

комплекса «Лецитин-2» повністю устранив явлення дисбіоза в ротовій порожнині.

**Галкіна О. П. , Журочко Е. И. , Седых В. П.  
ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, ИМЕЮЩИХ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА**

Крымский государственный медицинский университет

Согласно эпидемиологическим данным в Украине в подростковом (15 лет) возрасте распространенность пародонтита составляет от 5, 2% до 17, 8% и более в зависимости от региона, наличия сопутствующей патологии. Исследованиями подтверждается тесная взаимосвязь между структурно-функциональным состоянием опорного скелета и тканями пародонта. На начальных стадиях деструктивно-дистрофические процессы в альвеолярной кости часто протекают бессимптомно. Исходя из этого, актуальными остаются вопросы ранней диагностики нарушений метаболизма костной ткани (КТ) альвеолярного отростка при генерализованном пародонтите (ГП) у подростков с деформациями позвоночника.

Работы, посвященные изучению заболеваний тканей пародонта у подростков, страдающих сколиозом, единичны. Прогрессирующая заболеваемость пародонтитом, высокая распространенность сколиоза (от 1% до 35%), отсутствие оценки биохимических маркеров костного метаболизма у подростков на начальных стадиях ГП послужили основанием для проведения наших исследований.

**Целью** работы явилось определение активности метаболических процессов КТ по уровню биохимических маркеров ремоделирования КТ.

Для выполнения поставленной цели нами обследовано 152 подростка в возрасте 15-16 лет с ГП начальной - I степени тяжести, имеющих нарушения осанки, сколиоз I- III степени тяжести. В сыворотке крови определяли уровень остеокальцина (маркера формирования КТ), в моче - уровень дезоксиридинолина (маркера резорбции КТ). В результате проведенных исследований выявлено снижение уровня остеокальцина на 2, 9% от нижней границы возрастной нормы. Значение дезоксиридинолина в группе соответствовало верхней границе возрастной нормы. Полученные данные свидетельствуют о дисбалансе процессов формирования и резорбции КТ у подростков с ГП начальной - I степени тяжести с деформациями позвоночника.

Таким образом, при диагностике ГП на ранних стадиях у подростков с нарушением осанки, сколиозом целесообразно проводить измерение уровней маркеров костного ремоделирования. Полученные данные необходимо учитывать при составлении плана лечения.

**Голейко М. В.  
ОЦІНКА ЧАСТОТИ ПОЄДНАНИХ УРАЖЕНЬ ТКАНИН ЕНДОДОНТА І ПАРОДОНТА**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Зазвичай пародонтологію та ендодонтію розглядають як дві клінічно окремі дисципліни, хоча досить часто вони тісно переплетені. Адже немає сумніву, що запальні чи некротичні зміни в пульпі зуба можуть впливати на тканини пародонта, як і пародонтальні хвороби - на стан пульпи зуба.

Клінічний досвід показує, що у хворих із запальними захворюваннями пародонта часто виявляються періодонтальні вогнища ураження. Наявність ускладненого карієсу у таких хворих утруднює діагностику та лікування основної хвороби, а також погіршує прогноз.

Запальний процес у пульпі може безпосередньо діяти на періодонт і пародонт шляхом розповсюдження через апікальний отвір, латеральні канали і дентинні трубочки, кореневі дефекти. Можливий ятрогенний розвиток запалення тканин пародонта внаслідок перфорації кореня при надмірній інструментальній обробці каналу або латеральної перфорації під час установлення штифта, а також унаслідок перелому кореня.

**Метою** нашого дослідження було визначення частоти поєднаних уражень тканин ендодонта і пародонта.

Нами було обстежено 38 хворих на генералізований пародонтит. Під час обстеження хворих використовували клінічні та параклінічні методи, а також індексну оцінку за допомогою індексу гігієни (ГІ), пародонтального індексу Руселя (РІ) та проб Кечке, Парма, Кулаженка. Визначення ступеня резорбції альвеолярного відростка здійснювали за допомогою методів прицільної та панорамної рентгенографії. Стан пульпи обстежуваних зубів визначали шляхом детального збору анамнезу, електроодонтодіагностики, а також тестів на зовнішні подразники.

Було виявлено 14 хворих на пародонтит I ступеня тяжкості, 18 пацієнтів на пародонтит II ступеня тяжкості, 6 - на пародонтит III ступеня тяжкості.

У пацієнтів із пародонтитом легкого ступеня причиною ендодонтичних втручань був ускладнений карієс. При пародонтиті II ступеня тяжкості виявляли вогнища хронічної періодонтальної інфекції. Перебіг хвороби мав переважно форми хронічних чи загострених хронічних пульпітів. Також були виявлені пульпіти, ускладнені періодонтитом. У 56% випадків у пацієнтів виявляли різні форми хронічних періодонтитів, серед яких найчастіше зустрічалися деструктивні: у 46% діагностовано гранулюючий періодонтит, у 13% - гранулематозний періодонтит та у 41% - фіброзний періодонтит. При пародонтиті III ступеня у 5, 3% випадків був установлений діагноз "ретроградний пульпіт".