

- cholesterol, apolipoproteins and lipid ratios in patients with hypercholesterolemia: additional results from the STELLAR trial // *Clinical Therapeutics*. — 2004. — V. 26 (9). — P. 1388–1399.
9. Larsen C.M., Faulenbach M., Vaag A. et al. Interleukin-1-receptor antagonist in type 2 diabetes mellitus // *N Engl J Med*. — 2007. — V. 356(15). — P. 1517–26.
  10. Lenihan C.R., Lafayette R.A. High-Potency Statins and Acute Kidney Injury-Associated Hospitalizations // *American Journal of Kidney Diseases*. — 2013. — V. 62 (5). — P. 877–879. doi: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.07.006>.
  11. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the Management of Stable Coronary Artery Disease of the European Society of Cardiology // *Eur Heart J*. — 2013. — V. 34. — P. 2949–3003.
  12. Neubauer H., Muggé A. // *Curr.Pharm.Des.* — 2006. — V. 12. — P. 1271–1280.
  13. Rajpathak S.N., Kumbhani D.J., Crandall J. et al. Statin therapy and risk of developing type 2 diabetes: a meta-analysis // *Diabetes Care*. — 2009. — V. 32(10). — P. 1924–9.
  14. Sattar N., Preiss D., Murray H.M. et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials // *Lancet*. — 2010 — V. 375(9716). — P. 735–42.
  15. Sever P.S., Dahlöf B., Poulter N.R. et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial — Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial // *Lancet*. — 2003. — V. 361 (9364). P. 1149–1158. DOI:10.1016/S0140-6736(03)12948-0.
  16. Stender S., Schuster H., Barter P. et al. MERCURY Study Group. Comparison of rosuvastatin with atorvastatin, simvastatin and pravastatin in achieving cholesterol goals and improving plasma lipids in hypercholesterolaemic patients with or without the metabolic syndrome in the MERCURY I trial // *Diabetes, Obesity & Metabolism*. — 2005. — V. 7 (4). — P. 430–438.
  17. Буланова Е.Ю. Статини і печень // *Атеросклероз і дисліпидемії*. — 2013. — №3. — с. 11–16.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Падалка А. І.*

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»*

На сьогоднішній день значну частину всіх стоматологічних захворювань займає патологія тканин пародонту. Найчастіше, у 50-80% випадків (згідно з даними ВООЗ) у дітей та підлітків діагностують хронічний катаральний гінгівіт. Частота та поширеність ураження пародонта значно вищі у дітей із загально соматичною патологією, зокрема із хворобами ендокринної системи.

Цукровий діабет (ЦД) є розповсюдженим і найнебезпечнішим захворюванням ендокринної системи. ЦД найчастіше стає причиною розвитку тяжких хронічних уражень різних органів і систем.

Головним чинником, що негативно впливає на формування, розвиток та процеси обміну в тканинах пародонту, є хронічна гіперглікемія, що запускає цілий ряд патофізіологічних, біохімічних та імунологічних реакцій

[1].

Найхарактернішим для діабету є ураження дрібних судин у васкуляризованих тканинах, у тому числі, і тканинах пародонта [3]. Також, у дітей, хворих на ЦД, спостерігається зниження реактивності імунної системи внаслідок метаболічних порушень [2].

У зв'язку з тим, що в Україні з кожним роком відзначається зростання кількості дітей та підлітків із захворюваннями ендокринної системи, зокрема цукровим діабетом, стає актуальним питання розробки та удосконалення способів лікування ускладнень, що розвиваються на їх фоні, а саме хронічного катарального гінгівіту.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей 12-16 років, хворих на цукровий діабет, шляхом додаткового до загальноприйнятих місцевих методів лікування гінгівіту застосування лікарських препаратів, які б діяли на різні ланки патогенезу захворювань тканин пародонту на тлі цукрового діабету.

Матеріали та методи дослідження. Розроблений спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, хворих на цукровий діабет I типу, включає проведення професійної гігієни, навчання правил гігієни порожнини рота, призначення пастилок для розсмоктування пробіотичної дії «БіоГая Продентіс» (BioGaia AB, Швеція) по 1 пастилки в день (бажано після прийому їжі та чищення зубів). В якості імунокоригуючого засобу перорально застосовують краплі «Лімфоміозот» (Biologische Heilmittel Heel GmbH, Німеччина) по 10 крапель 3 рази на добу через одну годину після їди. Для індивідуальної гігієни ротової порожнини рекомендується використання зубної пасти «President ecoBIO Clinical» (Betafarma S.p.A., Італія) 2 рази в день, вранці та ввечері. Курс лікування складає 1 місяць.

Запропонований спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту було застосовано на кафедрі дитячої стоматології ВДНЗУ «УМСА» при оцінці стоматологічного стану 30 дітей, хворих на цукровий діабет I типу, віком від 12 до 16 років.

Результати дослідження та їх обговорення.

Приклад використання способу. Пацієнт М., 14 років. Клінічний діагноз: цукровий діабет I тип, тяжка форма, стадія субкомпенсації. Хворіє 4 роки. Постійно знаходиться на інсулінотерапії. Стоматологічний діагноз: генералізований хронічний катаральний гінгівіт, середній ступінь тяжкості. Скарги на періодичну кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: гіперемія, набряк папілярно-маргінальної частини ясен, ясенний край валикоподібно стовщений. Відмічається відкладення м'яких зубних нашарувань на зубах. Гігієнічний індекс за Грін-Вермільйоном — 1,5 балів (задовільна гігієна порожнини рота). Проба Шиллера-Писарева позитивна, папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) індекс Parma — 40% (середній ступінь тяжкості гінгівіту). Прикус ортогнатичний, аномалій прикріплення м'яких тканин порожнини рота не виявлено. Хворому призначено застосовувати розроблений комплекс лікувальних заходів протягом 1 місяця.

Після проведеного курсу лікування за запропонованим способом у хворого зникли неприємні відчуття в яснах, їх кровоточивість. Ясна блідо-рожевого кольору, щільно охоплюють шийки зубів. Гігієнічний індекс за Грін-Вермільйоном — 0,5 балів (добра гігієна порожнини рота). Проба Шиллера-Писарева негативна, папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) індекс Parma — 0%. Отримані дані свідчать про позитивну динаміку

змін клінічних показників після застосування запропонованого способу лікування.

Таким чином, запропонований спосіб відображає клінічну ефективність лікування, що підтверджується зниженням показників інтенсивності ураження тканин пародонта та може бути рекомендований для оптимізації лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, віком 12-16 років, хворих на цукровий діабет I типу.

#### Література

1. Карачевська К.О. Профілактика і лікування гінгівіту в дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом / К.О. Карачевська // Український стоматологічний альманах. — 2006. — № 5. — С. 71-72.
2. Скиба А.В. Диабет и заболевания пародонта / А.В. Скиба, Т.П. Терешина // Инновации в стоматологии. — 2013. — № 2. — С. 51-57.
3. Соболева Н.Н. Состояние пародонта у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, в зависимости от тяжести течения основного заболевания и его длительности / Н.Н. Соболева, В.Д. Молокова // Сибирский медицинский журнал. — 2010. — Т. 97, № 6. — С. 206-208.

### **РОЛЬ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ КАРІЕСУ В ОСІБ З ГЕНЕТИЧНОЮ ДЕТЕРМІНАЦІЄЮ ДО КАРІОЗНОЇ ХВОРОБИ**

*Парій А.М.<sup>2</sup>, Антоненко М.Ю.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ*

*<sup>2</sup>Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології, м. Київ*

Профілактика каріозної хвороби та її ускладнень продовжує посідати провідне місце серед проблем стоматологічного здоров'я. За даними ВООЗ, ураженість карієсом зубів населення коливається в межах від 80 до 98%. Антисептичні речовини, які використовуються для обробки відпрепарованої каріозної порожнини перед пломбуванням, нерідко є небезпечними для пульпи зуба, часто порушують процес полімеризації пломбувальних матеріалів, надають лише бактеріостатичну дію і не створюють стерильності каріозної порожнини, несумісні з лікувальними прокладками. Тому пошук оптимальних методик, які б унеможливили виникнення даних ускладнень є актуальним завданням сучасної стоматології. До таких методик відноситься фотодинамічна терапія (ФДТ), як альтернативний напрям у вторинній профілактиці каріозної хвороби.

**Мета роботи:** обґрунтувати застосування ФДТ при лікуванні глибокого карієсу гострого та хронічного перебігу в осіб із високим ступенем його генетичної детермінованості.

#### **Матеріали і методи:**

Дослідження проводилось 63 пацієнтам, які звернулись із приводу карієсу у віці від 18 до 25-ти років. До I-ї клінічної групи увійшли 34(53,96%) пацієнта з діагнозом гострий глибокий карієс, II клінічну групу склали 29(46,04%) пацієнтів із хронічним перебігом захворювання. Пацієнтам I та II клінічних груп у якості антисептичної обробки каріозної порожнини використовували ФДТ. Контролем слугували дві групи пацієнтів, по 15 осіб кожна, з карієсом гострого та хронічного перебігу, де ФДТ не