

оцінки. При цьому найбільш суттєвим, на наш погляд, є вивчення антиоксидантної спрямованості раціону.

Мета дослідження: розробити спосіб оцінки спрямованості харчування, який дозволить оцінити його потенціал, а отже, здійснювати контроль за якістю та ефективністю оздоровчих і лікувально-профілактичних факторів.

Об'єкти та методи дослідження. В основу способу, що пропонується, покладено графічне зображення особливостей раціону, яке досить широко застосовується в практиці нутріціології. На основі даних літератури для аналізу відібрані показники, що належать до різних груп нутрієнтів (амінокислоти, ліпіди, вітаміни, макро- і мікроелементи), що мають редокс-потенціал або значення в механізмі розвитку захворювань пародонта. Оцінка захисного потенціалу ґрунтується на тому, що комплекс нутрієнтів, їх взаємодія, синергізм, а в деяких випадках і взаємна заміна утворюють сумарний захисний потенціал раціону. На порівнянні цього показника з максимально можливим (ідеальним) і побудована ця методика. За реальний захисний потенціал береться площа багатокутника, що утворюється при з'єднанні променів, які розходяться, та на яких відкладається вміст нутрієнтів у відсотках до нормативного або пропонованого. Максимальному значенню захисного потенціалу буде відповідати площа кола, радіус якого - не що інше, як максимальний або нормативний вміст харчових речовин у раціоні. Співвідношення цих площин у відсотках і надасть показник, названий нами "відносним захисним потенціалом раціону" (ВЗПР). За даним нами визначенням, ВЗПР – це інтегральний показник, який дозволяє кількісно оцінити захисну спрямованість харчування за вмістом у ньому харчових протекторів та зробити висновок про ефективність раціону в порівнянні з харчуванням із максимально визначеною захисною спрямованістю.

На основі застосування математичних планіметричних методів було отримано формулу для розрахунку цього показника: $VZPR = 15,92 \cdot \sin 360/n \cdot (k_1 \cdot k_2 + k_2 \cdot k_3 + \dots + k_n \cdot k_1)$, де ВЗПР – відносний захисний потенціал раціону (%), 15,92 – розрахований емпіричний коефіцієнт, k – коефіцієнт відношення реальних та нормативних показників, n – кількість використаних показників.

Для оцінки цього показника ми пропонуємо шкалу, побудовану згідно із загальноприйнятими вимогами. Відповідно до неї значення ВЗПР у межах 90-100% характеризуються як високі, 89-75% - вищі середнього, 74-50% - середні та 49% і менше – низькі. Така класифікація дозволяє досить точно охарактеризувати спрямованість раціону та визначити (в разі необхідності) корективи і виправлення.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було проведено дослідження особливостей фактичного харчування 700 осіб у різні періоди року. Отримані результати підтвердили нераціональний характер харчування у всі періоди, наявність суттєвої диспропорції та розбалансованість раціонів. Для ана-

лізу ми відібрали 22 показники, які відображали всі групи нутрієнтів (білки, жири, вітаміни, мінеральні речовини), які згідно з даними літератури мають вплив на адаптаційно-компенсаторні механізми організму. Проведені розрахунки показали, що значення ВЗПР склалися: взимку – 29,5%, літом – 23,7%, весною – 22,8%, восени – 43%, що дозволяє кваліфікувати захисну спрямованість раціону як низьку незалежно від сезону.

Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок про відсутність протекторного впливу на органи та системи організму, крім того, подібна диспропорція необхідних складових протягом року є очевидним фактором ризику розвитку метаболічних порушень у тканинах пародонта, що потребує подальшого вивчення з метою розробки методів адекватної профілактики.

Висновок. Отже, запропонована планіметрична методика визначення захисної спрямованості харчування може бути використана для оцінки спрямованості аліментарного фактора, застосованого для профілактики захворювань пародонта. До переваг методу належить інтегральний характер, який дозволяє врахувати синергізм та взаємний зв'язок біологічно активних речовин їжі. Запропонована методика відрізняється простотою, досяжністю для лікарів стоматологічного профілю. Об'єктивність методу, можливість використання в ролі скринінгу дозволяють рекомендувати його для використання в стоматологічних закладах.

Оболонська Г. О.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ КОРЕНЯ АІРУ БОЛОТНОГО (ЛЕПЕХИ) ПРИ ПАТОЛОГІЇ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Київський медичний університет

Української асоціації народної медицини

Натепер алергізація населення України становить 82%, у зв'язку з чим зростає необхідність включення фітопрепаратів у загальну схему комплексного лікування захворювань тканин пародонта.

Корінь айру, до складу якого входить ефірна олія, яка складається із суміші монотерпенів (камфен, борнеол, камфора), сесквітерпени (акорон), ароматичних сполук (азарон, еугенол), аскорбінова кислота, слиз, крохмаль, дубильні речовини, гіркий глікозид, у стоматологічній практиці застосовують у вигляді спиртових настоїв, відварів та ефірної олії.

Метою даного дослідження було визначення змін ротової рідини у хворих із запальними захворюваннями тканин пародонта за використання айру.

Методи дослідження. Було обстежено 60 студентів КМУ УАНМ віком від 18-22 років, яким було встановлено діагноз: хронічний катаральний гінгівіт. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи (по 30 осіб у кожній). Кожному хворому 1 та другої 2 провели індексну оцінку стану тканин пародонта, визначили швидкість

слиновиділення, рН ротової рідини та в'язкість ротової рідини, провели професійну гігієну порожнини рота і навчили гігієні порожнини рота.

Другій групі пацієнтів поряд із гігієнічними процедурами було призначено ротові ванночки з відваром кореня аїру потягом 10 днів.

Через 10 днів провели контрольну індексну оцінку стану тканин пародонта, визначили швидкість слиновиділення, рН ротової рідини та в'язкість ротової рідини в пацієнтів 1 і 2 груп.

Результати дослідження. Усі пацієнти з 2 групи вказували на підвищення комфортності в порожнині рота, відчуття знеболювання під час проведення лікувальної процедури (ротової ванночки з відваром кореня аїру), припинення кровоточивості ясен. На клінічному обстеженні було виявлено покращення кольору ясен, зміцнення їх прилягання до шийок зубів, ІГ знизився в середньому на 40% (до лікування - $1,9 \pm 0,1$, після лікування - $0,9 \pm 0,08$), ПМА знизився в середньому на 26, 2% (до лікування - $39,8\% \pm 0,1$, після лікування - $13,6\% \pm 0,1$).

Швидкість слиновиділення, яку визначали за допомогою зібраної натщесерце слини в градуйовані пробірки, підвищилася в 1, 5 рази (до лікування - $0,2$ мл/хв $\pm 0,01$, після лікування - $0,3$ мл/хв $\pm 0,01$); рН ротової рідини, який визначали за допомогою електронного рН-метра, змінився до 7, 5 (до лікування - 6, 7); в'язкість ротової рідини, яку визначали за допомогою віскозиметра Освальда (модель ВК-4), триразово порівнюючи її з в'язкістю дистильованої води, зменшилася в 2 рази (до лікування - $5,3$ сП $\pm 0,5$, після лікування - $2,0$ сП $\pm 0,2$).

Висновок. Результати проведених досліджень дають можливість зробити висновок, що використання фітопрепаратів на основі кореню аїру болотного сприяє покращенню фізіологічних властивостей ротової рідини (прискорення швидкості слиновиділення, зсув рН ротової рідини в лужний бік, зменшення в'язкості ротової рідини), покращує самоочищення зубів та гігієну порожнини рота, тим самим впливаючи на ланцюги патогенезу запальних захворювань тканин пародонта.

*Онопрієнко Н. В., Нідзельський М. Я.,

Дудченко М. О., Попова І. Б., Васильєва К. В.
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ІЗОЛЬОВАНОГО ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА В ПРАКТИЦІ СТОМАТОЛОГІВ І ДЕРМАТОЛОГІВ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ

*Луганський державний медичний університет

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Червоний плесканий лишай - один із найпоширеніших дерматозів. У загальній структурі дерматологічної захворюваності він становить до 1, 5%, серед хвороб слизової оболонки рота - 35%, тому досить часто зустрічається не тільки в практиці лікарів-

дерматологів, а і в практичній діяльності стоматологів. Частота ізольованого ураження слизової оболонки рота і губ коливається від 17 до 75% випадків. Червоний плесканий лишай слизової оболонки рота частіше зустрічається в жінок віком від 35 до 65 років.

Метою нашого дослідження було встановити частоту звернень пацієнтів із таким діагнозом після лікування в стоматолога з приводу стоматиту та звернути увагу лікарів стоматологічного профілю на актуальність цієї проблеми.

Нами було обстежено 58 пацієнтів із діагнозом „червоний плесканий лишай порожнини рота», які звернулися по допомогу до Полтавського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру в період 2008-2009 рр. Діагноз був встановлений на підставі анамнестичних даних, клінічного та лабораторного обстежень. На червоній облямівці губ червоний плесканий лишай має вигляд невеликих синього кольору папул, які ледве лущаться, на поверхні яких виявляється сірувато-біла сітка. У ділянці висипів можуть з'являтися ерозії, виразки, які супроводжуються відчуттям пекучості чи поколювання, а також дискомфортом від гарячої або холодної їжі. За даними останніх досліджень, ці виразки за тривалого перебігу в 1-10% випадків можуть трансформуватися в рак. 15% хворих складала чоловіки, інші 85% - жінки, крім того, 74% обстежених хворих підпадали під вікову категорію від 45 до 65 років, тобто у віці, коли частота звернень до лікарів-стоматологів значно зростає. З них 5% чоловіків раніше лікувалися в стоматолога з приводу хронічного стоматиту і звернулися по допомогу самостійно, 10% із підозрою на червоний плесканий лишай були направлені стоматологом на обстеження. Ураховуючи те, що ця хвороба практично в 100% супроводжується патологією шлунково-кишкового тракту, ендокринною патологією або хворобами серцево-судинної системи, своєчасна діагностика має життєво важливе значення для цієї категорії хворих.

Островский А. В.

РОЛЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПОДБОРЕ СРЕДСТВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Ведущая роль в патогенезе заболеваний пародонта принадлежит патогенной микрофлоре, в связи с чем в процессе лечения активные действия стоматолога должны быть направлены не только на ликвидацию воспалительного процесса в тканях десны, но и на непосредственное подавление жизнедеятельности болезнетворных микроорганизмов полости рта. Полноценное и своевременное проведение профессиональной и индивидуальной гигиены - важнейший элемент комплексного лечения и профилактики хронического катарального гингивита. Поэтому