

УДК 616-071+616.31+613.95+574.2

Октисюк Ю.В., Рожко М.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ БІОФІЗИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА КАРІЄС ЗУБІВ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ КЛІМАТО-ГЕОГРАФІЧНИХ ЗОНАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Івано-Франківський національний медичний університет

У статті наведені результати вивчення біофізичних параметрів ротової рідини 12 річних дітей із різним ступенем активності каріозного процесу, що проживають в рівнинній передгірській та гірській клімато-географічних зонах Івано-Франківської області. Встановлено, що швидкість салівації була максимальною в карієсрезистентних осіб та становила $(0,47 \pm 0,02)$ мл/хв. у рівнинній, $(0,48 \pm 0,03)$ мл/хв. у передгірській та $(0,46 \pm 0,03)$ мл/хв. – у гірській зонах, що відповідало нормальному рівню секреції. У дітей із декомпенсованим ступенем перебігу карієсу спостерігалось достовірне зниження величини даного показника в середньому в 1,7 раза у порівнянні з здоровими ($p < 0,05$). Мінімальні показники біофізичного тесту карієсогенності ротової рідини фіксувалися в дітей із декомпенсованою формою карієсу зубів та були на 19% нижчими відносно даних дітей з інтактними зубними рядами ($p < 0,05$). Достовірних відмінностей між показниками швидкості салівації та змочувальної здатності ротової рідини у дітей різних клімато-географічних зон не встановлено.

Ключові слова: діти, ротова рідина, карієс зубів, клімато-географічні зони.

Робота є самостійним фрагментом науково-дослідної роботи кафедри дитячої стоматології ІФНМУ «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», № державної реєстрації 0108U010993.

Вступ

Ключова роль у підтриманні гомеостазу органів ротової порожнини відводиться ротовій рідині. Виконуючи мінералізуючу, захисну, очисну функції, слина створює оптимальне середовище для функціонування твердих тканин зубів [1]. Велике прогностичне значення у виникненні каріозних уражень відводиться швидкості слиновиділення. При гіперсалівації знижуються буферні властивості слини за рахунок зменшення концентрації іонів HCO_3^- зменшується концентрація кальцію і фосфатів, що веде до зниження рН та збільшення кількості лактобактерій [4, 5]. У дітей з гіпосалівацією зростає швидкість демінералізації поверхні зуба. Механізм цього процесу полягає в порушенні очищення ротової порожнини, створення умов для збільшення числа карієсогенної мікрофлори в зубному нальоті й утворенні органічних кислот [9]. Вивчення біофізичних параметрів ротової рідини у дітей є важливою складовою у донозологічній діагностиці даного захворювання.

Мета дослідження

Мета дослідження - вивчити швидкість слиновиділення, змочувальну здатність та кислотність ротової рідини у дітей хворих на карієс зубів, що проживають у різних клімато-географічних зонах Івано-Франківської області.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено стоматологічне обстеження 188 дітей віком 12 років хворих на карієс зубів, без загальносоматичної патології, що проживали в різних клімато-географічних зонах. Із них 69 школярів мешкали у рівнинній, 66 – у передгірській та 53 – у гірській зонах Івано-Франківської області. Контрольну групу складало 46 дітей цього ж віку з інтактними зубними рядами. Визначення стоматологічного статусу дітей здійснювали за методикою ВООЗ [7]. Отримані ре-

зультати фіксувалися в спеціально розроблених картах обстеження. Оцінювали поширеність та інтенсивність карієсу зубів у відсотках, стан твердих тканин за допомогою індексу КПВ та його складових компонентів. Активність карієсу зубів визначали за методикою Т.Ф. Виноградової [2]. Забір ротової рідини у дітей здійснювали вранці натще, без стимуляції, шляхом її спльовування в мірні стерильні ємності протягом 5 хв. Швидкість салівації визначали за формулою:

$ШС = V/t$, де ШС – швидкість салівації, мл/хв., V – об'єм слини, мл, T – час забору слини, хв. Інтерпретацію отриманих результатів здійснювали наступним чином:

0,03–0,3 мл/хв. – гіпосекреція; 0,31–0,6 мл/хв. – нормальна секреція; більше 0,61 мл/хв. – гіперсекреція [6].

Визначення показників змочувальної здатності ротової рідини проводили за допомогою біофізичного тесту карієсогенності слини (БФТКС) за методикою А.І. Мельника (1991). Тест проводили наступним чином: на індикаторній смужці попередньо на відстані 1 мм від її вільного краю наносили відмітку. Після цього стрічку індикаторного паперу у вертикальному положенні занурювали в свіжозібрану ротову рідину до відмітки, а через 2 хв. відмічали висоту підйому лінії змочування та колір змоченої частини смужки. Для роботи використовували індикаторний папір фірми НПО «Біохімреактив».

Вимірювання рН ротової рідини додатково проводили за допомогою тест-смужок "Решапон 4-9" виробництва "Macherey Nagel" із кроком виміру 0,5. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою персонального комп'ютера та прикладних програм "Microsoft Excel" і "Statistica 6". Результати представлені у вигляді середнього арифметичного (M) та його похибки (m). Достовірність різниці між групами обчислена за критерієм Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз результатів досліджень свідчить, що частка дітей із компенсованим ступенем активності карієсу була домінуючою у рівнинній та пе-

редгірській зонах та складала 33,33% і 42,42% відповідно. У гірській зоні відсоток дітей із субкомпенсованою формою каріозного процесу виявився найбільшим та становив 38,1%. (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених дітей за ступенем активності карієсу зубів і місцем проживання, абс./%

Ступінь активності карієсу	Рівнинна зона		Передгірська зона		Гірська зона	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	35	33,33	28	42,42	21	33,33
II	24	22,86	22	33,33	24	38,10
III	10	9,52	10	15,15	14	22,22
Здорові	36	34,29	6	9,09	4	6,35
Разом	105	100	66	100	63	100

Згідно з отриманими результатами дослідження середні значення показників ШС у групі дітей із рівнинної та передгірської зон склали (0,39±0,01) мл/хв., у дітей гірської зони – (0,38±0,01) мл/хв. та достовірно не відрізнялися

між собою (p>0,05) (табл. 2).

Аналіз даних ШС свідчить про зменшення величини даного показника зі зростанням ступеня активності каріозного процесу в дітей усіх клімато-географічних зон.

Таблиця 2

Швидкість саливації в обстежених дітей із різним ступенем активності карієсу зубів, мл/хв

Ступінь активності карієсу зубів	Рівнинна зона	Передгірська зона	Гірська зона
Здорові	0,47±0,02	0,48±0,03	0,46±0,03
I	0,44±0,03	0,45±0,02	0,43±0,03
II	0,38±0,02*	0,36±0,02*	0,37±0,02*
III	0,28±0,02*	0,27±0,02*	0,25±0,03*
Середнє	0,39±0,01	0,39±0,01	0,38±0,01

Примітка: * - різниця між показниками дітей із різним ступенем активності карієсу та здоровими вірогідна (p<0,05).

Найвищі значення швидкості секреції ротової рідини були зафіксовані в групах здорових дітей і становили (0,47±0,02) мл/хв. у школярів рівнинної, (0,48±0,03) мл/хв. – передгірської та (0,46±0,01) мл/хв. – у дітей гірської зони. У дітей із декомпенсованим ступенем перебігу карієсу ШС була достовірно нижчою (p<0,05) у порівнянні з дітьми вільними від карієсу зубів і складала в рівнинній зоні (0,28±0,01) мл/хв., у передгірській – (0,27±0,02) мл/хв., у гірській зоні – (0,25±0,01) мл/хв., що відповідало рівню гіпосаливації. Наявність зворотного кореляційного зв'язку між ШС та інтенсивністю каріозного ура-

ження простежується також у роботах інших науковців [5, 10].

Реологічні властивості ротової рідини оцінювали також за показником змочувальної здатності величина якого є обернено пропорційною до рівня в'язкості. Аналіз результатів дослідження свідчить, що змочувальна здатність ротової рідини дітей, що проживають у рівнинній зоні становить у середньому (14,26±0,37) мм/2 хв. та є вищою за аналогічні показники дітей гірської – (13,94±0,51) мм/2 хв. та передгірської зони – (13,55±0,56) мм/2 хв., проте ця різниця виявилася не достовірною (p>0,05) (рис. 1).

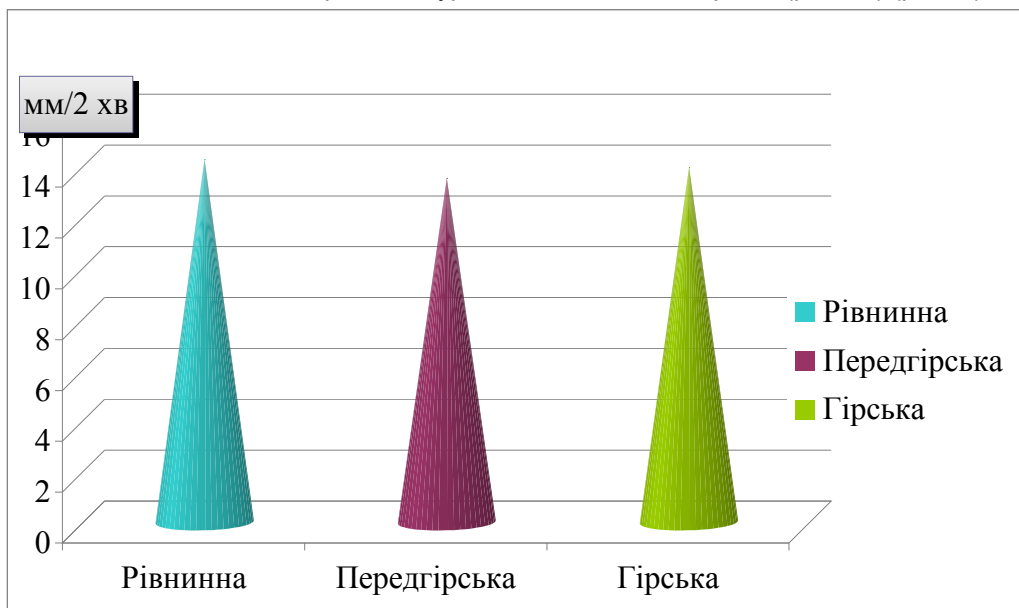


Рис. 1. Змочувальна здатність ротової рідини дітей різних клімато- географічних зон.

Зіставлення показників змочувальної здатності ротової рідини в дітей із різною активністю карієсу демонструє достовірне ($p < 0,05$) збільшення показників в'язкості ротової рідини в дітей зі зростанням ступеня активності карієсу зубів (табл. 3). Як свідчать наведені дані, змочувальна здатність ротової рідини в дітей рівнинної зони з декомпенсованою формою каріозного процесу становила ($12,88 \pm 0,69$) мм/2 хв. та була на

18,64 % нижчою, ніж у дітей цієї ж зони з інтактними зубами – ($15,83 \pm 0,27$) мм/2 хв. ($p < 0,05$).

Найнижчі показники змочувальної здатності ротової рідини серед обстежених дітей були зафіксовані в дітей передгірської зони з високим ступенем активності карієсу та складала ($12,13 \pm 0,93$) мм/2 хв., що в 1,3 раза нижче від аналогічних даних у здорових дітей ($15,24 \pm 0,44$) мм/2 хв. ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Змочувальна здатність ротової рідини в обстежених дітей із різним ступенем активності карієсу зубів (мм/2 хв.)

Ступінь активності карієсу зубів	Рівнинна зона	Передгірська зона	Гірська зона
I	$15,43 \pm 0,53$	$14,09 \pm 0,62$	$14,83 \pm 0,74$
II	$13,29 \pm 0,35^*$	$12,75 \pm 0,67$	$13,30 \pm 0,83$
III	$12,88 \pm 0,69^*$	$12,13 \pm 0,93^*$	$12,50 \pm 0,87^*$
Здорові	$15,83 \pm 0,27$	$15,24 \pm 0,44$	$15,35 \pm 0,63$

Примітка: * - різниця між показниками дітей із різним ступенем активності карієсу та здоровими вірогідна ($p < 0,05$).

Змочувальна здатність ротової рідини в здорових дітей гірської зони становила ($15,35 \pm 0,63$) мм/2 хв. та була на 18,57% вищою за показники дітей із декомпенсованим ступенем перебігу каріозного процесу, що складала ($12,50 \pm 0,87$) мм/2 хв. ($p < 0,05$). Отримані результати дослідження, щодо зростання в'язкості ротової рідини з ростом каріозного процесу, збігаються з літературними даними [3, 8].

Важливу роль у процесах де- та ремінералізації твердих тканин належить рН ротової рідини, що визначає ступінь пересичення останньої іонами кальцію та фосфору. Аналіз результатів дослідження свідчить, що кислотність ротової рідини школярів, що проживають у рівнинній зоні в середньому складала ($6,93 \pm 0,05$) та була достовірно вищою за аналогічний показник дітей

передгірської зони зі значенням ($6,79 \pm 0,03$) та гірської зони – ($6,77 \pm 0,04$) ($p < 0,05$) (табл. 4).

Дослідження виявило наявність достовірного зміщення реакції ротової рідини дітей у кислую сторону зі зростанням ступеня активності карієсу зубів. Найменше значення рН ротової рідини було виявлено в групі дітей із декомпенсованою формою каріозного процесу і становило в рівнинній зоні ($6,52 \pm 0,07$), у передгірській – ($6,55 \pm 0,09$) та в гірській – ($6,53 \pm 0,03$). У школярів рівнинної зони, вільних від карієсу зубів, значення рН-метрії становило ($7,09 \pm 0,08$), передгірської – ($7,01 \pm 0,06$) та гірської – ($7,05 \pm 0,09$), що відповідно на 8,04 %, 6,27 % та 7,38 % вище показників дітей із декомпенсованим перебігом карієсу зубів ($p < 0,05$).

Таблиця 4

рН ротової рідини в обстежених дітей із різним ступенем активності карієсу зубів ($M \pm m$)

Ступінь активності карієсу зубів	Рівнинна зона	Передгірська зона	Гірська зона
I	$7,06 \pm 0,09$	$6,87 \pm 0,05$	$6,98 \pm 0,09$
II	$6,75 \pm 0,07^*$	$6,75 \pm 0,09^*$	$6,6 \pm 0,05^*$
III	$6,52 \pm 0,07^*$	$6,55 \pm 0,09^*$	$6,53 \pm 0,03^*$
Здорові	$7,09 \pm 0,08$	$7,01 \pm 0,06$	$7,05 \pm 0,09$
Середнє	$6,93 \pm 0,04$	$6,79 \pm 0,03^*$	$6,77 \pm 0,04^{\Delta}$

Примітка: 1. * - різниця між показниками дітей із різним ступенем активності карієсу та здоровими в межах зони вірогідна ($p < 0,05$).

2. ° - різниця між середніми показниками рівнинної і передгірської зон вірогідна ($p < 0,05$).

3. Δ - різниця між середніми показниками рівнинної і гірської зон вірогідна ($p < 0,05$).

Висновки

1. Аналіз результатів вивчення реологічних властивостей ротової рідини дітей свідчить про відсутність достовірної різниці між ШС дітей різних клімато-географічних зон. Натомість, величина даного параметру в дітей із декомпенсованим перебігом карієсу у порівнянні зі здоровими була в 1,7 разу нижчою ($p < 0,05$).

2. Рівень змочувальної здатності ротової рідини школярів усіх клімато-географічних зон із високим ступенем ураження карієсом зубів був у середньому на 20% нижчим, ніж у дітей групи контролю ($p < 0,05$).

3. Найбільш істотне зміщення рН ротової рідини в кислую сторону було виявлено в дітей гірської місцевості, в яких середнє значення цього

показника становило ($6,77 \pm 0,05$) і було достовірно нижчим по відношенню до дітей рівнинної зони, в яких концентрація водневих іонів складала ($6,93 \pm 0,04$).

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати дослідження будуть використані для визначення прогностичних критеріїв для донозологічної діагностики каріозного процесу у дітей з метою оптимального вибору профілактичних заходів.

Література

1. Боровский Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. – М. : Медицина, 1991. – 304 с.
2. Иванов В. С. Карта стоматологического обследования ребенка для эпидемиологических исследований / В. С. Иванов, О. В. Денга, Л. А. Хоменко // Вісник стоматології. – 2002. – № 4. – С. 53 – 66.

3. Иощенко Е. С. Прогнозирование и индивидуальная профилактика кариеса зубов у детей / Е. С. Иощенко, Е. С. Бимбас, С. Н. Козлова // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 5. – С. 42–46.
4. Кіндрат Г. В. Патогенетичні механізми каріозної хвороби у дітей / Г. В. Кіндрат // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 3. – С. 122–124.
5. Кравченко Л. С. Изменение саливации и свойств ротовой жидкости у детей при кариесе зубов / Л. С. Кравченко, А. А. Бас, Н. А. Ивченко // Одеський медичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 47–49.
6. Носков В. Б. Слюна в клинической лабораторной диагностике (обзор литературы) / В. Б. Носков // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. – № 6. – С. 14–17.
7. Стоматологическое обследование. Основные методы. – 4-е изд. – ВОЗ. – Женева, 1997. – 76 с.
8. Hurlbutt M. Dental Caries: A pH-mediated disease / M. Hurlbutt, B. Novy, D. Young // California Dent. Hyg. Assoc. J. – 2010. – Vol. 25, № 1. – P. 9–15.
9. Manna A. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children A cross sectional study / A. Manna, A. Carlen, P. Lingstrom // J. Dent. Sci. – 2013. – № 8. – P. 101–108.
10. Salivary characteristics and dental caries: Evidence from general dental practices / J. Cunha-Cruz, J. Scott, M. Rothen [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. – 2013. – Vol. 144. – P. 31–40.
2. Ivanov V. S. Karta stomatologicheskogo obsledovaniya rebenka dlja jepidemiologicheskikh issledovanij / V. S. Ivanov, O. V. Den'ga, L. A. Homenko // Visnik stomatologii. – 2002. – № 4. – S. 53–66.
3. Ioshhenko E. S. Prognozirovanie i individual'naja profilaktika kariesa zubov u detej / E. S. Ioshhenko, E. S. Bimbasa, S. N. Kozlova // Problemy stomatologii. – 2010. – № 5. – S. 42–46.
4. Kindrat G. V. Patogenetichni mehanizmi karioznoi hvorobi u ditej / G. V. Kindrat // Galic'kij likars'kij visnik. – 2011. – T. 18, № 3. – S. 122–124.
5. Kravchenko L. S. Izmenenie salivacii i svojstv rotovoj zhidkosti u detej pri kariese zubov / L. S. Kravchenko, A. A. Bas, N. A. Ivchenko // Odes'kij medichnij zhurnal. – 2007. – № 1. – S. 47–49.
6. Noskov V. B. Sljuna v klinicheskoy laboratornoj diagnostike (obzor literatury) / V. B. Noskov // Klinicheskaja laboratornaja diagnostika. – 2008. – № 6. – S. 14–17.
7. Stomatologicheskoe obsledovanie. Osnovnye metody. – 4-e izd. – VOZ. – Zheneva, 1997. – 76 s.
8. Hurlbutt M. Dental Caries: A pH-mediated disease / M. Hurlbutt, B. Novy, D. Young // California Dent. Hyg. Assoc. J. – 2010. – Vol. 25, № 1. – P. 9–15.
9. Manna A. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children A cross sectional study / A. Manna, A. Carlen, P. Lingstrom // J. Dent. Sci. – 2013. – № 8. – P. 101–108.
10. Salivary characteristics and dental caries: Evidence from general dental practices / J. Cunha-Cruz, J. Scott, M. Rothen [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. – 2013. – Vol. 144. – P. 31–40.

References

1. Borovskij E.V. Biologija polosti rta / E.V. Borovskij, V.K. Leont'ev. – M.: Medicina, 1991. – 304 s.

Реферат

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОФИЗИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ КАРИЕСОМ ЗУБОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Октисюк Ю.В., Рожко Н.М.

Ключевые слова: дети, ротовая жидкость, кариес зубов, климато-географические зоны.

В статье приведены результаты изучения биофизических параметров ротовой жидкости 12 летних детей с различной степенью активности кариозного процесса, проживающих в равнинной предгорной и горной климато-географических зонах Ивано-Франковской области. Установлено, что скорость слюноотделения была максимальной в кариесрезистентных детей и составила (0,47±0,02) мл / мин. в равнинной, (0,48±0,03) мл / мин. в предгорной и (0,46 ± 0,03) мл / мин. - в горной зонах, что соответствовало нормальному урону секреции. У детей с декомпенсированным течением кариеса наблюдалось достоверное снижение величины данного показателя в среднем в 1,7 раза по сравнению со здоровыми (p<0,05). Минимальные показатели биофизического теста кариесогенности ротовой жидкости фиксировались у детей с декомпенсированной формой кариеса зубов и были на 19% ниже относительно данных детей с интактными зубными рядами (p<0,05). Достоверных различий между показателями скорости слюноотделения и смачивающей способности ротовой жидкости у детей разных климато-географических зон не установлено.

Summary

STUDY OF BIOPHYSICAL INDICATORS OF SALIVA IN CHILDREN WITH DENTAL CARIES WHO ARE RESIDENTS OF DIFFERENT CLIMATE GEOGRAPHICAL ZONES OF IVANO-FRANKIVSK REGION

Oktysiuk Yu.V., Rozhko M.M.

Key words: children, saliva, dental caries, climatic and geographical zones.

Oral fluid plays a key role in maintenance of oral homeostasis. By performing mineralizing, protective, cleansing functions saliva creates an optimum environment for functioning of hard dental teeth. A study of biophysical parameters of oral fluid in children is an important constituent in prenosological diagnostics of this disease.

The purpose of research is to study salivation rate, and acidity of oral fluid in children with dental caries who live in different climatic and geographical zones of Ivano-Frankivsk region.

Dental examination involved 188 children aged 12 who had dental caries but no general pathology and lived in different climatic and geographical zones, 69 schoolchildren lived in the flat area, 66 in the piedmont area and 53 in the mountainous area of the Ivano-Frankivsk region. A control group was made up of 46 children of the same age with intact dentitions. We calculated the percentage of the prevalence and intensity of dental caries, and assessed the state of the hard tissues by the index DMF and its components. Caries activity was determined by T.F. Vynogradova's method. Oral liquid sampling was taking in the morning on an empty stomach, without stimulation, by spitting into the measured sterile containers for 5 minutes. Indicators of oral fluid wettability were defined using the biophysical test of saliva cariogenicity with A.I. Miller's method (1991).

Analysis of findings obtained indicated the proportion of children with the compensated degree of caries activity prevailed in the children residing in flat and piedmont areas, and was 33,33% and 42,42% respectively. In the mountainous area the percentage of children with subcompensated caries was the high and reached 38,1%.

Mean values of salivation rate indices in the children from the flat and the piedmont areas were (0,39±0,01) ml/min., and in the children from the mountainous area those were (0,38±0,01) ml/min, but not significantly different among themselves ($p>0,05$).

The analysis of data of salivation rate testifies a decrease in value of this index with increasing degree of caries intensity in the children of all climatic and geographical zones.

Rheological properties of oral fluid were estimated also after the index of wettability, value of which was inversely proportional to the level of viscosity. Analysis of research findings shows that wettability of oral fluid in children living in flat areas makes up an average (14,26±0,37) mm/2 min. and it is higher than the indices of children from the mountainous areas, (13,94±0,51) mm/2 min., but in the piedmont area it is (13,55±0,56) mm/2 min., but this difference was not reliable ($p>0,05$).

Comparison of wettability indices of oral fluid in children with different caries activity demonstrates the reliable ($p<0,05$) increase of indices of oral fluid viscosity in children with increasing degree of activity of dental caries.

An important role in the de- and remineralisation of hard dental tissues belongs to pH of oral fluid that determines the degree of its enrichment with the ions of calcium and phosphorus. Analysis of research results points out that oral fluid acidity of schoolchildren living in the flat country is (6,93±0,05) and is authentically higher than the same index of children of the piedmont area with the value (6,79±0,03) and the mountainous area – (6,77±0,04) ($p<0,05$).

The research found out the presence of reliable shift of reaction in oral fluid towards the acid side with increasing degree of activity of dental caries. The lowest pH value of oral fluid was found in the group of children with decompensated caries and was registered in the residents of flat area (6,52±0,07), in the piedmont area – (6,55±0,09) and in the mountainous country – (6,53±0,03).

For the schoolchildren from the flat country, free of dental caries, measuring pH-value was (7,09±0,08), from the piedmont area – (7,01±0,06) and from the mountainous country – (7,05±0,09), that accordingly 8,04 %, 6,27 % and 7,38 % higher than indexes of children with decompensated course of dental caries ($p<0,05$).

УДК 616*314+616*311*2+616*716]-004:616*314-88

Петрушанко А.М.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЕННЯМ ТА РЕЦЕСІЄЮ ЯСЕН НА ТЛІ ОРТОПЕДИЧНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ПІД ДІЄЮ РОЗРОБЛЕНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

У статті автором наведена динаміка показників місцевого імунітету порожнини рота у пацієнтів із запаленням та рецесією ясен на тлі ортопедичного протезування під дією розроблених методів лікування. На підставі проведених досліджень автором виявленої стимулюючий вплив проведених лікувально-профілактичних заходів на природну антимікробну систему захисту порожнини рота як у пацієнтів основних груп спостереження, так і в групах порівняння. Подібне явище слід розглядати як позитивний процес, що сприяє підвищенню резистентності в порожнині рота під час та після ортопедичного протезування дефектів зубних рядів незалежно від виду незнімних конструкцій.

Ключові слова: динаміка показників локального імунітету, ротова рідина, лізоцим, мукозальний гель, запалення тканин пародонту.

Дана робота є фрагментом НДР «Підвищення ефективності ортопедичного і ортодонтчного лікування хворих з дефектами зубів, зубних рядів, аномаліями та деформаціями зубощелепного апарату», № державної реєстрації 010U011147.

Вступ

Проблема лікування запальних і запально-деструктивних уражень пародонту, незважаючи на значну кількість запропонованих методів лікування, продовжує зберігати свою актуальність [2, 4, 14]. Велика кількість існуючих методів лікування запалення й рецесії ясен свідчить про труднощі лікування цієї патології та недосягнення повного позитивного результату лікування, особливо при довготривалих хронічних формах захворювання [5, 16].

Метою ж лікування є відновлення або збереження функції жування, норм естетики, попередження незворотніх порушень в зубощелепній системі, усунення негативного впливу патологіч-

ного процесу в тканинах пародонту на організм людини в цілому [11]. Ідеальним результатом лікування вважається «нерухомі зуби» та пародонт без явищ запалення. Ще одна важлива мета терапії ураженого пародонта - тривала підтримка досягнутого результату лікування, сприятливого стану пародонта. Цього можна досягти лише в результаті застосування комплексного лікування.

Множинна стійкість патогенних організмів до ліків, засобів стерилізації, дезінфекції, асептики змушує шукати нові принципи боротьби з інфекційними чинниками. Одним із шляхів вирішення означеної проблеми є застосування лікарських засобів, до яких резистентність не розвивається взагалі [12].