

зміни морфо-функціонального стану щитоподібної залози. В процесі морфометрического дослідження встановлено, що при дії іонів кадмію відбувається зменшення висоти тироцитів, причому виявлена залежність від термінів введення і, в меншій мірі, від дози. Що стосується ширини тироцита, то вона зменшується з наростанням дози. Розміри як більшого, так і меншого діаметрів ядер тироцитів зменшуються з наростанням дози, менше позначається на цих показниках тривалість введення кадмію. Розміри ж фолікулів і кількість тироцитів в фолікулі практично не змінюється при всіх дозах, а при тривалих експериментах розмір фолікулів зменшується, кількість тироцитів має тенденцію до зниження.

Виявляється вплив кадмію на елементи строми щитоподібної залози. Виявлено розширення перифолікулярних кровоносних судин, поява в просвітах судин різних формених елементів крові. В окремих випадках в ендотелії з'являються ознаки, які можна розглядати як явище мікроклазматозу. Тканинні базофіли щитоподібної залози шурів, розсіяні в стромі, іноді в тісному контакті з фолікулами і кровоносними судинами. Кількість тканинних базофілів істотно зменшується в залежності від дози. В окремих випадках виявлялися тканинні базофіли, що містять круглі гранули з гомогенним вмістом помірної щільності, що нагадує жирову краплю.

При дії хлориду кадмію виникають порушення взаємозв'язків між параметрами тироцита і фолікула. Відбувається поступове зниження сили кореляційних зв'язків між параметрами тироцита, але паралельно збільшується сила взаємозв'язку між параметрами фолікула. Це може говорити про зниження ступеня внутрішньоклітинної морфологічної інтегрованості і збільшенні її на фолікулярному рівні. Отже, при дії хлориду кадмію на елементи паренхіми щитовидної залози відбувається зниження морфологічної інтегрованості її структурних елементів.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ

Майбородіна Д.Д.², Антоненко М.Ю.¹

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м Київ
Інститут післядипломної освіти, м Київ*

Актуальність. В останні роки, за даними ВООЗ понад 1,9 млрд людей віком старше 18 років мають надлишкову вагу, з них понад 650 млн — страждають від ожиріння, при цьому є тенденція до щорічного зростання цих показників. Окремий ризик становить морбідне ожиріння (МО), тобто ожиріння з індексом маси тіла (ІМТ) $> 40 \text{ кг/м}^2$, яке зумовлюючи глибокі гормонально-метаболическі зміни, призводить до цілої низки медико-соціальних проблем, зокрема, метаболічних порушень (цукрового діабету 2 типу, інсулінорезистентності, метаболічного синдрому), серцево-судинної патології (артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності, інсульту), патології дихальної системи (бронхіальної астми), порушень репродуктивної функції. Крім того, ожиріння є незалежним предиктором ризику смерті. Сьогодні доведено, що надмірна вага тіла та ожиріння є вагомими чинниками ризику для стоматологічного здоров'я осіб будь-якого віку.

Мета дослідження: дослідити структуру захворювань пародонта у пацієнтів молодого віку з морбідним ожирінням.

Матеріали і методи: під спостереженням були 38 пацієнтів із морбідним ожирінням віком 18-34 роки, які склали основну групу. Для порівняльної характеристики було також сформовано контрольну групу з 22 пацієнтів аналогічного віку з нормальною масою тіла. Для оцінки стану тканин пародонта використовували стандартні клініко-рентгенологічні методи обстеження та оцінки гігієни порожнини рота.

Результати та їх обговорення:

Генералізовані ураження пародонта виявлені у всіх 38 пацієнтів з морбідним ожирінням. У переважній більшості діагностовано хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню (24 особи, 63,2%), при цьому переважав загострений перебіг захворювання (22 особи, 91,7%), відповідно лише у 2 осіб (8,3%) перебіг дистрофічно-запального процесу в пародонті можна оцінити як хронічний.

Разом з тим, у інших пацієнтів (14 осіб, 36,8%) з морбідним ожирінням було діагностовано генералізований хронічний катаральний гінгівіт.

На окрему увагу заслуговує факт високої частоти незадовільного стану гігієни порожнини рота у хворих із морбідним ожирінням. Так, виявлено, що у 34 осіб (89,5%) з числа контингенту з морбідним ожирінням гігієнічний стан ротової порожнини відповідав рівню "незадовільний", лише у 4 осіб (10,5%) — рівню «добрий». В контрольній групі частота виявлення генералізованого пародонтиту хронічного перебігу склала 18,2% (4 особи), хронічний катаральний гінгівіт було діагностовано у 16 осіб (72,7%), а стан клінічно інтактного пародонта виявлено у 2 осіб (9,1%).

Висновки:

У структурі захворювань пародонта у осіб молодого віку із морбідним ожирінням переважає хронічний генералізований пародонтит із загостреним перебігом.

Розвиток та перебіг генералізованих уражень пародонта у хворих із морбідним ожирінням — генералізованого пародонтиту та катарального гінгівіту відбувається на тлі незадовільного стану гігієни порожнини рота, що, з одного боку, є складовою клічного перебігу захворювання, але з іншого, може розглядатися як етіологічний чинник хвороб пародонта у цієї категорії осіб, вірогідно, внаслідок психоемоційних предикторів генезу морбідного ожиріння.

РОЛЬ ЛФК В ЛІКУВАННІ Й ПРОФІЛАКТИЦІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Мироненко С.Г.

Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г.Короленка

За даними ВООЗ, за останні десятиріччя поширеність цукрового діабету (ЦД) у країнах світу зростає в 1,5-2 рази і коливається в середньому від 1,5 до 3-4%, а в розвинутих країнах світу — до 8-10%. Кожні 10-15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Розповсюдженість ЦД носить характер «неінфекційної пандемії» [7]. За прогнозом Міжнародної діабетичної федерації (International Diabetes Federation — IDF) кількість хворих на ЦД зростає до 400 млн., при цьому 93-95 % з них складуть пацієнти 2-го типу. В усьому світі ЦД був і залишається основною причиною сліпоти і ниркової недостатності. Ризик виникнення інсульту й інфаркту міокарду у хворих на ЦД вище у 2-3 рази, а за даними деяких досліджень — у 6 разів.