

7- і 12-річного віку / І.В. Ковач, А.В. Вербицька, Є.Н. Дичко, І.Б. Зебзеєва // Медичні перспективи. – 2008. – 13, № 4. – С. 137-140.

12. Сайфуллина Х.М. Каріес зубів у дітей і підлітків. – М.: МЕДпресс, 2000. – 96 с.

13. Смоляр Н.І. Вікові особливості ротової рідини у дітей дошкільного віку / Н.І. Смоляр, І.С. Дубецька-Грабоус // Вісник стоматології. – 2011. – №3. – С.73-74.

Назарук Р.М.

Особенности микрокристаллизации смешанной слюны у детей, проживающих в разных регионах Прикарпатья

Кафедра стоматологии факультета последипломного образования (зав.каф. – проф. Рожко Н.М.)

Ивано-Франковского национального медицинского университета

Резюме. Статья посвящена изучению особенностей микрокристаллизации (МКС) и минерализующего потенциала (МПС) смешанной слюны у детей, проживающих на территориях с различным содержанием тяжелых металлов (ТМ) в объектах окружающей среды. Исследование микрокристаллизации ротовой жидкости проведены в 150 детей двух возрастных групп (6 и 12 лет) Ивано-Франковской области. Сравнительный анализ структурообразования в смешанной слюне детей Прикарпатья позволил установить особенности в зависимости от территории проживания. Кристаллографическая картина в слюне школьников с экологически чистых регионов характеризовалась преобладанием кристаллов II типа (44±7,02%). В ротовой жидкости детей, проживающих на территориях с повышенным содержанием ТМ в объектах окружающей среды, чаще встречался III тип кристаллообразования (46±7,05%). МПС у школьников из региона с повышенным содержанием ТМ был достоверно меньше, чем у жителей областного центра и экологически чистых регионов соответственно на 21,40% и 18,75%. В возрастном аспекте выявлен рост МПС ротовой жидкости у детей с областного центра на 15,50%, из экологически чистых регионов - на 17,80%, из экологически неблагоприятных регионов - на 4,27%. Изменения структурообразования сопровождалось снижением МПС у детей из региона с повы-

шенным содержанием ТМ в объектах окружающей среды, что способствовало нарушению гомеостаза эмали зубов и возникновению кариесогенной ситуации.

Ключевые слова: дети, слюна, кристаллообразование, тяжелые металлы.

R.M. Nazaruk

The Peculiarities of the Microcrystallization in Mixed Saliva of Children Living in Different Regions of Prykarpattia

Department of Dentistry, FPDE (Head of the Department – Prof. M.M. Rozhko)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk

Summary: The article is dedicated to the study of the peculiarities of the mixed saliva microcrystallization (MCS) and mineralization potential (MPS) in the children living in the areas with the varying contents of heavy metals (HM) in the environmental objects. The study of the oral fluid microcrystallization was conducted involving 150 children of two age groups (6 and 12 years) of the Ivano-Frankivsk oblast. The comparative analysis of structural formation of children's mixed saliva in Prykarpattia allowed the determining of the features depending on the area of residence. The crystallographic picture in saliva of school children from ecologically clean regions was characterized by predominance of the second type of crystals (44±7.02%). In oral fluid of the children, who lived in the areas with the high content of HM in the environmental objects, the third type of crystal formation was found more often (46±7.05%). MPS of school children from the region with the high content of HM was lower than that of the inhabitants of the oblast center and the ecologically clean regions by 21.40% and 18.75% respectively. With regard to age, there was found MPS increase in the oral fluid of the children from the oblast centre by 15.50%, in children from the ecologically clean regions – by 17.80% and in children from the ecologically unfavorable regions – by 4.27%. Changes of the structure were accompanied by MPS decrease in children from the region with the high content of HM that led to the disturbances of the teeth enamel homeostasis and appearing of caries.

Keywords: children, saliva, crystal formation, heavy metals.

Надійшла 25.11.2013 року.

УДК:616-08+616.379-008.64+617.735+615.322

Панько О.М.

Ефективність лікування хворих з діабетичною непроліферативною ретинопатією із застосуванням Окювайт лютеїну за даними фізіологічних досліджень

Кафедра нейрохірургії та офтальмології (зав. каф. - проф. Потапов О.І.)

ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”

Резюме. У статті представлені результати застосування Окювайт лютеїну в комплексному лікуванні хворих з непроліферативною стадією діабетичної ретинопатії. Показано, що препарат сприяє більш вираженому терапевтичному ефекту, ніж базове лікування, в тому числі в цій групі відзначено підвищення гостроти зору з 0,7 до 0,79 (на 12,8%), розширення меж сумарного поля зору на білий об'єкт з 434° до 471° (на 8,5%); на зелений об'єкт – з 38° до 46° (на 20,08%); на червоний об'єкт – з 61° до 72° (на 17,9%), а також зниження меж електричної чутливості на 12,7% та підвищення критичної частоти злиття мерехкотін на 15,2%. Опіраючись на відомі дані про безпеку і ефективність Окювайт лютеїну в якості препарату для стабілізації та покращення зорових функцій при діабетичній ретинопатії, доцільно досліджувати можливість його використання як засобу для попередження різних патологічних змін сітківки у людей віком від 40 років.

Ключові слова: діабетична ретинопатія, лікування, Окювайт лютеїн, фізіологічне дослідження.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Діабетична ретинопатія (ДР) є важким ускладненням цукрового діабету (ЦД) і в більшості випадків призводить до різкого погіршення чи втрати зору та інвалідності [9]. Існу-

ючі медикаментозні середники для лікування таких змін не завжди ефективні. Підвищення ефективності лікування хворих з діабетичною ретинопатією є тим напрямком сучасної офтальмологічної науки і практики, який спроможний суттєво вплинути на структуру інвалідності по зору серед осіб працездатного віку.

Актуальність і соціальне значення цієї патології вимагає пошуку нових методів комплексного лікування з розширенням використання лікарських засобів, які впливають на патогенетичні ланки виникнення ДР [8, 15, 16].

Пріоритетним напрямком в консервативному лікуванні ДР є корекція метаболічних порушень, в першу чергу окислювального стресу, та компенсація порушень [7].

Саме тому одним з основних сучасних підходів до лікування ДР є призначення антиоксидантів, в тому числі, вітамінів А, С, Е, ліпоєвої кислоти [4, 14]. Серед каротиноїдів тільки лютеїн і зеаксантин мають здатність проникати в тканини ока і ефективно їх захищати, основними механізмами яких являється поглинаюча, екрануюча та антиоксидантна функції [3]. При ДР обмінні процеси в сітківці порушуються, що приводить до зниження концентрації пігменту

і загибелі світлочутливих клітин [12].

Препарат окувайт лютеїн представляє комбінацію незамінних каротиноїдів (лютеїн, зеаксантин), мікроелементів (цинк, селен) і вітамінів-антиоксидантів (С і Е) для захисту сітківки. Каротиноїдні пігменти лютеїн і зеаксантин, які містяться більшою мірою в жовтій плямі, мають сильну протекторну дію, а також сприяють виведенню вільних радикалів і продуктів метаболізму з сітківки [1, 10].

Метою цієї роботи було вивчення ефективності комплексного лікування хворих з ДР із застосуванням Окувайт лютеїну за даними фізіологічних досліджень.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження виконано на базі відділення мікрохірургії ока та ендокринологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні.

Для дослідження відібрали хворих з діабетичною ангіопатією та непроліферативною стадією ДР.

Нами спостерігалось 73 хворих (146 очей), з них - 45 чоловік і 28 жінок. Обстеження проводили під час лікування хворих в ендокринологічному відділенні та через 2 місяці після застосування препарату Окувайт лютеїну.

Хворі були розподілені на 3 групи, беручи до уваги характер змін на сітківці та використане лікування:

- I група (порівняльна) – 10 чоловік (20 очей) – пацієнти з діабетичною ангіопатією без змін на сітківці і без значного погіршення зорових функцій.

- II група (основна) – 25 чоловік (50 очей) пацієнти з ДР (непроліферативною стадією), які приймали комплексне загальноприйняте лікування: адекватну інсулінотерапію, внутрішньом'язеві ін'єкції мільгами, тіагіазоліну, АТФ, еспа-ліпону, актовегіну.

- III група (основна) – 28 чоловік (56 очей) пацієнти з непроліферативною ДР, в комплексне загальноприйняте лікування яких було включено препарат Окувайт лютеїн.

Окувайт лютеїн фірми Bausch&Lomb (Німеччина) призначали перорально по 1 таблетці 2 рази на день протягом 2 місяців.

В II і III основні групи ввійшли 53 хворих з непроліферативною ДР, при якій поряд з судинними змінами спостерігалися периферичні поодинокі точкові ексудативні вогнища (м'які та тверді), мікроаневризми та штрихоподібні і дрібноточкові крововиливи.

Клінічні обстеження склалися з анамнезу захворювання та об'єктивного обстеження пацієнтів: візометрія, периметрія на білий колір та кольори (зелений та червоний), кампіметрія, пряма та зворотня офтальмоскопія, фосфен-діагностика.

Візометрія проводилась за таблицями Сівцева-Головіна за стандартною методикою [2, 5].

Периметрію проводили за допомогою сферопериметра фірми "Carl Zeiss Iena" (НДР) з білою та кольоровими мітками розміром 3 мм [6].

Кампіметрію проводили за допомогою кампіметра.

Стан очного дна оцінювали за допомогою зворотної та прямої офтальмоскопії.

Показники фосфену – поріг електричної чутливості (ПЕЧ) та критична частота злиття мерехкотинь (КЧЗМ) визначали на електростимуляторі Фосфен КНСО1-88 [11, 13].

Статистичну обробку даних проводили з допомогою пакету статистичних програм Microsoft Excel. Достовірність відмінностей між двома порівнюваними значеннями оцінювалась за допомогою критерія t за Ст'юdentом. Різниця між сукупностями даних визнавалась достовірною при рівні статистичної значимості (p) менше за 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати спостережень за хворими з ДР у процесі лікування виявили покращення основних функцій органу зору. Підвищення гостроти зору відмічено як в групі, яка мала тільки базове лікування ($0,71 \pm 0,04$ до $0,74 \pm 0,04$, $p > 0,05$), так і в групі, пацієнти якої отримувала Окувайт лютеїн ($0,7 \pm 0,03$ до $0,79 \pm 0,03$, $p < 0,05$). У хворих порівняльної групи змін гостроти зору не спостерігалось ($0,88 \pm 0,04$ на момент огляду до $0,89 \pm 0,04$, $p > 0,05$ через 2 місяці).

Позитивна динаміка у хворих обох клінічних груп спостерігалась не тільки у вигляді підвищення гостроти зору, але і розширення меж сумарних полів зору на білий та кольорові об'єкти.

При ЦД відбувається звуження не тільки загальних меж поля зору на білий об'єкт, але звужуються межі полів зору на кольори (зелений та червоний), що вказує на зміни в парамакулярній ділянці. В результаті лікування сумарне поле зору розширилось більше у хворих, які отримували Окувайт лютеїн. Так, межі сумарного поля зору у хворих III групи розширились на 37° (з $434,48 \pm 5,77^\circ$ до $471,48 \pm 4,07^\circ$ після лікування ($p < 0,001$)). В II групі цей показник зріс з $441,64 \pm 5,67^\circ$ до $457,76 \pm 5,06^\circ$ (на 16°) ($p < 0,05$). В I (порівняльній) групі показник поля зору майже не змінився з часу першого огляду та через 2 місяці ($481,3 \pm 5,71^\circ$ до $488 \pm 6,59^\circ$, $p > 0,05$) і залишився дещо вищий від показників основних (II і III) груп ($p < 0,05$).

Визначення меж поля зору на зелений колір показало, що у групі хворих, які приймали лише традиційне лікування, приріст даного показника склав 7,58%. В III групі приріст склав 20,08%.

Динаміка змін меж поля зору у пацієнтів досліджуваних груп на червоний колір в результаті лікування спостерігалась у хворих обох груп, проте у хворих, яким до базового лікування був включений Окувайт лютеїн, результат лікування був кращий.

Так, у III групі приріст склав 17,93% ($p < 0,001$), тоді як в II групі - 7,61% ($p < 0,05$).

Дане обстеження свідчить про позитивний вплив препарату Окувайт лютеїну на розширення меж сумарного поля зору на білий та кольорові об'єкти (рис. 1).

Результати визначення розмірів сліпої плями за даними кампіметрії у хворих всіх досліджуваних груп не виявили достовірно значимих відмінностей в цих показниках на різних термінах спостереження - вони знаходилися в межах фізіологічної норми.

Отже, виходячи з вищевказаних даних, можна зробити висновок, що межі сумарного поля зору на білий об'єкт та полів зору на кольорові об'єкти (зелений та червоний) звужуються в зв'язку з розвитком патологічних змін в зоровому нерві. Проте, постійний контроль рівня глікемії, періодичне комплексне базове лікування та постійне вживання Окувайт лютеїну призводить до покращення функціонального стану органу зору, що забезпечує більш тривалий компенсаторний період у розвитку ДР.

При визначенні порогу електричної чутливості по фосфену (ПЕЧФ) та критичної частоти зникнення мерехтінь по фосфену (КЧЗМФ) були отримані результати, які подані в таблицях 1 і 2.

Вихідні дані порогу електричної чутливості у хворих з ангіопатією до лікування були нижчі ($48,75 \pm 1,15$ мкА), ніж

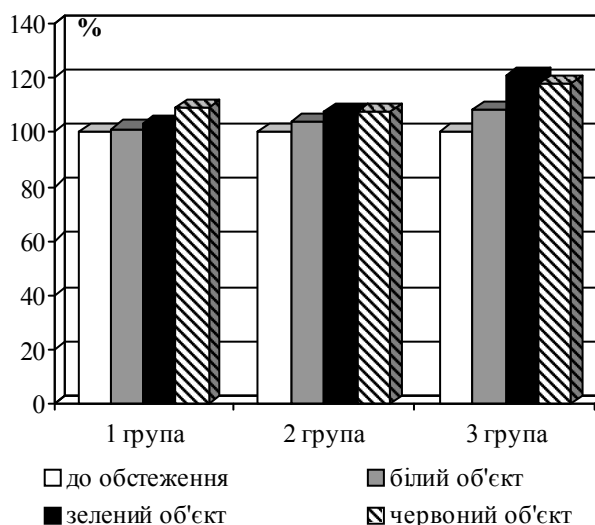


Рис.1 Зміна меж полів зору на об'єкти різного кольору у хворих різних клінічних груп (% по відношенню щодо даних до обстеження)

Таблиця 1. Поріг електричної чутливості по фосфену, мкА

Терміни дослідження	Досліджувані групи		
	Група порівняння – ангіопатія, n=20	НДР, комплексне лікування, n=50	НДР, комплексне лікування+окювайт лют., n=56
Первинний огляд	48,75±1,15	58,82±1,12	55,85±1,19
Огляд через 2 місяці	49±1,42 P>0,05	56,46±0,99 P>0,05	48,41±0,76 P<0,001

Примітка. Достовірність змін порогу електричної чутливості по фосфену після лікування відносно показників до лікування

в основних групах (58,82±1,12 - в II основній та 55,85±1,19 мкА - в основній III). Як видно з таблиці 1, показник ПЕЧФ у пацієнтів з ангіопатією практично не змінився (48,75±1,15 і 49±1,42 мкА). Показники покращувались у хворих обох основних груп через 2 місяці після лікування. Так, в III основній групі пацієнтів з НДР, які приймали Окювайт лютеїн, відмічалось суттєве зниження ПЕЧФ з 55,85±1,19 до 48,41±0,76 мкА (p<0,001), в той час як у основній II групі (НДР, комплексне лікування) достовірних змін ПЕЧФ не відзначалось – 58,82±1,12 і 56,46±0,99 мкА відповідно.

Отримані результати свідчать про покращення стану сітківки та її провідних шляхів у результаті комплексного лікування хворих з використанням препарату Окювайт лютеїн.

Визначення КЧЗМФ показало, що після проведеного лікування у пацієнтів основної III групи показник достовірно зріс на 15,24%, а у хворих основної II групи – на 11,11%. При цьому у пацієнтів групи порівняння показник практично не змінився, він збільшився лише на 2,7% через 2 місяці лікування.

Треба зауважити, що в обидвох групах показники знаходились в межах норми. Проте, найбільш виражене зниження ПЕЧФ і підвищення КЧЗМФ відмічено у хворих основної III групи, яким до загальноприйнятого лікування було включено Окювайт лютеїн.

Загалом, результати дослідження свідчать про більш значиме покращення функціонального стану органу зору у групі пацієнтів, які в комплексному лікуванні отримували Окювайт лютеїн. Це робить доцільним його використання з лікувальною та профілактичною метою у хворих з діабетичною ретинопатією.

Отже, опираючись на все вищесказане, можна зробити висновок, що у хворих з ЦД при відсутності виражених змін на очному дні відбувається погіршення функціонального стану, а саме: дещо знижується гострота зору, концентрично звужується сумарне поле зору на білий об'єкт, досить виражено змінюється поле зору на зелений та червоний кольори, змінюються показники ПЕЧФ та КЧЗМФ. Це свідчить про ранні, невидимі при звичайному огляді, зміни в структурах очного дна, які проявляють себе не клінічно, а при проведенні функціональних методів обстеження. Навіть, якщо кожне окремо взяте обстеження не є достатньо результативним, сума всіх обстежень дає більш чітке уявлення про ранні патологічні зміни в структурах ока і провідних шляхах. Тому, пацієнти, у яких діагностовано ЦД, повинні регулярно оглядатися і комплексно обстежуватися офтальмологом для виявлення ранніх змін в структурах ока і вчасної медикamentозної корекції цих порушень.

Висновки

Застосування Окювайт лютеїну в комплексному лікуванні хворих з непроліферативною стадією ДР сприяє більш вираженному терапевтичному ефекту в групі хворих, які приймали додатково Окювайт лютеїн, ніж у пацієнтів, які отримували лише базове лікування, а саме:

1. підвищенню гостроти зору з 0,7 до 0,79 (на 12,8%);
2. розширенню меж сумарного поля зору на білий об'єкт з 434є до 471є (на 8,5%); на зелений об'єкт – з 38є до 46є (на 20,08%); на червоний об'єкт – з 61є до 72є (на 17,9%);

Таблиця 2. Критична частота злиття мерехкотінь по фосфену, Гц

Терміни дослідження	Досліджувані групи		
	Група порівняння – ангіопатія, n=20	НДР, комплексне лікування, n=50	НДР, лікування окювайт лют., n=56
Первинний огляд	21,17±0,47	20,88±0,34	21,85±0,34
Огляд через 2 місяці	21,74±0,61 P>0,05	23,2±0,21 P<0,001	25,18±0,31 P<0,001

Примітка. Достовірність змін показників критичної частоти злиття мерехкотінь по фосфену після лікування відносно показників до лікування

3. зниженню порогу електричної чутливості на 12,7% та підвищенню критичної частоти злиття мерехкотінь на 15,2% порівнянно з відповідними даними у пацієнтів, які отримували тільки загальноприйняте комплексне лікування непроліферативної стадії ДР.

Перспективи подальших досліджень

Опираючись на отримані дані відносно безпеки і ефективності Окювайт лютеїну в якості препарату для стабілізації і покращення зорових функцій при ДР, доцільно досліджувати можливість його використання як засіб попередження різних патологічних станів сітківки у людей віком від 40 років.

Література

1. Білоус В. Й. Окювайт Компліт в лікуванні вікової макулярної дистрофії / В. Й Білоус: матеріали науково-практичної конференції офтальмологів з міжнародною участю „Філатовські читання”, присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка В.П. Філатова.- Одеса [23-24 травня 2013].- Одеса, 2003.-С. 118-119.
2. А.А.Бочкарева, Т.И.Ерошевский, А.П.Нестеров [и др.] / Глазные болезни / Бочкарева А.А.- 3 изд.- М.: Медицина, 1989.- 416 с.
3. Завгородняя Н.Г. Применение коротких каротиноидов для профилактики и лечения диабетической ретинопатии / Н.Г. Завгородняя, С.В. Михальчик: материалы научно-практической конференции офтальмологів з міжнародною участю „Філатовські читання”, присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка В.П. Філатова.- [Одеса, 23-24 травня 2013 р].- Одеса.- С. 275-276.
4. Ищенко И.А. Эффективность применения антиоксидантов в лечении диабетической ретинопатии / И.А.Ищенко Т.М.Миленькая / Русский медико-цинский журнал.- 2007.- №3.- С. 97-100.
5. Лучик В.І. Офтальмологічні маніпуляції./ В.І. Лучик Чернівці. “Мед-академія”, 2001.- 78 с.
6. Миткох Д.И. –Методы и приборы для исследования поля зрения/ Д.И. Миткох А.Д Носкова.- М.(Медицина)1975.- 184 с.
7. Недзвецкая О. В. Эффективность длительной антиоксидантной терапии в лечении диабетической ретинопатии / О. В Недзвецкая Н.Г.: материалы научно-практической конференции офтальмологів з міжнародною участю „Філатовські читання”, присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка В.П. Філатова.- [Одеса, 23-24 травня 2013].- Одеса,2013.-С. 277-278.
8. Нероев В.В., Опыт применения ретиналамина в лечении диабетической ретинопатии / В.В.Нероев, М.В.Рябина // Офтальмол. журн.- 2011.- №1.- С. 33-35.
9. Олейник Г.В. Течение диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом II типа, перенесших операцию по поводу катаракты / Г.В.Олейник // Офтальмол. журн.- 2009.- №4.- С. 22-26.
10. “Лютеин комплекс” в лечении дистрофии сетчатки / В.М. Пухов, Л.Г. Сеннова, А.В. Медведев [и др.] // Офтальмология.- 2006.- Т.3.- №4.- С. 76-78.
11. Пономарчук В.С.Метод и устройство для дифференциальной диагностики патологических состояний сетчатки / В.С.Пономарчук, В.А.Иванов, С.Фиафер // Офтальмол. журн.- 1990.- №8.- С. 451-455.
12. Саксонова Е.О. Лютеин и зеаксантин – основные компоненты антиоксидантной системы защиты глаза / Е.О.Саксонова / Русский медицинский журнал.- 2005.- Т.13.- №2.- С. 124-129.
13. Сидорова М.В. Діабетична ретинопатія: патогенез, клініка, лікування. / М.В. Сидорова К.:СМП “АВЕРС”, 2006.- 156 с.

14. Диабетическая ретинопатия. Современные направления лекарственной терапии / Ю.А.Трахтенберг, А.С.Аметов, Т.Ю.Демидова [и др.] // Офтальмология.- 2006.- Т.3.- №3.- С. 5-9.

15. Bormusov E. Diabetic cataract and antioxidants in the organ culture bovine lenses / E. Bormusov, A. Dovrat: матеріали науково-практичної конференції офтальмологів з міжнародною участю „Філатовські читання”, присвяченої 80-річчю тканинної терапії за методом академіка В.П. Філатова.- [Одеса, 24-25 травня 2012 р.] - Одеса, 2012.-С. 217-218.

16. Dodson P.M. Diabetic retinopathy: treatment and prevention / P.M. Dodson // Diab. Vasc. Dis. Res.- 2007.- Vol.4 №3:P.9-11.

Панько О.М

Эффективность лечения больных диабетической ретинопатией с использованием Окювайт лютеина по данным физиологических исследований

Резюме. В статье представлены результаты применения окювайт лютеина в комплексном лечении больных с непролиферативной стадией ДР. Было показано, что препарат способствует более выраженному терапевтическому эффекту чем базовое лечение, в том числе в этой группе отмечено повышение остроты зрения с 0,7 до 0,79 (на 12,8%), расширение границ суммарного поля зрения на белый объект с 434° до 471° (на 8,5%); на зеленый объект – с 38° до 46 (на 20,08%); на красный объект – с 61° до 72° (на 17,9%), а также снижение порога электрической чувствительности на 12,7% и повышение критической частоты слияния мельканий на 15,2%. Основываясь на полученных данных относительно безопасности и эффективности окювайт лютеина в качестве препарата для стабилизации и улучшения зрительных функций

при ДР, целесообразно исследовать возможность его использования как способ предупреждения различных патологических изменений сетчатки у людей старше 40 лет.

Ключевые слова: *диабетическая ретинопатия, лечение, Окювайт лютеин, физиологические исследования.*

О.М. Panko

The Treatment Efficacy of the Patients with Non-Proliferative Diabetic Retinopathy Using Ocuville Lutein According to the Data of Physiologic Examinations

Department of Neurosurgery and Ophthalmology (Head of the Department – O.I. Potapov)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk

Summary. The article presents the results of Ocuville Lutein use in the complex treatment of patients with non-proliferative stage of diabetic retinopathy. It was shown, that the medicine contributes to the more remarkable therapeutic effect than the basic treatment, that is, to visual acuity increase by 12.8%, to the total peripheral fields increase by 8.5% for white object, by 20.08% - for green object, by 17.9% - for red object, as well as to the decrease of electric sensitivity threshold by 12.7% and to the increase of critical flicker fusion rate by 15.2%. Basing upon the well-known safety and efficacy of Ocuville Lutein as a medication for the stabilization and improve of visual functions at DR, it is reasonable to conduct the study of its use for the prevention from different pathologic eye processes in people over 40 y.o. age.

Keywords: *diabetic retinopathy, treatment, Ocuville Lutein, physiologic examinations.*

Надійшла 23.09.2013 року.

УДК: 616-003.93+616.314.-089+616.314.17-008.1

Проць Г.Б., Рожко М.М., Пюрик В.П.

Сучасні аспекти хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит

Кафедра хірургічної стоматології (зав. каф. – проф. В.П.Пюрик) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Робота присвячена дослідженню особливостей використання кісткового заміщуючого матеріалу, збагаченого активним остеогенним компонентом, під час проведення клаптевих операцій при лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Подано результати остеоденситометричних досліджень та результати вивчення маркерів кісткового ремоделювання у 160 хворих, яким проводили хірургічні втручання. Встановлено, що хірургічні втручання на тканинах пародонту у 46% пацієнтів проводились на фоні зниженої щільності кісткової тканини. При плануванні хірургічного лікування у хворих на генералізований пародонтит доцільно досліджувати маркери кісткового ремоделювання для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини та для диференційованого призначення остеотропних препаратів, що буде сприяти позитивному перебігу післяопераційного періоду та профілактиці ускладнень. Результати свідчать, що проведення клаптевих операцій з поєднанням використання кісткового мозку і остеопластичного матеріалу активізує процеси регенерації кісткової тканини коміркового паростка і сполучнотканинного прикріплення, покращує результати хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит.

Ключові слова: *генералізований пародонтит, клаптева операція, маркери кісткового ремоделювання, остеотропна терапія.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Хірургічні методи лікування є невід'ємною частиною комплексного лікування генералізованого пародонтиту середнього та важкого ступеня. Оперативне лікування запальних захворювань пародонту є найбільш ефективним методом отримання стабільних позитивних результатів [1, 6, 8]. Воно дозволяє видалити глибоко розміщені зубні відкладення і грануляції, які недоступні при проведенні терапевтичного закритого кюретажу і дозволяє створити умови для віднов-

лення кісткової тканини і сполучнотканинного прикріплення [8].

Успіх пародонтальної хірургії в останні роки пов'язують не тільки з усуненням пародонтальних кишень, але й з використанням середників та методів, стимулюючих регенеративні процеси тканин пародонту [1,2]. Залишається недостатньо вирішеним питання низької остеогенної активності кістковозаміщуючих матеріалів, часті післяопераційні ускладнення, недостатні функціональні та естетичні результати лікування.

Однак, не дивлячись на різні модифікації, самі по собі хірургічні втручання на пародонті все ж таки не створюють достатніх умов для ліквідації патологічного процесу в кісткових структурах щелепових кісток, бо не враховується мінеральна щільність скелету та особливості метаболізму кісткової тканини у людей різного віку та статі. Зниження мінеральної щільності кісток може негативно впливати на стан тканин пародонту [8]. Для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини, діагностики метаболічних остеопатій, аналізу ефективності остеотропної терапії використовують метод ультразвукової денситометрії та досліджують біохімічні маркери ремоделювання [4,5,7]. Показники біохімічних маркерів більш динамічно відображають зміни метаболізму кісткової тканини і більш швидше реагують у порівнянні з денситометрією. Тому комплексне вивчення маркерів активності резорбції і процесів кісткоутворення у хворих на генералізований пародонтит дозволить розкрити особливості мінеральної щільності коміркових щелепових кісток і, в свою чергу, дасть можливість забезпечити довготривалу стабілізацію отриманих результатів шляхом призначення остеотропних препаратів.