

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



процесів диференціації тимоцитів ми розпочали з визначення їх фенотипу. Зрілі клітини синтезують поверхневі маркери - CD4⁺ рецептори Т-лімфоцитів хелперів та CD8⁺-рецептори Т-лімфоцитів супресорів. Із наведених даних видно, що у клітинах обох фенотипів синтез відповідних клітинних рецепторів розпочинається вже в лімфобластах та триває в інших субпопуляціях. Слід зазначити, що в структурі лімфоїдної популяції як CD4⁺ так і CD8⁺-клітин кількісно переважали середні, особливо малі тимоцити, тобто, експресія даних рецепторів зростає по мірі дозрівання тимоцитів. У контрольних тварин ішемія-реперфузія головного мозку знижує число CD4⁺ і CD8⁺-клітин за рахунок всіх субпопуляцій. Імунорегуляторний індекс при цьому знижується з 0,58 у контрольних тварин до 0,44 у експериментальних.

У структурі лімфоїдної популяції обох фенотипів клітин при цьому зростає відсоток малих тимоцитів. У тварин зі стрептозотозин-індукованим діабетом виявлено зниження CD4⁺ середніх та малих лімфоцитів, тобто, найбільш зрілих форм. Взагалі, тут прослідковується цікава тенденція – спочатку зростання CD4⁺ -лімфобластів, відсутність змін великих лімфоцитів і зниження найбільш зрілих форм. Створюється враження, що експресія CD4⁺-рецепторів, активована в лімфобластах, у подальшому поступово гальмується. Що стосується CD8⁺-клітин, то тут картина більш однорідна - у всіх субпопуляціях тимоцитів знижується експресія даних рецепторів, що свідчить про дефіцит Т-супресорної функції. Це знаходить підтвердження в зростанні імунорегуляторного індексу до 1,64 (при 0,58 у контролі)! Відбулися також зміни в структурі лімфоїдної популяції – виявлено зростання відсотка малих тимоцитів в обох фенотипах. Як і в контрольних тварин, ішемія-реперфузія головного мозку спричинила зниження числа CD4⁺ і, більшою мірою, CD8⁺-клітин за рахунок всіх субпопуляцій. Імунорегуляторний індекс зазнав ще більшого зростання, ніж при діабеті і становив 2,4. Отже, можна зазначити, що ішемія мозку поглиблює дефіцит супресорної функції лімфоцитів, спричинений діабетом. Щільність CD4⁺/CD8⁺-лімфоцитів у мозковій зоні тимуса як за сумарним показником так і в межах окремих субпопуляцій виявилася нижчою, ніж у кірковій. Ішемія-реперфузія головного мозку в контрольних тварин знижує число CD4⁺ і CD8⁺-клітин за рахунок всіх субпопуляцій. Виняток становлять CD8⁺-мали тимоцити, кількість яких та відсоток у структурі лімфоїдної популяції зростають. Ймовірно, за рахунок цього імунорегуляторний індекс при цьому знижується. Характер експресії CD4⁺-рецепторів у мозковій зоні тимуса при цукровому діабеті дуже нагадує ту, що має місце в кірковій зоні – зростання в лімфобластах та зниження у решті класів тимоцитів, що в цілому спричиняє зниження сумарної їх кількості. Сумарна кількість CD8⁺-лімфоцитів також знижувалася за рахунок лімфобластів, великих та середніх лімфоцитів. При цьому кількість CD8⁺-малих тимоцитів достовірно зростала.

Ішемія-реперфузія головного мозку у тварин із діабетом знижувала кількість CD4⁺ клітин в усіх популяціях, хоча це зниження менш суттєве, ніж при аналогічному втручанні в контрольних тварин. Серед клітин із фенотипом CD8⁺ на ішемію відреагували лише найбільш зрілі малі тимоцити, кількість яких достовірно зросла і за значенням перевищувала навіть контрольні величини. Саме за рахунок цього імунорегуляторний індекс суттєво знизився, що свідчить про деяке посилення супресорної функції. Це може свідчити або про сповільнення міграції CD8⁺-тимоцитів за межі тимуса, або про посилене їх дозрівання.

СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ

Бамбуляк А.В., Дячук І.І., Макар Б.Г.* ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ І ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ЛОБОВИХ ТА КЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХ У ЛІТНЬОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*
Буковинський державний медичний університет*

Виявлено, що лобові пазухи знаходяться у лусці лобової кістки і в її очноямкових частинах. Оскільки пазухи топографічно розташовані вище інших приносних пазух, то для них характерні певні особливості будови і значна мінливість. Лобові пазухи мають чотири виражені стінки. Їх нижні стінки представлені тонкими очноямковими частинами лобової кістки. Вони розташовані горизонтально і опуклістю спрямовані до порожнини пазух. На 6 досліджених препаратах нижні стінки доповнюються також носовою частиною лобової кістки, що пов'язано зі значною пневматизацією лобових пазух. У таких випадках верхні краї слизових кісток поділяють нижні стінки пазух на очноямкову і носову частини. Передні стінки лобових пазух топографічно відповідають надперенісцю і надбрівним дугам. Задні стінки пазух утворені мозковою поверхнею луски лобової кістки. Товщина останньої не перевищує 1,5-2,0 мм. Внутрішні стінки представлені тонкою перегородкою лобових пазух, яка знаходиться над коренем носа. Вона розташована в передньозадньому напрямі і рівномірно розділяє пазухи між собою. Таке розташування перегородки виявлено на 8 препаратах. З боків від перегородки лобових пазух беруть початок лобово-носові канали. Останні прямують донизу по бічній стінці носової порожнини. Вони закінчуються в ділянці напівмісяцевих отворів попереду отворів верхньощелепних пазух. У тих випадках, коли лобові пазухи були середньої величини, вони, як і в зрілому віці, мали форму тригранних пірамід. На



4 препаратах ліва лобова пазуха мала звичайну форму, а права була в два рази менше.

Клиноподібна пазуха розташована в тілі клиноподібної кістки, що має форму неправильного куба. На всіх досліджених препаратах визначаються шість її стінок: верхня, нижня, передня, задня і дві бічні. З боку порожнини черепа верхня стінка клиноподібної пазухи утворена основами малих крил клиноподібної кістки. Їх поперечний розмір не перевищує 20,0 мм, а передньозадній – 5,0 мм. Медіальніше розташовані зорові отвори, діаметр яких дорівнює 3,0-3,5 мм. На 8 препаратах канали зорових нервів були розташовані досить близько до пазухи. Їх відділяла тонка кісткова пластинка, товщина якої не перевищувала 1,9 мм. На 10 препаратах їх відділяла кісткова тканина, товщина якої досягала 4,8-6,0 мм. На 7 препаратах товщина кісткової тканини не перевищувала 2,8-3,0 мм.

Більшу частину верхньої стінки клиноподібної пазухи утворює турецьке сідло, яке обмежене попереду горбком сідла, а ззаду - нахилоною до переду його спинкою. Поперечний і передньозадній розміри турецького сідла коливаються від 12,0 до 15,0 мм. Товщина верхньої стінки клиноподібної пазухи становить 2,0-2,5 мм. На препаратах людей старечого віку вона стає тоншою на 1,0-1,5 мм.

Нижня стінка клиноподібної пазухи розташована в горизонтальній площині. Товщина її кісткового остова не перевищує 1,5 - 2,0 мм. На 2 препаратах людей літнього віку нижня стінка була атрофована і її товщина дорівнювала 1,0 мм. Інволюційні зміни даної стінки особливо відзначені у людей старечого віку. Передня стінка клиноподібної пазухи бере участь в утворенні заднього відділу верхньої стінки носової порожнини. На 6 досліджених препаратах передня стінка була нахилена до переду. На 12 препаратах передня і нижня стінки пазухи знаходилися між собою під прямим кутом. На 5 препаратах передня і нижня стінки клиноподібної пазухи утворювали між собою тупий кут. Задня стінка клиноподібної пазухи тісно зрощена з основною частиною потиличної кістки. Відмежувати їх у людей літнього та старечого віку практично неможливо.

Перегорodka клиноподібної пазухи знаходиться всередині пазухи. На 16 препаратах вона розділяла пазуху на дві рівні половини і розташовувалася в сагітальній площині. Перегородка була виявлена на всіх досліджених препаратах. Вертикальний її розмір становив 16,0 - 18,0 мм, а передньозадній – 20,0 - 22,0 мм. На 5 препаратах перегородка пазухи була відхилена вліво, а на 4 препаратах вона була відхилена вправо.

Таким чином, для лобових і клиноподібної пазух характерна значна мінливість. У літньому віці починається атрофія всіх стінок слизової оболонки і кісткового остова пазух з проліферацією в них сполучної тканини, яка найбільш виражена у людей старечого віку. Інволюційні зміни відбуваються і в секреторних відділах слизових залоз.

Бєлікова Н.І. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ШИНУВАННЯ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

*Кафедра ортопедичної стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Патологічна рухомість зубів - один із провідних симптомів дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта, на які страждає від 80-95 % населення у віці старше 35 років. Досягти ремісії патологічного процесу без стабілізації рухомих зубів неможливо. З метою збереження зубів і їх функції застосовують різні види шинування. Досягнуті успіхи у створенні легких і дуже міцних матеріалів на основі скляних, керамічних, полімерних і вуглецевих волокон.

Але при технологічних етапах використання шин на основі керамерів, скловолокна чи поліетілену не враховується в повній мірі клінічна ситуація, а саме: висота коронок фронтальних зубів, ступінь їх нахилу, обґрунтованість висоти розміщення ретенційного пазу, методика закріплення арматури з точки зору біомеханіки. Залишаються не вирішеними питання: долучати в регулювання жувального навантаження періодонто-м'язовий рефлекс, гарантувати збереження цілісності конструкції під час жування і проведення лікувальних заходів, зберігати високі функціонально-естетичні якості шини.

В якості об'єкту дослідження взято 5 собак із модельованим пародонтитом, поділених на 3 групи: I група - шинування фронтальних зубів орально, II група - шинування фронтальних зубів вестибулярно, III група контрольна. Всі дослідження на тваринах проводили у відповідності до національних «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (Україна, 2001), які узгоджуються з положенням «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей (Страсбург, 1985), Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964), Статуту Української асоціації з біоетики, норм GLP.

В експерименті на собаках підтверджено, що в фізіологічних умовах передні зуби собаки сприяють відкушуванню їжі, при цьому оточуючий різці пародонт має високу адаптаційну властивість. Це зумовлене наявністю кругової циркулярної, а також віялоподібної зв'язок. Таке розташування зв'язкового апарату сприяє тому, що циркулярна зв'язка стає центром важеля і при відкушуванні можливе переміщення як коронки, так і нижньої частини кореня.

При оральному накладанні шини на коронки різців кругова зв'язка фіксується з оральної сторони і тиск під час відкушування їжі переходить на пародонт вестибулярної, апексної частини кореня різця, а також на міжзубну перетинку. Саме завдяки цьому спостерігається поглиблення вестибулярної ясенної борозни, яка утворює кишеню, що містить ексудат. В апексній ділянці кореня зміщується судинний пучок



з розпушенням віялоподібної зв'язки. Нарешті, в міжзубній кістковій перетинці відбувається зміщення коронок різців з утворенням діастем, що супроводжується частковим руйнуванням кісткової тканини. Це відбувається за рахунок жорсткої фіксації шини, розташованої з язикового або піднебінного боку фронтальних зубів.

При вестибулярному накладанні шини фіксується кругова зв'язка. Завдяки цьому при відкушуванні їжі тиск переходить на пародонт переважно лінгвальної, апексної частини кореня зуба, а також на міжзубну перетинку. При цьому з лінгвальної сторони спостерігається звуження ясенної борозни з утворенням цементу. Прилегла кісткова тканина цієї частини зберігає свою гістоструктуру. В міжзубній перетинці, що розмежує різці, завдяки компресії зменшується товщина кісткової тканини. Поблизу апекса кореня кісткова тканина пародонта за даними гісто-топографічних досліджень представлена грубосотовими структурами з переважно вертикальним розміщенням лакун гаверсових каналів. Утворення останніх пояснюється адаптаційними процесами, що відбуваються під час відкушування їжі різцями. Тобто наявна рухомість зубів на рівні фізіологічної, яку забезпечує запропонований варіант вестибулярного розташування шинуючої конструкції.

Ватаманюк М.М., Беліков О.Б.

ОСОБЛИВОСТІ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ГЕРОНТОЛОГІЧНОГО ВІКУ З ПОВНОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ

Кафедра ортопедичної стоматології

Буковинський державний медичний університет

Старіння населення є одним з несприятливих аспектів розвитку суспільства і в Європейському регіоні, тому що окрім зниження трудового потенціалу, породжує важливі проблеми перед системою охорони здоров'я. В Україні на початок 2003 року, за даними Державного комітету статистики, на кожну тисячу працездатного населення припадало 699 людей літнього віку. На кінець 2003 року осіб віком понад 75 років налічувалось у державі майже 21% постійного населення, що означає дуже високий рівень демографічної старості суспільства (Тимченко О.І., Личак О.В., 2006). Пацієнти 75-81 років – одна з найбільш частих вікових категорій хворих, які звертаються за ортопедичною стоматологічною допомогою. В цьому віці нерідко спостерігається втрата всіх зубів, виражена атрофія, а іноді відсутність альвеолярних відростків щелеп, зміни слизової оболонки порожнини рота, нерідко має місце тремор нижньої щелепи, зміна тону м'язів, змінюються склад та властивості ротової рідини. Надмірна рухомість слизової оболонки протезом ложа заважає отриманню точного відбитка, є причиною її постійного травмування протезом. Інші труднощі пов'язані з крайньою нестійкістю базисів протезів під час визначення центральної оклюзії. Також з віком у хворих зменшується можливість оволодіння новими типами жувальних рухів. У зв'язку з цим адаптація до повних знімних протезів у людей похилого віку відбувається повільно і з труднощами. Суперечливість і недостатність даних щодо тактики ортопедичного стоматологічного лікування геронтологічних хворих після повної втрати зубів, яка супроводжується віковими змінами зубощелепного апарату, зумовлюють актуальність даної теми в клініці ортопедичної стоматології.

Мета дослідження - підвищення ефективності ортопедичного стоматологічного лікування осіб геронтологічного віку шляхом вдосконалення конструкцій повних знімних протезів.

У дослідженні використані клінічні (для визначення ступеню атрофії беззубих щелеп), лабораторні (запис рухів нижньої щелепи, вивчення стану жувальних м'язів), морфологічні (для дослідження слизової оболонки та щелепних кісток), статистичні (для обробки і аналізу даних клінічних і лабораторних досліджень).

В результаті дослідження вивчений комплекс анатомо-фізіологічних особливостей порожнини рота геронтологічних пацієнтів. Виявлені особливості морфологічної будови щелепних кісток, слизової оболонки порожнини рота пацієнтів похилого віку, що повинні враховуватись при конструюванні повних знімних протезів. Розроблені та впроваджені вдосконалені методики отримання функціональних відбитків з беззубої нижньої щелепи у пацієнтів похилого віку, які враховують топографію місць прикріплення м'язів і жувальних м'язів, пружності слизової оболонки порожнини рота у геронтологічних пацієнтів на нижній щелепі та забезпечують відсутність надмірного розширення меж базису майбутнього протезу. Також, у порівнянні з іншими конструкціями повних знімних протезів, вивчені особливості і підтверджені клінічними та лабораторними дослідженнями переваги запропонованих вдосконалених повних знімних протезів.

Результати вивчення анатомо-фізіологічних особливостей порожнини рота геронтологічних пацієнтів мають значення для планування конструкцій протезів, проведення клінічних етапів їх виготовлення, а також рекомендацій до періоду адаптації, що підвищить доступність і ефективність ортопедичного стоматологічного лікування геронтологічного населення України.

Гараніна Т.С.

ЛАЗЕРОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Буковинський державний медичний університет

Генералізований пародонтит займає досить вагомий частку серед стоматологічних захворювань. По даним епідеміологічних досліджень частота захворювання у людей до 40 років – 75%, а в старших 40 р. –



100%. Тому питання удосконалення комплексного лікування генералізованого пародонтиту залишається актуальним. У комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту суттєве значення мають фізіотерапевтичні методи і способи лікування. Фізіотерапевтичні методи лікування дозволяють надати достатньо ефективну і неінвазивну дію на уражену ділянку з мінімальним ризиком виникнення побічних ефектів. Фізіотерапія застосовується майже при всіх формах і ступенях важкості запально-дистрофічних захворювань пародонту у комплексному лікуванні, профілактиці та реабілітації. При використанні фізіотерапевтичного лікування треба враховувати механізм дії різних фізичних методів. У нашому дослідженні ми використовували лазеротерапію для профілактики рецидиву захворювання. Лазеротерапію проводили апаратом «Ліка-терапевт М», використовуючи стоматологічну насадку. Протипоказаннями до проведення даного методу лікування є захворювання серцево-судинної системи гіпертонія III ступеня, всі форми лейкоплакції, папіломатоз, фіброматоз, ромбовидний глосит, важкий ступінь цукрового діабету.

Нами оглянуто 60 пацієнтів. Пацієнтів, які брали участь в дослідженні було поділено на 3 групи, по 20 чоловік у групі: В першій (контрольній) групі були пацієнти із здоровим пародонтом, друга група (пацієнти із генералізованим пародонтитом першого ступеня важкості, яким для профілактики рецидиву проводилась лазеротерапія, а третю групу склали пацієнти із генералізованим пародонтитом першого ступеня важкості, яким проводилось комплексне лікування, але без включення фізіотерапевтичних процедур. Діагностику генералізованого пародонтиту проводили за допомогою клінічних методів обстеження, рентгенографії. Фізіопроцедури проводили 3 рази на тиждень протягом двох тижнів. Опромінення проводили як з губної так і з язикової сторони, діаметр лазерного променя 0,2 см, частота 5 Гц, доза 2,2 Дж. Пацієнти II і III групи поставлені на диспансерний облік. На повторному огляді через три місяці, було виявлено, що у другій групі рецидив захворювання відмітили 4 пацієнти, тобто це становить 20 %. У пацієнтів III групи рецидив захворювання проявився у 7 чоловік, тобто це – 35%. Результати проведеного дослідження оцінювали по клінічним методам діагностики (індекс Грін-Вермільйона, пародонтальний індекс), на основі скарг хворого.

Отже, порівнюючи результати проведеного нами дослідження можна зробити висновок, що включення в комплексне лікування генералізованого пародонтиту фізіотерапевтичних процедур приблизно на 15% зменшує кількість виникнення рецидиву даного захворювання.

Годованець О.І., Гаврилюк З.М.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день спектр йод дефіцитних захворювань є надзвичайно різноманітним і у кожному віці має свої особливості перебігу. В Україні, за даними 2010 року, близько 1,7 млн. дорослих та дітей страждають тиреоїдною патологією, обумовленою саме нестачею йоду. Поряд з цим зростає й кількість стоматологічно хворих дітей.

Тому метою нашої роботи було вивчити поширеність, інтенсивність ураження твердих тканин зуба та тканин пародонта, дослідити біохімічні показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини у дітей з дифузним нетоксичним зобом.

Нами проведено обстеження 180 дітей. Сформовано 2 групи спостереження: I група – соматично здорові діти (30 осіб), II група – діти з нетоксичним зобом (150 осіб). Використовувались суб'єктивні (скарги, збір анамнезу), об'єктивні (огляд, визначення індексу карієсу, стану тканин пародонта за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу, а також спрощеного гігієнічного індексу ОІН-5) та біохімічні методи дослідження (саме активність лужної фосфатази, кількісний склад неорганічного кальцію та фосфору).

У результаті досліджень встановлено, що в дітей з дифузним нетоксичним зобом спостерігаються зміни досліджуваних показників, а саме: поширеності та інтенсивності карієсу, активності лужної фосфатази, кількісного складу неорганічного фосфору та кальцію. Все це вказує на необхідність подальшого детального клініко-параклінічного вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози.

Гончаренко В.А.

СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ІНСУЛІНАЛЕЖНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ДІТЕЙ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет

Інсулінзалежний цукровий діабет (ІЗЦД) є одним з найбільш розповсюджених ендокринних захворювань у дитячому віці. Кожного року число хворих на ІЗЦД збільшується на 5-7%, а кожні 15 років подвоюється. В останні роки захворюваність на ІЗЦД зростає й в Україні. Щорічно в нашій країні реєструється близько 800 хворих з вперше виявленим ЦД-1 у віці до 14 років. Неухильне зростання числа хворих на ІЗЦД, особливо дітей та підлітків, важкі судинні ускладнення, рання інвалідизація пацієнтів змушують розглядати цукровий діабет як одну з найбільш важливих медико-соціальних проблем.