



**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ,
АЛЕРГОЛОГІЇ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТИРЕОІДОЛОГІЇ

**Матеріали науково-практичної інтернет-конференції
9-10 червня, 2014**



м. Чернівці, Україна, 2014

Бабенко І.Г., Боцюрко В.І., Скрипник Н.В., Костицька І.О., Дідушко О.М.	
Щитоподібна залоза і репродуктивна система жінки The thyroid gland and reproductive system in the female.....	37
Височанська Т.П., Бучинська А.Ю.	
Елементний вміст біосубстратів хворих на псоріаз із Північної Буковини – біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду Element content of biosubstrats in patient with psoriasis from Northern Bukovina – biogeochemical region with natural iodine insufficiency.....	38
Годованець О.І.	
Особливості перебігу пульпітів та періодонтитів у дітей при тиреопатії The peculiarities of pulpitis and periodontitis in children with thyreopathies.....	39
Ілюшина А.А.	
Корекція дисбактеріозу кишечника у хворих на дифузний токсичний зоб Correction of intestine dysbacteriosis in patients with diffuse toxic goiter.....	41
Ілюшина А.А.	
Стан мікрофлори кишечника при експериментальному гіпотиреозі Intestinal micriflora in experimental hypothyroidism.....	42
Карвацька Ю.П.	
Деякі аспекти патогенезу вугрової хвороби у мешканців йододефіцитного регіону Some aspects of the pathogenesis of acne vulgaris in the residents of the iodine deficiency region.....	43
Каспрук Н.М.	
Щитоподібна залоза і холодова кропив'янка Thy thyroid gland and cold urticaria.....	45
Коваль Г.Д.	
Особливості цитокинового профілю у жінок з безпліддям на тлі ендометріозу із супутнім гіпотиреозом Peculiarities of cytokine profile in women with infertility accompanied by endometriosis and concomitant hypothyroidism.....	47
Мандрик О.Є., Дрозд В. Ю.	
Клінічні та патогенетичні відмінності стану вуглеводного обміну хворих неалкогольним стеатогепатитом, ожирінням та гіпертонічною хворобою II ст. у порівнянні з ізольованим неалкогольним стеатогепатитом Clinical and pathogenetical differences of carbohydrate metabolism in patients with nonalcoholic steatohepatitis, obesity and hypertension of 2 nd degree as compared with isolated nonalcoholic steatohepatitis.....	49

встановлено у гірських та передгірних районах області (відповідно на 21,6% і 13,4%, $p < 0,001$), та, одночасно, підвищення рівня цинку в крові (у 3,7 рази, $p < 0,001$) і рівня марганцю (у 2,1 рази, $p < 0,001$). У волоссі хворих на псоріаз встановлено підвищення накопичення кальцію (на 30,4%, $p < 0,001$), заліза (на 25,7%, $p < 0,05$) і зниження вмісту цинку (на 9,41%, $p < 0,05$) та ксенобіотика свинцю (в 1,52 рази, $p < 0,001$). Найбільш істотне накопичення кальцію було зафіксовано у пацієнтів із рівнинних територій Північної Буковини (на 41,7%, $p < 0,001$), у пацієнтів із передгірних територій – збільшене накопичення заліза (на 37,8%, $p < 0,001$), зниження вмісту цинку (на 17,1%, $p < 0,001$) та у пацієнтів, мешканців гірських районів – підвищений вміст марганцю (на 21,2%, $p < 0,05$). Також було виявлено зниження вмісту свинцю у волоссі хворих із гірських і передгірних територій (у 2,4 і 1,7 рази, $p < 0,001$). У нігтях обстежених пацієнтів констатовано зниження вмісту заліза (на 31,5%, $p < 0,001$), марганцю (в 1,5 рази, $p < 0,001$) і цинку (на 13,4%, $p < 0,01$). Було визначено підвищене накопичення кальцію в нігтях хворих на псоріаз із передгірних і рівнинних районів (відповідно на 18,3% і 15,7%, $p < 0,05$) і, також, знижений вміст цинку (у середньому в 1,6 рази) у нігтях пацієнтів у порівнянні з іншими районами Північної Буковини.

Висновки. Таким чином, абсолютні зміни елементного складу біологічних субстратів (кров, волосся, нігті) встановлено у хворих на псоріаз – мешканців різних ландшафтних територій Чернівецької області (Північної Буковини) – біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду, які можуть бути однією з причин різного поширення псоріазу на території нашого регіону, що слід враховувати при призначенні таким пацієнтам диференційованої патогенетичної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПУЛЬПІТІВ ТА ПЕРІОДОНТИТІВ У ДІТЕЙ ПРИ ТИРЕОПАТІЇ

The peculiarities of pulpitis and periodontitis in children with thyreopathies

Годованець О.І.

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна

Вступ. Захворювання щитоподібної залози спричинені йодним дефіцитом, характерні для багатьох регіонів України, у тому числі й Буковини. На їх фоні розвивається ряд стоматологічних захворювань.

Тому **метою** нашого **дослідження** було вивчення клінічних особливостей перебігу ускладнень карієсу в дітей із супутньою патологією щитоподібної залози, зокрема дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ).

Матеріал і методи. Нами було оглянуто 180 дітей віком 12 років. Сформовано чотири групи спостереження: I група – соматично здорові діти (30 осіб); II група – діти з дифузним нетоксичним зобом Іа ступеня (50 осіб); III група – діти з дифузним нетоксичним зобом Іб ступеня (50 осіб); IV група – діти з дифузним нетоксичним зобом II ступеня (50 осіб). Проведено

визначення поширеності та інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей та його ускладнень (пульпіту, періодонтиту), а також здійснено аналіз клінічних форм цих стоматологічних захворювань.

Результати. Приблизно у половини обстежених, хворих дифузним нетоксичним зобом, реєструвались ті чи інші нозологічні форми пульпіту та періодонтиту постійних зубів. Найбільшим відсоток був у IV групі, він сягнув 64%. У всіх дітей переважали хронічні форми запалення пульпи та періодонту, однак спостерігалась певна відмінність у клінічних формах даних патологій. Зокрема, серед пульпітів у соматично хворих дітей перше місце займає хронічний фіброзний пульпіт. З анамнезу встановлено, що у більшості випадків (73%) захворювання розвивалося як первинно-хронічний процес, тобто не було гострої фази запалення пульпи.

Звертає на себе увагу достатньо висока частота виявлення хронічного гіпертрофічного пульпіту в дітей із тиреопатологією – 15%, у порівнянні з соматично здоровими дітьми. Особливістю клінічного перебігу даної форми пульпіту можна вважати відсутність вираженого розростання пухкої сполучної тканини, натомість оголена пульпа була набрякла, застійно гіперемована, із збереженим симптомом кровоточивості. Гангренозний пульпіт зустрічався з однаковою частотою у всіх групах спостереження.

Серед періодонтитів, класично, найпоширенішим виявився хронічний гранулюючий, однак перебіг його мав певні особливості. Відсутні виражені грануляційні розростання, слизова в ділянці нориці набрякла, застійно гіперемована, різко позитивний симптом перкусії. З анамнезу вдалося з'ясувати, що не у всіх дітей грануляційному періодонтиту передувала будь-яка клінічна форма пульпіту.

Зустрічались поодинокі травматичні гострі періодонтити. Не було нами зареєстровано жодного випадку гранулематозного періодонтиту, що, скоріше за все, пов'язано із віком груп спостереження. У дітей віком 12 років корені практично всіх постійних зубів знаходяться на різних стадіях формування, що ускладнює процес утворення гранульоми. Фіброзні форми хронічного періодонтиту також більш характерні для зубів із сформованим коренем, тому відсоток їх виявлення був не великим. У багатьох випадках розширення періодонтальної щілини супроводжувало хронічні форми пульпітів як реакція на процес хронічного запалення.

Частими були випадки наявності різних форм періодонтитів в ендодонтично пролікованих зубах у дітей із супутньою патологією щитоподібної залози. Тобто, можна констатувати неефективність загальноприйнятих методів лікування пульпітів та періодонтитів у дітей із ДНЗ, що вимагає детального їх аналізу та подальшої адаптації для даного контингенту хворих.

Висновки. Виявлені клінічні особливості перебігу пульпітів та періодонтитів у дітей, хворих на ДНЗ, вказують на необхідність подальших параклінічних досліджень з метою виявлення патогенетичних механізмів формування ускладнень карієсу зубів за умов патології щитоподібної залози. Адже, зрозуміло, що страждають певні ланки запального процесу або механізми його регуляції, що призводить до домінування хронічних

продуктивних форм запалення. Не останню роль у цьому, на нашу думку, відіграє функціональний стан сполучної тканини, з якої побудовані всі структурні елементи пульпи та періодонту.

КОРЕКЦІЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Correction of intestine dysbacteriosis in patients with diffuse toxic goiter

Ілюшина А.А.

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці, Україна*

Вступ. Зміни з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є одними з характерних клінічних проявів тиреотоксикозу. Проте численні клінічні дослідження вказують тільки на часткове усунення клінічних ознак дисфункції ШКТ після компенсації функціональних порушень щитоподібної залози. Літературні ж дані стосовно дисбіотичних змін у кишечнику при функціональних порушеннях щитоподібної залози носять характер припущень. Відповідно не розроблені ефективні заходи корекції кишкового дисбактеріозу при дифузному токсичному зобі (ДТЗ).

Метою дослідження було дослідити вплив пробіотиків на зміни мікрофлори кишечника у хворих на ДТЗ. З метою адекватної корекції дисбіотичних порушень при дисфункції щитоподібної залози ми вирішили застосувати пробіотик «Ротабіотик» («Кенді Фарма», Болгарія).

Матеріал та методи. Обстежено 25 хворих на ДТЗ після проведеної на фоні лікування мерказолілом бактеріотерапії пробіотиком «Ротабіотик». «Ротабіотик», хворим на ДТЗ, призначали по 1 капсулі 3 рази на добу (через 30 хв після прийому їжі) при дисбактеріозі I-II ступеня та по 2 капсули 3 рази на добу при дисбактеріозі III-IV ступеня впродовж 14-15 днів.

Результати. Застосування даного пробіотику в комплексному лікуванні хворих на ДТЗ призвело до нормалізації мікроекології порожнини товстої кишки лише у 16,1%, а покращувало мікробіоценоз кишечника у 83,9%. Крім того, у 32,3% хворих зберігався дисбактеріоз I ступеня, у 41,9% хворих – дисбактеріоз II ступеня та у 9,7% хворих – III ступеня.

Висновки. Таким чином, результати проведених досліджень показали, що призначення пробіотику «Ротабіотик» протягом 14-15 днів у хворих на ДТЗ, в яких сформувався кишковий дисбактеріоз, сприяє відновленню основних кількісних та якісних показників облігатних анаеробних і аеробних бактерій та зменшенню умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів.