 053. 2 – 08 – 084: 616. 379 – 008. 64

Хоменко Л.О., Карачевська К.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця м. Київ

Проведено клініко-морфологічні дослідження тканин пародонта у дітей з цукровим діабетом 1 типу. Визначено високу поширеність захворювань тканин пародонта у обстежених дітей. Запропоновано комплекс лікувально-профілактичних заходів для попередження та лікування захворювань тканин пародонта у дітей, що мають цукровий діабет.

Ключові слова: діти, цукровий діабет 1 типу, гінгівіт, профілактика, лікування.

Вступ

В літературі наведені дані про високу ураженість тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет. За даними різних авторів, поширеність захворювань пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет першого типу (ЦД 1 типу), становить 46-86% [2, 6, 8]. У даній категорії дітей були встановлені мікроангіопатії, особливо артеріоло- та капілярнопатії [5, 7, 11, 15, 16]. Визначено, що важливе значення в розвитку запальних змін тканин пародонта при діабеті відіграє посилення патогенного впливу мікрофлори ротової порожнини і зниження загальної реактивності організму [3, 10].

Матеріали і методи дослідження

Нами проведено обстеження 166 дітей віком від 12 до 16 років, з них 125 дітей хворих на ЦД 1 типу (основна група), 41 дитина – без соматичних захворювань (контрольна група). Було проведено клінічні, рентгенологічні, патоморфологічні та гістохімічні дослідження. Для визначення інтенсивності кровоточивості ясен використовували

вали папілярний індекс кровоточивості (papilla bleeding index, PBI) за Saxer і Muhlemann [4, 9]. Для реєстрації ступеню запалення в тканинах пародонта використовували папілярно-маргінально-пародонтальний індекс – РМА (Parma, 1960; Masler, 1967) та індекс CPI – комуніальний пародонтальний індекс (ВООЗ, 1997). Гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за допомогою спрощеного індексу Green-Vermillion (1964). Рентгенологічне обстеження проводили шляхом ортопантомографії та внутрішньоротової контактної рентгенографії.

Результати досліджень та їх обговорення

Результати проведенного нами дослідження свідчать про високу розповсюдженість захворювань тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Вона становить 76%. При стоматологічному обстеженні ми визначили, що 30 (24,0%) дітей з цукровим діабетом мали клінічно інтактний пародонт, у 81 (64,8%) дитини діагностовано хронічний катаральний гінгівіт, 5 (4,0%) дітей мали загострення хронічного катарального гінгівіту, 4 (3,2%) – хронічний