

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ДУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

У больных сахарным диабетом, по наблюдениям многих авторов, практически всегда присутствует стоматологическая патология, обусловленная наличием именно этого заболевания. Это связано с тем, что при сахарном диабете нарушаются все виды обмена веществ, прежде всего углеводного и липидного, происходит угнетение иммунологических защитных механизмов, отмечается раннее проявление микроангиопатий, нефро- и нейропатий, которые приводят к возникновению различного вида осложнений.

Материалы и методы. Проведено обследование 30 больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Клинические исследования включали определение состояния мягких и твердых тканей полости рта, функциональной активности слюнных желез. В ротовой жидкости проводили определение активности ферментов.

Результаты исследований и их обсуждение. Обследуемые

нами больные жаловались на чувство сухости в полости рта, парестезии, снижение вкусовой чувствительности. При осмотре больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа, отмечалось снижение скорости слюновыделения, увеличение стоматологической патологии, о чем свидетельствуют увеличение КПУ и заболеваний пародонта, атрофия нитевидных сосочков.

При изучении активности малонового диальдегида в ротовой жидкости отмечается увеличение его количества на фоне снижения активности антиоксидантного фермента каталазы. Отмечается повышение активности ферментов, характеризующих воспалительные процессы. Так, общая протеолитическая активность повышается более чем в 5 раз. У больных, страдающих сахарным диабетом, отмечается более чем 5-кратное снижение активности антимикробного фермента лизоцима, что свидетельствует о снижении

неспецифического иммунитета и приводит к повышению микробной обсемененности в полости рта. О повышении микробной обсемененности свидетельствует и резкое повышение активности уреазы - фермента, продуцируемого патогенной и условно патогенной микрофлорой, а также степени дисбиоза, рассчитанной по соотношению активности уреазы и лизоцима.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение, что в основе развития стоматологической патологии у больных с сахарным диабетом лежат усиление процессов свободнорадикального окисления липидов, снижение неспецифического иммунитета и дисбиоз полости рта. Для коррекции выявленных нами нарушений необходимо применять средства, направленные на активацию защитных систем ротовой полости, представителями которых являются лизоцим и каталаза.

Ткаченко П. І., Митченко М. П.

СТАТИСТИЧНІ ВІДОМОСТІ ПРО ХРОНІЧНИЙ ПАРЕНХІМАТОЗНИЙ ПАРОТИТ У ДІТЕЙ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Хронічний паренхіматозний паротит належить до первинно-хронічного ураження привушної залози (О. В. Рибалов, 1987). У вітчизняній і зарубіжній літературі натеper наявна велика кількість наукових праць, присвячених вивченню функціональної активності привушних залоз, клінічним

проявам захворювання, діагностичним заходам і лікуванню. Однак, ураховуючи той фактор, що за останні роки зросла кількість хворих із запальними захворюваннями великих слинних залоз, особливо їхніх хронічних нозологічних форм, виникає необхідність уточнити деякі параметри,

зокрема статистичного характеру, з метою планування лікувальних і профілактичних заходів у цієї категорії хворих.

Метою нашої роботи стало визначення структурних складових хронічного паренхіматозного паротиту в дітей.

Під нашим наглядом перебували 96 дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит. Для встановлення діагнозу застосовували загальноклінічні та додаткові методи обстеження.

Залежно від клінічних проявів захворювання пацієнти були розділені на дві групи: з активним перебігом - 38 пацієнтів (39,6 %) і неактивним перебігом - 58 (60,4 %). При цьому двобічне ураження привушних залоз діагностовано в 47 дітей (48,9 %). З них у 21 дитини

(44,7%) - з активним і у 26 (55,3%) - з неактивним перебігом.

Із анамнезу встановлено, що у 2 хворих з активним перебігом хронічного паренхіматозного паротиту спостерігалось по 8-9 загострень за рік, у 10 - по 6-7, у 12 - по 4-5 і в 14 - по 4.

Згідно з даними анамнезу пацієнтів з неактивним перебігом захворювання загострення виникло в 32 дітей цієї групи три рази за рік, у 14 - два рази і у 12 - раз за рік. Тяжкий перебіг і триваліші загострення виникали переваж-

но весною і восени в обох групах спостереження.

Отже, статистичний аналіз даних стосовно дітей, які хворіють на хронічний паренхіматозний паротит, дозволив установити, що в них частіше спостерігається неактивний перебіг захворювання з переважанням однієї сторони ураження залози. Кількість загострень за рік була індивідуальною, але частіше вони виникали весною і восени, що слід ураховувати в плануванні профілактичних заходів.

Чернявский С.А., Черевко Ф.А.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ И УХОДА ЗА НЕЙЛОНОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Нейлоновые протезы, как и собственные зубы, требуют от пациента постоянного соблюдения правил гигиены. У пациента не всегда есть возможность посетить врача-стоматолога для профессиональной профилактики зубного протеза. Поэтому, чтобы протез из нейлона не терял свой «эстетический вид», мы считаем необходимым выполнять следующие правила пациентом:

1. Съёмные протезы из нейлона запрещается чистить любыми видами щёток (на нем могут

образовываться царапины), рекомендуется только тщательно промывать водой, температура которой не должна превышать 40 градусов.

2. Если есть возможность, после приема пищи протез необходимо промыть водой, чтобы удалить любые остатки пищи.

3. Загрязнения на протезе могут быть удалены при помощи ультразвукового очистителя (один из самых эффективных методов очистки).

4. Очистка зубного протеза будет более эффективна при использовании чистящих средств, таких как «Flexi-Nylon Clean» или «Val-Clean», которые

позволяют быстро и эффективно удалять приобретенные в процессе эксплуатации загрязнения и запах.

5. Протезы из «Valplast» и «Flexite» рекомендуется хранить в воде, а протезы из «Flexi-Nylon» - в сухом месте.