

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
І.Я. ПІВНІСЬКОГО
ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ МЕДИКІВ ТЕРНОПІЛЛЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ПЕДІАТРИЧНОЇ ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНОЇ МАТЕРІАЛІСТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

10-12

листопада
2007 року
Тернопіль
Україна



Тернопіль
2007

Годована Олеся, Мартовлос Андрій, Годований Василь

**ВИКОРИСТАННЯ ОСТЕОКОНДУКТИВНОГО МАТЕРІАЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТУ III
СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ**

Кафедра терапевтичної стоматології ФПДО
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. Заболотний Т. Д.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Хірургічне втручання становить беззаперечно важливий етап у комплексному лікуванні захворювань пародонту. На сучасному етапі існує широкий арсенал остеопластичних матеріалів, що може створювати затруднення у виборі необхідного матеріалу для кожної конкретної клінічної ситуації. Екзогенні методи стимуляції репаративного остеогенезу передбачають використання остеоіндуктивних, остеокондуктивних та остеонейтральних кісткових матеріалів, а також засобів для направленої тканинної регенерації.

У своїй роботі ми обрали найважчий контингент пародонтологічних хворих з генералізованим пародонтитом III ступеня важкості. Прооперовано 22 пацієнти віком від 45 до 60 років не обтяжених соматичною патологією. Під час клаптевих операцій використали алопластичний кістковий матеріал R.T.R. (Septodont, Франція). Перебіг пародонтиту в обраного контингенту супроводжувався формуванням пародонтальних кишень глибиною 6-9 мм. рухомістю зубів III ступеня важкості. На рентгенограмах простежували нівелювання міжзубних кісткових переділок внаслідок остеопорозу, переважно вертикальну резорбцію альвеолярної кістки на $\frac{1}{4}$ довжини коренів. У 14 пацієнтів на нижній фронтальній ділянці простежували 31, 32, 41, 42 зуби, які були повністю позбавлені кісткової підтримки у вигляді кратероподібної деструкції кісткової тканини до верхівок коренів. Такі зуби підлягали передопераційному ендодонтичному лікуванню.

Результати оцінювали через 6-12-18 місяців та через три роки. За цей період відбулось часткове відновлення міжзубних кісткових переділок, відсутність вертикальної резорбції. Зуби, які до лікування знаходились поза межами кістки щільно з'єдналися з кістковою тканиною (анкілоз), простежувалось напластування кортикальної кістки в ділянці коренів. Кісткові балки в зоні регенерату мали іррегулярне розміщення. Ми не зафіксували жодного випадку відторгнення зубів навіть за умов, що не всі пацієнти однаково ретельно дотримувались умов гігієни та не регулярно з'являлись для підтримуючої терапії.

Аналізуючи результати проведеного лікування ми прийшли до висновку, що матеріал R.T.R. повільно розсмоктується (до 6-ти місяців) вивільнюючи іони кальцію і фосфату, які стимулюють кісткоутворення та відносяться до остеокондуктивних матеріалів.

Годованець Оксана

**СИСТЕМА ГЛУТАТІОНУ ТА ГЛУТАТІОНЗАЛЕЖНИХ ФЕРМЕНТІВ У ДІТЕЙ З КЛІНІЧНИМИ
ПРОЯВАМИ ГІНГІВІТУ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ НА НІТРАТНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ**

Кафедра дитячої хірургії, ЛОР хвороб та стоматології
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. Рожко М.М.
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Як відомо з літератури, вже на ранніх стадіях гінгівіту наявні порушення метаболізму у тканинах пародонту та ротовій рідині. Важлива роль у патогенезі гінгівіту за умов надходження підвищеного рівня нітратів належить прооксидантній системі та системі антиоксидантного захисту (АОЗ) організму. При цьому, в першу чергу, звертає на себе увагу система глутатіону та глутатіонзалежних ферментів, оскільки вона поряд зі своєю основною антирадикальною та антипероксидною дією, забезпечує нітритредуктазні механізми, процеси відновлення метгемоглобіну, формування транспортних форм оксиду азоту.

Метою нашої роботи було вивчення рівня SH-груп, відновленого глутатіону (Г-SH) та активності ферментів глутатіонредуктази (ГР), глутатіонпероксидази (ГП), глутатіон-S-трансферази (Г-S-T) у ротовій рідині дітей віком від 6 до 12 років з клінічними проявами гінгівіту, що мешкають на території з підвищеним рівнем нітратів у питній воді. Сформовано чотири дослідні групи відповідно до віку, та ступеня тяжкості процесу. Контрольну групу склали діти I-II груп здоров'я, що проживають в умовах централізованого водопостачання.

Результати проведених нами досліджень свідчать про вірогідне зниження рівня SH-груп, Г-SH на фоні зменшення активності ГР, Г-S-T та активації ГП в усіх дослідних групах у порівнянні з контрольною. Одержані дані дозволяють зробити висновок про те, що при гінгівітах у дітей, які мешкають на нітратно забруднених територіях, спостерігається недостатність глутатіонової ланки АОЗ порожнини рота. Подальше вивчення біохімічних механізмів, що лежать в основі розвитку патології пародонту у дітей за умов надмірного надходження нітратів, є актуальним для визначення напрямків лікування та профілактики.