

логію електромагнітної обробки пластмас при виготовленні знімних пластинкових протезів для пацієнтів із підвищеною чутливістю до акрилових пластмас і ускладненим алергологічним статусом.

Кузняк Л.В.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА ЗА ОРТОДОНТИЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ В ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Найпоширеніша маніпуляція в амбулаторній хірургічній стоматології – це операція з видалення зуба. У дітей це оперативне втручання проводять не тільки у випадках наявності одонтогенних запальних процесів, а й за ортодонтними показаннями. Після хірургічного етапу лікування ортодонт застосовує знімну чи незнімну апаратуру, яка, як відомо, значно ускладнює гігієну ротової порожнини.

Саме тому однією з головних умов якісного перебігу процесу епітелізації лунки після видалення зуба є достатньо високий рівень гігієни й певний видовий склад резидентної мікрофлори ротової порожнини. Нерідко порушення мікробіоценозу ротової порожнини і зниження локальних захисних механізмів призводять до розвитку ускладнень на різних етапах ортодонтного лікування. Найуразливіший у цьому контексті етап після видалення зуба за ортодонтними показаннями, а одне з найпоширеніших ускладнень – альвеоліт.

Матеріали й методи. Було проведено клінічне обстеження 50 дітей віком 12-15 років, яким проводиться операція видалення зуба за ортодонтними показаннями. Мікрофлору ротової порожнини оцінювали за допомогою тестового набору «Saliva-Check Mutans» до й після хірургічної маніпуляції.

Результати дослідження. Установлено, що розвиток ускладнень після операції видалення постійних зубів у дітей за ортодонтними показаннями практично однаковий із дорослими пацієнтами. Частота альвеоліту становить 24-35 % загальної кількості всіх ускладнень, що виникають у пацієнтів після видалення зубів.

Ризик виникнення альвеоліту різко зростає при травматичному видаленні зубів, додаванні судинозвужувальних засобів до анестетиків, низькому рівні гігієни ротової порожнини, зниженні імунологічної реактивності організму, а також за умов супутніх соматичних хвороб.

Висновок. Дослідження, спрямовані на пошук нових методів профілактики й лікування ускладнень після видалення зубів за ортодонтними показаннями залишаються актуальними, перспективними й ефективними щодо поліпшення надання стоматологічної допомоги дітям.

Кузь І.О., Шешукова О.В., Максименко А.І.

АКТИВНІСТЬ NO-СИНТАЗИ Й АРГІНАЗИ В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження – визначити активність NO-синтази й аргінази в ротовій рідині дітей молодшого шкільного віку з інсулінозалежним цукровим діабетом.

Матеріали й методи. У процесі дослідження було оглянуто 82 дітей віком від шести до чотирнадцяти років, із них 56 дітей із цукровим діабетом I типу і 26 дітей без супутніх соматичних хвороб. Активність NO-синтази (NOS) визначали за різницею концентрації нітритів до й після інкубації гомогенату тканин. Активність аргінази визначали шляхом обчислення різниці концентрації L-орнітину до й після інкубації у фосфатному буферному розчині, що містить L-аргінін. Статистичну обробку виконували за допомогою Microsoft Office Excel. Обчислювали рівень значущості розбіжностей середніх величин (p) на підставі t-критерію Ст'юдента для рівня достовірності 95%.

Результати дослідження та їх обговорення. Статистично значимої різниці при порівнянні груп 1 і 2 виявлено не було. Статистично значима різниця була визначена відносно всіх ізоформ NO-синтази й аргінази при порівнянні груп 1 і 3. Порівнюючи значення індукційної NO-синтази й аргінази між групами 1 і 3, виявили зростання значення iNOS у 1,65 разу і зменшення значення ARG у 1,57 разу. Подібне порушення балансу вищевказаних показників свідчить про посилення запальних реакцій у організмі в цілому й безпосередньо в порожнині рота і про зниження регенеративних можливостей у осіб із цукровим діабетом I типу.

При порівнянні груп 3 і 4 статистично значима різниця спостерігалась щодо конституційної, індукційної синтази, умісту NO₂ й аргінази. При порівнянні груп 1 і 4 теж спостерігалась статистично значима різниця відносно всіх ізоформ NO-синтаз і NO₂. Уміст індукційної NO-синтази в першій групі в 4 групі складає 0,62±0,04 мкмоль/г, що в 1,35 разу перевищує показник 1 групи і в 0,82 рази менший за показник 3 групи. Порівняльний аналіз даних у групах 2 і 4 виявив, що статистично вірогідної різниці значень умісту ARG у

цих групах немає, він високий, порівняно з групами дітей зі здоровими яснами і свідчить про активізацію ре-генераторних процесів.

Висновок. Цукровий діабет I типу призводить до посиленого продукування NO в порожнині рота за рахунок впливу на активність iNOS. Хронічний катаральний гінгівіт не призводить до посиленого вироблення NO в порожнині рота, проте активує адаптивну реакцію у вигляді підвищення активності ARG. Поєднання системного фактора (цукровий діабет I типу) і місцевого (хронічний катаральний гінгівіт) призводить до дерегуляції циклу NO й посилення конкуренції між NOS і ARG.

Кулай О.О., Акжитова Г.О.

ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ПАРОДОНТА В ПІДЛІТКІВ ІЗ ГОРМОНАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування десквамативного гінгівіту в підлітків із гормональною дисфункцією шляхом удосконалення комплексного лікування.

Матеріали й методи. Для оцінки ефективності запропонованого лікування під нашим наглядом перебували 18 підлітків жіночої статі віком від 12 до 14 років, хворих на десквамативний гінгівіт легкого й середнього ступенів тяжкості, які лікувалися в КП «Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка Полтавської міської ради». Для встановлення діагнозу використовували класифікацію хвороб тканин пародонта Данилевського М.Ф., Вишняк Г.М., Політун О.М. (1981 р.). Залежно від складу лікувальних заходів підлітки були поділені на дві групи: у 1-й групі проводили традиційне лікування, у 2-й групі - лікували із застосуванням удосконаленого лікувального комплексу.

Для усунення больового фактора хворим 2-ї групи змащували ясна препаратом «Холісал» (виробник «Фармзавод Ельфа», Польща), для протизапальної дії призначали гель із пептидним комплексом і неовітином «Vivax Dent» (ХБО при РАН, фірма «Вита»). Гель «Vivax Dent» має антидопінговий сертифікат, схвалений Асоціацією стоматологів України, відзначений Знаком схвалення ЦНДІЗ і рекомендований Міжнародною асоціацією геронтології й геріатрії, а також Швейцарською академією противікової медицини. Для антисептичної обробки ротової порожнини застосовували відвар листя шавлії або квіток календули й розсмоктування таблеток пробіотику «Бактобіс» (виробник «Medico Domus», Сербія для «Bluestone Pharma», Швейцарія). Для прискорення процесу епітелізації в пацієнтів другої групи застосовували «Солкосерил дентальну адгезивну пасту» - комбінований препарат для місцевого застосування в стоматології. Лікування десквамативного гінгівіту в підлітків, окрім місцевої терапії, передбачало загальні заходи: консультацію дитячого гінеколога-ендокринолога, гіпосенсибілізуючу терапію (L-цет, кларитин, аллерон та ін.) і вживання полівітамінного комплексу з мінералами. У більшості хворих періоди ремісії тривають від кількох місяців до 1 року. Загострення мають перебіг із менш вираженими ознаками.

Для визначення гігієнічного стану порожнини рота застосовували індекс гігієни OHI-S (Oral Hygiene Indices Simplified, 1964), інтенсивність запального процесу оцінювали за допомогою індексу PMA (Schour, Massler, 1948) у модифікації Парма (С. Parma, 1960), індексу кровоточивості сосочків (PBI Saxer і Muhlemann, 1971). Отримані дані обробляли методом варіаційної статистики.

Результати дослідження. Аналіз клінічної симптоматики при десквамативному гінгівіті показав позитивну динаміку в обох досліджуваних групах. У підлітків набагато знижувався ступінь запалення ясен, яке виявилось сильнішим у 2-й групі. Перші клінічні ознаки слабшання патологічного процесу при лікуванні гінгівіту в 1-й групі визначалися на $5,0 \pm 0,18$ день комплексної терапії, у 2-й групі – на $3,80 \pm 0,24$ день ($p < 0,05$); ознаки зникнення патологічного процесу в яснах виявляли на $11,5 \pm 0,4$ і $7,05 \pm 0,22$ день ($p < 0,05$) відповідно. Ефективність лікування підтверджувалась динамікою параклінічних показників: індекс PMA - до лікування в 1-й групі становив $27,78 \pm 4,09\%$, у 2-й групі $23,87 \pm 2,84\%$ ($p > 0,05$) і відповідно після лікування $-8,22 \pm 1,38\%$ і $4,61 \pm 0,92\%$ ($p < 0,05$, вірогідність розбіжностей із показниками 1-ї групи), ПІ – до лікування в 1-й і 2-й групах дорівнював $0,930 \pm 0,029$ і $0,928 \pm 0,024$ бала ($p > 0,05$) і після лікування відповідно $0,73 \pm 0,038$ і $0,62 \pm 0,020$ бала ($p < 0,05$); індекс PBI - $1,1 \pm 0,1$ і $0,97 \pm 0,1$ бала ($p > 0,05$) і після лікування відповідно $0,34 \pm 0,03$ і $0,16 \pm 0,02$ бала ($p < 0,05$).

Висновки. Клінічні ознаки й параклінічні показники свідчать про високу ефективність використання вдосконаленого комплексного лікування. Рекомендується проводити комплексну курсову терапію 2-3 рази за рік.