

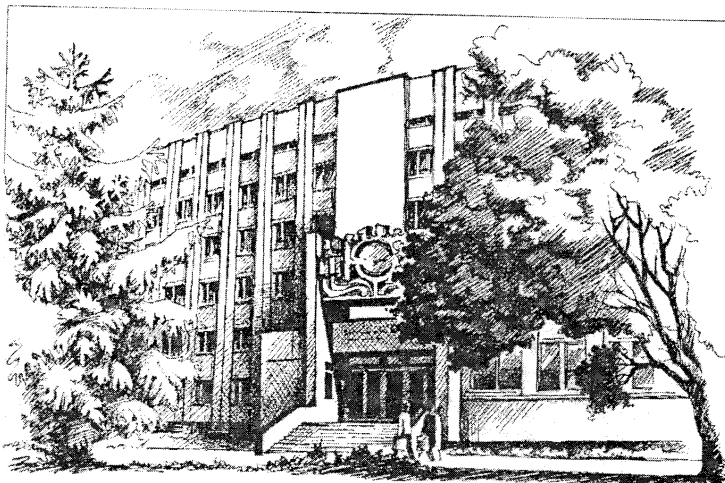
**Вісник  
Української медичної стоматологічної академії**

Том 7, Випуск 4 (20)

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
"Українська медична стоматологічна академія"



# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

Полтава 2007

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ:** Том 7, Випуск 4 (20) 2007  
**ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

**Зміст**

**СТОМАТОЛОГІЯ**

**- СТАТТІ -**

ВЛИЯНИЕ КАРИЕСА НА СТАБИЛЬНЫЕ СВОБОДНЫЕ РАДИКАЛЫ В ЭМАЛИ ЗУБОВ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННОГО ПАРАМАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА <i>Антощук Н.П., Брик А.Б., Розенфельд Л.Г., Клименко А.П., Щербина О.И.</i> .....	10
ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКЦИИ ПОКРЫВНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОГО ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ <i>Баля Г.Н.</i> .....	14
ТЕСТ «БОФСАЗ» ОЦІНКИ ЯКОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ І ПРОЦЕСІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ (КЛІНІКО-ТЕХНІЧНІ ПАРАМЕТРИ) <i>Беліков О.Б., Лугова Л.О., Єрис Л.Б., Семененко І.П.</i> .....	16
ТРОМБОЦИТОАКТИВНЫЕ, ПРОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПУЛЬПЫ В ИНТАКТНЫХ ЗУБАХ И ПРИ ЕЕ ВОСПАЛЕНИИ <i>Геранин С.И., Кайдашев И.П., Николишин А.К.</i> .....	18
АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА НІТРАТНОЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ <i>Годованець О.І.</i> .....	20
ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖУВАЛЬНОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ ТА ЗНИЖЕННЯМ ВИСОТИ ПРИКУСУ <i>Дворник В. М.</i> .....	24
ЗМІНИ СТАНУ ГІПЕРІ ПІРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ КОМПЛЕКСІВ <i>Каськова Л.Ф., Абрамова О.Е.</i> .....	27
ІНТЕНСИВНІСТЬ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КАРИЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКА, СПРИЧИНЕНОГО АНТИБІОТИКОТЕРАПІЄЮ <i>Каськова Л.Ф., Аджитова Г. О.</i> .....	30
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМПОЗИЦІЇ "ДЮСІНКОХІМ" <i>Ковальов Є.В., Назаренко З.Ю.</i> .....	32
ВІДНОВЛЕННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЧНОЮ СТЕРПІСТІЮ ЗУБІВ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>Козак Р.В.</i> .....	35
ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТИЧНИМИ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ <i>Лещева В.Г., Николишина Е.В., Струк В.І., Дорубець А.Д.</i> .....	38
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ <i>Мартыненко И.Н.</i> .....	40
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХРОНІЧНИЙ ПЕРІОДОНТИТ У МІЩАНЦІВ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ <i>Митченко О.В.</i> .....	42
АНАЛІЗ ПРИЧИН ПОЛОМКИ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАКТОВКА <i>Острогалов Д.Ф.</i> .....	45
СТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА НИЖНЕЇ ЧЕЛЮСТІ ЧЕЛОВЕКА В МЕСТАХ ОТСУТСТВИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ <i>Петренко Р.В.</i> .....	47

- Кузник Б.И., Васильев Н.В., Цыбиков Н.Н. Иммуногенез гемостаза и неспецифическая резистентность организма. – М. Медицина, 1999. – 320 с.
- Грицай Н.Н., Мищенко Б.П. Проблемы гемостаза в неврологии. – К.: Здоров'я, 2000. – 130 с.
- Кузник Б.И. Физиология и патология системы крови. – Вузовская книга, 2004. – 296 с.
- Соколенко В.Н. Роль полипептидов слюнной железы в регуляции свободнорадикального окисления, физиологической антиоксидантной системы и гемостаза у животных: Автореф. дис... канд. биол. наук. – Симферополь, 1994. – 24 с.
- Martin E., Nakanishi M., Jacques N., Hunter N. Quantitative microbiological study of human carious dentine by culture and real-time PCR: association of anaerobes with histopathological changes in chronic pulpitis // J.Clin.Microbiol. – 2002. – V.40, №5. – P.1698-1704.

#### Реферат

ТРОМБОЦИТОАКТИВНІ, ПРОКОАГУЛЯЦІЙНІ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПУЛЬПИ В ІНТАКТНИХ ЗУБАХ ТА ПРИ ЇЇ ЗАПАЛЕННІ

Геранін С.І., Кайдашев І.П., Ніколішин А.К.

Ключові слова: пульпіт, коагуляція, фібрinolіз

В статті представлені результати дослідження коагуляційного потенціалу тканини пульпи здорових індивідуумів і пацієнтів із запальними захворюваннями пульпи. Отримані дані показали, що при розвитку гострого загального (серозного) пульпіту і, в меншій мірі, при загостренні хронічного фіброзного пульпіту спостерігається зникнення антиагрегаційної активності в тканині пульпи, з посиленням прокоагуляційної і фібрinolітичної активності, а у здорових індивідуумів визначається антиагрегаційна активність і помірна прокоагуляційна активність за рахунок впливу на протромбіназу.

УДК 616.311.2-002-053.2-085.275: 574.23

#### АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА НІТРАТНОЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Годованець О.І.

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

На основі вивчення клінічної картини та стану показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини дітей в динаміці спостереження обґрунтована доцільність використання антиоксидантних препаратів у комплексі загальноприйнятого лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей при надмірному надходженні нітратів. Встановлено позитивний вплив препаратів «Протефлазид» та «Імунофлазид» на динаміку захворювання, що підтверджується прискоренням зворотнього розвитку його клінічних проявів та підвищенням активності системи антиоксидантного захисту ротової порожнини.

Ключові слова: діти, гінгівіт, прооксидантно-антиоксидантна система.

#### Вступ

На сьогоднішній день нітратно-нітритний пресинг став реальною загрозою для здоров'я людей [16]. За даними ВООЗ, у деяких країнах до 10% населення споживають воду, рівень нітратів в якій значно перевищує гранично допустиму межу [6]. Переважна більшість територій України також є екологічно несприятливими регіонами у забрудненні нітратами та нітритами ґрунту і ґрунтових вод [4]. За результатами досліджень хімічних лабораторій НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України (м.Чернівці) найбільш інтенсивне забруднення азотомісними речовинами джерел децентралізованого водопостачання по Чернівецькій області спостерігається у Новоселицькому, Кіцманському та Заставнівському районах [12].

Підвищена кількість нітратів найбільшу небезпеку становить для дітей, що пов'язано з віковими особливостями обміну речовин і специфікою харчування, а саме більшою кількістю харчових продуктів і води, що споживається на один кг маси тіла дитини на добу. Дослідження О.В. Горішної показали, що на фоні хронічної нітратної інтоксикації у дітей розвивається оксидативний стрес (ОС), який підтверджується зростанням інтенсивності процесів пероксидного окиснення

ліпідів та окиснювальної модифікації білків з одночасним пригніченням системи антиоксидантного захисту [5]. Зазнають змін і біохімічні показники сироватки крові: підвищується рівень загального білірубину, креатиніну, магнію, зростає активність аланіламінотрансферази, аспартатамінотрансферази, лактатдегідрогенази, гамма-лутамінтрансферази, креатинфосфокінази [5,8]. Метаболічні зміни в організмі дитини призводять до дизгармонійного фізичного розвитку, збільшення частоти захворюваності на хронічний гастрит, дискінезії жовчовивідних шляхів, захворювання нирок, синдром вегетативної дисфункції, дефіцитні анемії, сприяють канцерогенезу [8,17].

Проведені нами клінічні дослідження показали високу поширеність та інтенсивність ураження тканин пародонту у дітей, які мешкають на території з підвищеним рівнем нітратів у питній воді [3].

Тому метою нашого дослідження було обґрунтувати доцільність застосування антиоксидантних препаратів у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) у дітей, які мешкають на нітратно забруднених територіях, на основі вивчення показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини на фоні динаміки змін клінічної картини в катанезі

## Актуальні проблеми сучасної медицини

спостереження.

### Матеріали та методи дослідження

У дослідженні брали участь 24 дитини віком 6-7 років (I група) та 26 дітей віком 12 років (II група) із встановленим діагнозом ХКГ середнього ступеня тяжкості, які мешкають на території Новоселицького району Чернівецької області, де зафіксовані підвищені рівні нітратів у питній воді від 150 до 250 мг/л). Усі діти були соматично здорові. Для вивчення ефективності запропонованого методу лікування з використанням антиоксидантних препаратів були сформовані підгрупи спостереження (IA та IIA) і порівняння (IB та IIB).

Оцінка стану тканин пародонта вивчалась за даними клінічних індексів і проб: індексу гігієни порожнини рота OIH-S (J.C. Green, J.R. Vermilion, 1964), гінгівального індексу PMA (C. Parma, 1960), пародонтального індексу CPITN (BOOZ, 1969), індексу кровоточивості (H.R. Muhlemann, S. Son, 1971), проби Шиллера-Писарева.

Контрольними показниками для порівняння основних та додаткових методів дослідження були результати обстеження 30 здорових дітей віком 6-7 років (група KI) та 30 дітей віком 12 років (група KII), що мешкають в умовно екологічно чистому районі м.Чернівці з централізованим водопостачанням.

Діти груп порівняння отримували загальноприйняте лікування, що включало санацію, професійну гігієну ротової порожнини з навчанням технічних навичок, антисептичну та протизапальну терапію. У групах спостереження окрім зазначених перерахованих заходів проводили спеціальну антиоксидантну терапію із застосуванням препаратів „Протефлазід“ та „Імунофлазід“.

„Протефлазід“ – рідкий спиртовий екстракт, отриманий з диких злакових рослин, основною діючою речовиною яких є флаванолігніди, що обумовлюють виражену антиоксидантну, імунomodуючу та адаптогенну дію [1]. Препарат застосовували місцево у вигляді полоскань ротової порожнини три рази на день до клінічного ефекту видужання (20 крапель препарату на 100 мл кип'яченої води). „Імунофлазід“ – дитячий аналог попереднього препарату у вигляді розчину – застосовували всередину, згідно з існуючими рекомендаціями, відповідно до віку за зразком: для дітей віком 6-7 років з 1-го по 3-й день – по 4 мл 2 рази на день, 4-го дня – по 5 мл 2 рази на день протягом 14 днів; для дітей віком 12 років з 1-го по 3-й день по 5мл, з 4-го дня – по 10 мл 2 рази на день протягом 14 днів.

Для оцінки стану прооксидантно-антиоксидантної системи тканин пародонту у дітей проводили дослідження ротового секрету. Для матеріалу для параклінічного дослідження збиралися дворазово до та після лікування. Для прооксидантної системи визначався за рівнем малонового альдегіду (МА) за методом

Стальної Н.Д. [9] та рівнем дієнових кон'югатів (ДК), які визначали за методом Гаврилова В.Б. [9]. Для вивчення стану системи антиоксидантного захисту визначали активність каталази за методом Корольок М.А. [9]; активність супероксиддисмутази (СОД) за методом Чеварі С. [9]; вміст HS-груп за допомогою реактиву Елмана [7]; рівень відновленого глутатіону (Г-SH) за методом Травіної О.В. [10]; активність глутатіон-S-трансферази (Г-ST) за методом Habig W. H. et al. [15]; активність глутатіонредуктази (ГР) за методом Pinto R.E., Bartley V. [13]; активність глутатіонпероксидази (ГП) за методом Геруша І.В., Мешишена І.Ф. [2]. Для підтвердження хронічної дії нітратів на дитячий організм проводилось визначення рівня одного із основних стабільних метаболітів нітратів в організмі – нітритіону в ротовій рідині спектрофотометричним методом [14]. Статистична обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента за допомогою комп'ютерної програми „STATGRAPHICS“ (2001).

### Результати та їх обговорення

Групи спостереження та порівняння (IA та IB, IIA та IIB) за структурою скарг були зіставними. Зокрема, 6 дітей (50%) IA та 7 дітей (58,3%) IB груп пред'являли скарги на кровоточивість, більшові відчуття в яснах відмічали 2 обстежених (16,7%) групи спостереження та 3 (25%) – групи порівняння, на свербіж скаржилося відповідно 2 (16,7%) та 1 дитина (8,3%), неприємний запах з рота спостерігали по 1 дитині з кожної групи (8,3%). У старших вікових групах переважна більшість дітей скаржилась на кровоточивість: 11 обстежених (84,6%) в IIA групі та 12 (92,3%) – в IIB. Розповсюдженою була скарга на більшові відчуття в яснах, яка спостерігалась у 7 дітей кожної групи (53,7%). Свербіж відмічали 2 особи (15,4%) групи спостереження та 3 (23,1%) – групи порівняння, скарги на неприємний запах з рота пред'являло по 1 дитині (7,7%) з IIA та IIB груп ( $p < 0,05$ ).

Загальний соматичний стан дітей груп спостереження та порівняння був майже однаковий. Зокрема, кількість дітей, які належали до I групи здоров'я у молодших вікових групах, становила 7 осіб (58,3%) у IA групі та 5 осіб (41,7%) у IB, у старших відповідно 6 (46,2%) і 7 обстежених (53,8%).

Огляд ротової порожнини виявив наявності дифузного ціанозу слизової оболонки у 2 дітей (16,7%) як групи спостереження, так і групи порівняння віком 6-7 років. Частіше дана ознака зустрічалась у дітей 12 років: 4 випадки (30,8%) у групі IIA і 3 випадки (23,1%) у IIB групі. Стан тканин пародонту груп дослідження вказував на відсутність вірогідної різниці між IA та IB, IIA та IIB групами (табл. 1) та відповідав клінічній картині ХКГ середнього ступеня тяжкості.

Біохімічне дослідження ротової рідини дітей до

лікування виявило однаковий рівень дизметаболических змін у дітей груп спостереження та порівняння (табл. 2, 3).

Оцінка клінічної ефективності препаратів „Протефлазід” та „Імунофлазід” показала початок редукції симптомів запалення в групах спостереження на 3-4 добу, тоді як у групах порівняння зворотній розвиток патологічного процесу почався з 4-5 доби. Середня тривалість місцевого лікування запропонованим нами методом у дітей віком 6-7 років становила  $6,2 \pm 0,21$  днів, у старшої групи –  $6,6 \pm 0,18$  днів проти  $9,3 \pm 0,51$  та  $9,6 \pm 0,4$  днів у групах порівняння.

На момент закінчення лікування повне зникнення клінічних ознак ХКГ спостерігалось лише у дітей ІА групи (табл. 1). У ІІА групі, незважаючи на відсутність скарг та ціанозу слизової оболонки ротової порожнини (СОРП), у 6 (46,2%) дітей при огляді виявлялись залишкові явища гіперемії біля 1-2 зубів. Групи порівняння характеризувались відсутністю повного зникнення ознак запалення як у дітей 6-7 років, так і 12 років. При цьому скарги на кровоточивість залишились у 1 особи (7,7%) ІІБ групи, а ціаноз діагностувався у 1 дитини (8,3%) молодшого віку та 1 дитини (7,7%) старшого віку, індекс кровоточивості залишився на рівні  $0,2 \pm 0,05$  у ІБ групі та  $0,3 \pm 0,05$  у групі ІІБ. Рівень гігієни після проведеної терапії у всіх групах обстеження розцінювався як „хороший”.

Аналіз рівня нітрит-іону, показників прооксидантної системи та системи антиоксидантного захисту ротової рідини дітей після проведених курсів лікування (табл. 2, 3) виявив, що у ІА та ІІА групах відбувається повне відновлення рівня та активності метаболітів, що вивчались. Доказом цього стала відсутність різниці між даними показниками та групами контролю ( $p < 0,05$ ). Виключення склав тільки рівень загального білка, який у групах спостереження наблизився до контрольних даних, однак залишався вірогідно вище. Можливо, це пов'язано з інертною лабільністю змін даного метаболіту на цілеспрямовану корекцію і узгоджується з наявністю залишкових явищ патологічного процесу в клініці. Поряд з цим, у групах порівняння, незважаючи на позитивну динаміку змін біохімічних даних до та після проведеного методу лікування ( $p < 0,05$ ), значення показників вірогідно відрізнялись від контрольних даних. Крім того, встановлена різниця між параклінікою ІА та ІБ, ІІА та ІІБ груп на момент закінчення лікування ( $p < 0,05$ ). Виключення складала лише активність ГП, яка відновилась до контрольного рівня у ІІБ групі. Це вказує на неспецифічність функціонування фермента в умовах запального процесу в тканинах пародонту.

Відсутність ліквідації запального процесу в яснах та нормалізації стану прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу ротової рідини дітей груп порівняння вказує на розвиток складних метаболічних змін, які не піддаються корекції загальноприйнятим методом лікування. Поряд з

цим, застосування препаратів „Протефлазід” та „Імунофлазід” призводить до суттєвого покращення результатів лікування. Враховуючи наявність залишкових клінічних явищ у ІВА групі, рекомендується більш тривала корекція антиоксидантного статусу на місцевому рівні.

Динаміка змін клінічної картини тканин пародонту у катанезі спостереження показала наступні результати. Через 1 місяць встановлене рецидивування ознак запалення та кровоточивості у всіх дітей груп порівняння. Зокрема, скарги на кровоточивість відновились у 4 обстежених (33,3%) ІБ групи та 6 (46,2%) осіб ІІБ, ціаноз СОПР спостерігався у 2 (16,7%) випадках молодшого віку та 2 (15,4%) дітей 12 років, ознаки кровоточивості та запалення виявлялись у 100% дітей. У групах спостереження поряд із відсутністю скарг та ознак ціанозу виявляється відновлення початкових патологічних процесів у тканинах пародонту. Так, у ІА групі у 6 дітей (50%) діагностувалась гіперемія біля окремих зубів, а точкова кровоточивість – у 3 обстежених (25%). Старша група спостереження також характеризувалась посиленням ознак ураження тканин пародонту: у всіх дітей виявлялись незначні ознаки запалення, а у 7 осіб (53,8%) з'явився початковий ступінь кровоточивості. За даними пародонтальних індексів інтенсивність ураження тканин пародонту у групах ІА і ІБ, ІІА і ІІБ значно відрізнялась, доказом чого є вірогідна різниця між усіма показниками. Стан гігієни ротової порожнини був однаковий у всіх групах і характеризувався як „хороший”.

Огляд дітей через піарок встановив наступні зміни тканин пародонту. У молодшій групі порівняння скарги на кровоточивість та ціаноз відновились у повному об'ємі, індекси СРІТН, кровоточивості та зубного каменю за значенням не відрізнялись від показників до лікування. Поряд з цим у групі спостереження ціаноз СОПР діагностувався у 1 випадку (8,3%), а скарги на кровоточивість пред'являло лише 2 дитини (16,7%). В ІІБ групі 10 обстежених (76,9%) скаргились на кровоточивість, ознаки ціанозу СОПР були у 3 дітей (23,1%), інтенсивність ураження пародонтального комплексу за індексами СРІТН та зубного каменю була ідентична вихідній. У дітей групи спостереження віком 12 років ціаноз СОПР відновився в 1 випадку (7,7%), скарги на кровоточивість пред'являло 4 обстежених (30,8%), пародонтальні індекси вірогідно відрізнялись від показників груп порівняння та вихідного рівня.

#### Висновки

Таким чином, при середньому ступені тяжкості ХКГ виявляється мала ефективність загальноприйнятого методу лікування внаслідок відсутності патогенетичного впливу на основні етіологічні чинники пінгвіту за умов нітратного навантаження. Введення у комплекс лікування заходів корекції антиоксидантного статусу значно покращує результати лікування і це раз підтвер-

має важливу роль ОС у розвитку запального процесу в яснах [11].

Враховуючи середню тривалість лікування у групах спостереження та результати клінічних дослідів, рекомендується застосовувати для місцевої терапії препарат „Протефлазид“ протягом 7 днів у дітей 6-7 років, та 8-9 днів у старшій віковій групі. Для системного впливу на антиоксидантну систему захисту препарат „Імунофлазид“ слід застосовувати протягом 14 днів при будь-якому ступені тяжкості. Це пов'язано із розвитком складних адаптаційно-компенсаторних механізмів на рівні цілого організму, що потребує певного часу.

Встановлені децю кращі результати лікування ХГГ у дітей молодшого віку дають підстави говорити про доцільність якомога швидшого застосування запропонованого методу у віковому аспекті, що одночасно дозволить провести профілактику більш важких уражень тканин пародонту.

Аналіз термінів рецидивів та ступеня ураження тканин пародонту у групах спостереження дозволяє рекомендувати повторні лікувально-профілактичні курси у дітей, які мешкають на нітратно забруднених територіях, з частотою 1 раз на літцю.

Перспективою подальших досліджень є визначення впливу антиоксидантної терапії на показники прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини дітей з ХГГ різного ступеня тяжкості, які мешкають на нітратно забруднених територіях, у віковому аспекті.

Література

Атаманюк В.П., Новик А.М. Протефлазид. Информационные материалы по свойствам и методам применения. - Киев, 2002. - 68с.  
 Теруш І.В., Мецишен І.Ф. Стан глутатионової системи крові за умов експериментального виразкового ураження гастроудоден-

нальної зони та дії настійки екстракту пурпурової // Вісн. проблем біол. і мед. - 1998. - №7. - С.10-15.  
 3. Годованець О., Власик Л., Рожко М. Екологічні аспекти захворювань пародонта в дітей, що мешкають у регіонах з підвищеним вмістом нітратів у питній воді // Mat. VI Міжнар. наук. конф. "Молодь у вирішенні регіональних та трансодонних проблем екологічної безпеки" (Чернівці). - 2007. - С.73-76.  
 4. Горішна О.В. Екологія довкілля і стан здоров'я дітей. Антропологія для нітратів // Перинатологія та педіатрія. - 2001. - №1. - С.93-94.  
 5. Горішна О.В. Клініко-патогенетичні механізми формування порушень стану здоров'я дітей в умовах нітратного забруднення навколишнього середовища та шляхи їх профілактики і реабілітації. Автореф. дис. - д-ра мед. наук: 14.01.10. - Київ, 2002. - 32с.  
 6. Ільницький А.П. Нітрати і нітрити питтвовой води как фактор екологического риска // Гигиена и санитария. - 2003. - №6. - С.61-64.  
 7. Мецишен І.Ф., Григор'єва Н.П. Метод кількісного визначення НS-груп у крові // Бук. мед. вісник. - 2002. - Т.6, №6. - С.109-132.  
 8. Пикль К.В. Стан здоров'я дітей, що мешкають на нітратно-забрудненій території та обгрунтування методів їх реабілітації. Автореф. дис. - канд. мед. наук: 14.01.10. - Харків, 2004. - 20с.  
 9. Сучасні методи експериментальних та клінічних досліджень Центральної науково-дослідної лабораторії БДМА / Маляшук В.М., Міжєва А.С., Рогочев Ю.Є. та ін.: Навчально-методичний посібник. - Чернівці: БДМА, 2001. - 42с.  
 10. Трапанин О.В. Руководство по биохимическим исследованиям. - М.: Медицина, 1955. - 320с.  
 11. Факторы агрессии и факторы защиты в патологии пародонта воспалительного характера / Целов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А., Сорокина Н.В. // Пародонтология - 2004. - №1(30). - С.3-7.  
 12. Янчук В.В. Аналіз показників нітратного забруднення питтвовой децентралізованих джерел водопостачання м.Чернівці та Чернівецької області // Гигиена населенных мест. - 2000. - Вып.37. - С.98-99.  
 13. Beutler E. Effect of flavin compounds on glutathione reductase activity: in vitro and in vivo studies // J. Clin. Invest. - 1969. - Vol.48, №11. - P.1957-1965.  
 14. Green L.C., Wanger D.A., Gwoiowski T.J. et al. Analysis of nitrate and N-15nitrate in biological fluids // Ann. Biochem. - 1982. - Vol.128, №1. - P.131-136.  
 15. Habig H.W., Paus M.J., Jacoby W.B. Glutathione-S-transferase. The first enzymatic step in mercapturic acid formation // J. Biol. Chem. - 1974. - Vol.249, №22. - P.7130-7139.  
 16. Blue babies and nitrate-contaminated well water / Knebeloch L et al // Clinical conference Environ Health Perspect. - 2000. - Vol.108. - P.675-678.  
 17. Nitrate in drinking water and the incidence of gastric, esophageal and brain cancer in Yorkshire, England / Barrett J.H. et al // Cancer Causes Control. - 1998. - Vol.19. - P.153-159.

Реферат

АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕННЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ НА НИТРАТНО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Годованец О.И.

Ключевые слова: дети, гингивит, прооксидантно-антиоксидантная система, нитраты, метод лечения.

На основании изучения клинической картины и состояния показателей прооксидантно-антиоксидантной системы ротовой жидкости детей в динамике наблюдения обоснована целесообразность использования антиоксидантных препаратов в комплексе общепринятого лечения хронического катарального гингивита у детей при избыточном поступлении нитратов. Установлено положительное влияние препаратов „Протефлазид“ и „Имунофлазид“ на динамику заболевания, что подтверждается ускорением обратного развития его клинических признаков и увеличением активности системы антиоксидантной защиты полости рта.