

Реферати

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ ЛИЦА И ШЕИ
Аветиков Д.С.

Работа посвящена обоснованию применения крема «Дермофібразе» в комплексной терапии патологических рубцов лица и шеи. Авторами доказано, что применение препарата является высокоэффективным и патогенетически обоснованным методом лечения. Наилучший результат наблюдается в первое полугодие после травмы, в период интенсивного роста рубцовой ткани.

Ключевые слова: патологический рубец, гипертрофический рубец, крем «Дермофібразе».

Стаття надійшла 9.06.2012 р.

MODERN METHODS OF PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF PATHOLOGICAL SCARS OF FACE AND NECK
Avetikov D.S.

Work is sanctified to the ground of application of cream of "Dermofibrase" in complex therapy of pathological scars of person and neck. It is well-proven authors, that application of preparation is the high-efficiency and nosotropic reasonable method of treatment. The best result is observed in the first half-year after a trauma, in the period of intensive height of cicatricial tissue.

Key words: pathological scar, hypertrophic scar, cream of "Dermofibrase".

УДК 618.19 – 006. 03:615

А.М.Громова*, Г.Ю.Лиховська*, Л.М.Добровольська*, О.І.Громова**, О.І.Басіанова***
*В.Д.Н.З України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава. **Міський пологовий будинок № 5, м.Київ. ***Обласний діагностичний центр, м.Полтава

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В ПРАКТИЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГА

Проведений аналіз захворюваності доброякісними дисгормональними процесами молочної залози. За період з 2009 по 2011 роки проведено 6076 обстежень молочних залоз. Діагностика базувалась на огляді, пальпації, мамографії, ультразвуковому обстеженні, пункції вузлових утворень і цитологічному дослідженні пунктата. Дифузні форми захворювання становили 77,9 %, вузлові 8 %, кісти 5,6 %, фіброаденоми 3,7 %, новоутворення 4,4 %. Завданням акушера-гінеколога є своєчасне виявлення ранніх проявів патології, поглиблене обстеження, взаємодія з суміжними спеціалістами, що зможе забезпечити своєчасне лікування.

Ключові слова: молочна залоза, мастопатія, діагностика, профілактика.

Однією з головних проблем нашого часу є зростання онкологічної патології. Зростання частоти захворювань молочної залози як доброякісних так і злоякісних є загальносвітовою тенденцією та пов'язане з численними гормональними та дисфункційними змінами. Пухлини молочної залози займають перше місце серед всіх онкологічних захворювань репродуктивної системи. У США рак молочної залози становить 29% від всіх випадків злоякісних пухлин у жінок, у Франції – 28 %, у Швеції – 24 %, в Росії – 18,3 %, в Японії 13,9 %. Частота запущених форм залишається високою. Серед хворих з уперше виявленим захворюванням на частоту I-II стадій доводиться 56,4 %, III стадії – 29,6 %, IV – 12,6 % [4,5,12]. В Україні раком молочної залози щорічно занеджують близько 17 000 жінок. Це значить, що кожні 35-37 хвилин у нашій країні виявляється новий випадок раку молочної залози (РМЗ) і щогодини від даного захворювання вмирає одна жінка [4].

Як свідчать статистичні дані 75-80 % жінок репродуктивного віку страждають на різні захворювання молочної залози. Доброякісні процеси діагностуються у кожній 4-ої жінки віком до 30 років. Згідно даних літератури у жінок старше 40 років патологічні стани молочних залоз виявляють у 60 % випадків. Різні форми мастопатії можуть служити чинником ризику для розвитку РМЗ. Численними морфологічними дослідженнями встановлено, що РМЗ на тлі дифузних гіперпластичних процесів виникає у 2-3 рази частіше, при локалізованих формах – у 25-30 разів частіше, ніж в інтактних молочних залозах [1,4,7,9]. Такі невтішні статистичні дані визначають актуальність даної проблеми та свідчать про необхідність ранньої діагностики і профілактики захворювань молочної залози. Оскільки до лікаря акушера-гінеколога найчастіше звертаються жінки протягом репродуктивного періоду йому належить ведуча роль в обстеженні і лікуванні жінок з доброякісними дисгормональними процесами та ранній діагностиці злоякісних пухлин молочної залози.

Метою роботи було проведення аналізу захворюваності доброякісними дисгормональними процесами молочної залози у жінок репродуктивного віку.

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети були використані дані роботи кабінету мамографії Діагностичного центру Полтавської обласної клінічної лікарні. За період з 2009 по 2011 роки проведено 6076 обстежень молочних залоз. Діагностика базувалась на огляді, пальпації, мамографії, ультразвуковому обстеженні, пункції вузлових утворень і цитологічному дослідженні пунктата. Кількісні дані виявленої патології наведені у таблиці 1. Результати дослідження та їх обговорення. Як видно з одержаних даних дифузні форми мастопатій становили переважну більшість захворювань – 77,9 %, вузлові форми – 8 %, кісти молочної залози виявлені у 5,6 % жінок. Звертає на себе увагу щорічне незначне зростання фіброаденом. Так, якщо у 2009 році їх

частота становила 3,3 %, то у 2010 – 3,7 %, а у 2011 – 4,2 %. Також викликає занепокоєння збільшення новоутворень молочної залози з 3,1% у 2009 році до 4,4 % у 2010 та 5,6 % у 2011 роках. 276 жінок направлено в онкодиспансер.

Таблиця 1

Структура захворювань молочних залоз за 2009-2011 роки

Рік	2009 рік		2010 рік		2011 рік		Всього за 3 р.	
	Абс.число	%	Абс.число.	%	Абс.число	%	Абс.число.	%
Нозологічна форма								
Дифузна ФКМ	1498	79,9	1421	76,6	1808	77,1	4727	77,9
Вузлова ФКМ	154	8,2	150	8,1	179	7,8	483	8,0
ФКМ з макрокістами	92	4,9	125	6,7	125	5,3	342	5,6
Фіброаденома	61	3,3	68	3,7	98	4,2	227	3,7
Підозра на новоутворення	58	3,1	83	4,4	135	5,6	276	4,4
Інша патологія	12	0,6	9	0,5	-		21	0,4
Всього	1875	100	1856	100	2345	100	6076	100

Діагностика захворювань молочної залози ґрунтувалась на огляді, пальпації, мамографії, ультразвуковому дослідженні, пункції вузлових утворень підозрілих ділянок і цитологічному дослідженні пунктату. Клінічне обстеження молочної залози крім огляду і пальпації включає ретельний збір анамнезу з урахуванням факторів ризику розвитку раку. Молочна залоза зазнає значних функціонально-морфологічних змін в період статевого дозрівання, вагітності, лактації, клімактеричному та постменопаузальному періодах. Характерною рисою молочної залози є складність чіткої диференціації фізіологічних та патологічних змін, що пов'язано з високою чутливістю до гормональних впливів [3,11]. Молочна залоза активно функціонує тільки в період лактації, але зберігає високу чутливість до статевих гормонів у всі періоди життя жінки. Циклічні зміни рівня статевих гормонів протягом менструального циклу відбуваються на процесах проліферації, диференціації, апоптозу. У фолікуліновій фазі менструального циклу відбувається клітинна проліферація в кінцевій протокодольковій структурі. У цей час можлива дія трьох механізмів проліферативної дії естрогену, які не виключають один одного: пряма стимуляція клітинної проліферації за рахунок взаємодії естрадіолу, пов'язаного з естрогенним рецептором ядерної ДНК; непрямий механізм – за рахунок індукції синтезу факторів росту, що діють на епітелій молочної залози аутокринно або паракринно; стимуляція клітинного росту за рахунок негативного зворотнього зв'язку, відповідно до якого естрогени нівелюють ефекти пригнічуючих факторів росту. Ауто-, пара- і ендокринні фактори росту можуть стимулювати або гальмувати ріст клітин. Існує також локальний синтез естрогенів у сполучній тканині молочної залози. Прогестерон відіграє основну роль у стимуляції дольково-альвеолярного розвитку й диференціації. Порушення співвідношення між естрогенним і гестагенним компонентами викликає зміну співвідношення сполучнотканинного і залозистого компонентів і розвиток у них проліферативних процесів. Одержані останніми роками дані [9,10]. дозволяють сформулювати концепцію єдності патогенетичних механізмів, що приводять до змін в гормонально-залежних структурах репродуктивної системи (молочних залозах і геніталіях) при різних нейроендокринних порушеннях. Головна причина виникнення дисгормональних захворювань – порушення балансу естрогенів і прогестерону в організмі жінки, в результаті якого розвивається відносна (а пізніше і абсолютна) гіперестрогенія, що служить базою для формування різних гіперестрогенних захворювань в органах мішеня статевої системи і молочної залози. Група найбільш високого ризику розвитку доброякісних захворювань молочної залози – це пацієнтки з гіперпластичними захворюваннями внутрішніх статевих органів – ендометріоз, міома матки, гіперплазія ендометрію або їх поєднання [1,4,11].

У виникненні патології молочної залози надзвичайно велику роль відіграє репродуктивний анамнез, спосіб життя та шкідливі звички. Факторами ризику розвитку раку молочної залози є вік більше 35 років, сімейний анамнез (при наявності онкопатології у родичів), вік менархе до 12 років, перші пологи після 30 років, менопауза після 55 років, атипія в результатах попередніх біопсійних матеріалів, зловживання алкоголем (вживання більше 100 мл міцних напоїв або 200 мл вина у день), вживання екзогенних гормонів (при безперервному вживанні комбінованих оральних контрацептивів або замісної гормональної терапії більше 10 років) [6,8]. На сьогоднішній день доведено, що постійно діючі стресові навантаження поряд з іншими факторами чинять суттєву пряму чи опосередковану дію на порушення репродуктивної функції [2,10].

У діагностиці патології визначальним є принцип онкозастереженості. Клінічні ознаки малігнізації наступні: пухлина, яка виявляється при пальпації; втягування соска або шкіри соска; асиметрія соска; ерозія соска; біль у молочній залозі; аксилярна лімфаденопатія; набряк верхньої кінцівки; набряк шкіри молочної залози, «лимонна шкірка», біль в аксилярній ділянці [8]. При виявленні патології здійснюється подальше обстеження стану молочної залози, яке проводиться з використанням «потрійного тесту», що включає: клінічне обстеження молочних залоз; білатеральну мамографію; при наявності об'ємних утворень – тонкогільчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідуною цитологією (маніпуляція проводиться підготовленим лікарем УЗД, інтерпретація результатів – лікарем патоморфологом [8].

Білатеральна мамографія є найпоширенішим і високоінформативним методом обстеження молочних залоз. Це обумовлено радіорезистентністю тканини зрілої молочної залози, низькою дозою опромінення сучасних апаратів, високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин (85-90%). Вона використовується при масових (скринінгових) обстеженнях, які направлені на раннє виявлення раку молочних залоз. Показанням для її виконання може бути наявність змін в молочних залозах, які виявлені при огляді та пальпації. Необхідно зауважити, що точність мамографії більш висока при дослідженні молочних залоз з великою кількістю жирової клітковини і знижується при рентгенологічно «щільній» залозі, тобто при великій кількості залозистої тканини. Тому у молодих

жінок чутливість до мамографії більш низька. Крім того метод мамографії пов'язаний з променевим навантаженням, що стає актуальним при необхідності багаторазових обстежень, а також у жінок молодого віку та при вагітності і лактації [6]. Проводити мамографію доцільно у першу половину менструального циклу. Перевагами мамографії є можливість поліпозиційного дослідження органу, виявлення утворень, які не пальпуються (розміром від 1 мм до 10 мм або знаходяться глибоко в тканині молочної залози, особливо при її великих розмірах) та наявність мікрокальцинатів, що є характерною рентгенологічною ознакою РМЗ.

Інформативна та діагностична цінність мамографії визначається мамографічною щільністю, тобто ступенем рентгенологічної щільності тканини молочної залози. Висока мамографічна щільність відмічається при перевазі фіброзної тканини, низька – при жировій інволюції молочної залози, проміжна – при тому чи іншому ступені візуалізації протокових структур. Ризик розвитку раку молочної залози у жінок з підвищеною мамографічною щільністю у 3 рази вищий, ніж у жінок з нормальною мамографічною щільністю. Прийом екзогенних естрогенів та гестагенів підвищують щільність тканини молочної залози на мамограмі, чим знижують діагностичні можливості мамографії при виявленні ранніх стадій раку молочної залози. Це вимагає більш уважного підходу до оцінки мамограм у разі обстеження пацієнок, які приймають гормональні препарати.

Досить широко при обстеженні молочних залоз застосовується ультразвукове дослідження (УЗД). Воно не потребує спеціальної підготовки, не має протипоказань. Недоліком є неможливість виявлення мікрокальцинатів. Показання до проведення УЗД: скринінг молочних залоз у молодих жінок (до 40 років); моніторинг стану молочних залоз у жінок, які приймають гормональні препарати (гестагени, КОК, ЗГТ); інтерпретація мамографічних даних щодо визначення структури об'ємних утворень; динамічне спостереження за розмірами об'ємних новоутворень у молодих жінок; контрольне обстеження після пункційної біопсії та хірургічних втручань на молочній залозі; обстеження молочних залоз при вагітності і лактації, а також у дітей та підлітків; для оцінки стану силіконових протезів молочних залоз.

За допомогою УЗД проводиться оцінка всіх компонентів молочної залози: шкіри, соска, підшкірної зони, яка включає в себе премамарну клітковину і передній листок фасції, паренхіми, протоків, ретроамарної ділянки та лімфовузлів. Таким чином, на УЗД візуалізується фрагмент молочної залози від шкірних покривів до грудної стінки. Основними ультразвуковими ознаками ФКХ є: збільшення товщини паренхіми (фіброгландулярної тканини) відносно вікових норм; розширення протоків (дуктектазія), інколи потовщення і гіперехогенність їх стінок; невідповідність ехогенності залозистої тканини віку пацієнтки; наявність кіст в молочній залозі. Всі зміни, виявлені в одній молочній залозі порівнюються з симетричними ділянками в іншій молочній залозі. Вираженість клінічної картини залежить від ступеню збільшення товщини залозистої тканини, явищ жирової інволюції, ущільнення сполучної тканини, розмірів і кількості кіст. Тому рентгенологічно і ехографічно виділяють кілька варіантів дифузної форми ФКМ: з переважанням залозистого компонента; з переважанням кістозного компонента; з переважанням фіброзного компонента; змішану форму. В кабінеті мамографії Діагностичного центру у 2009-2011 роках дифузна ФКМ виявлена у 4727 жінок, що становить 77,9 % у структурі загальної патології (таблиця 2).

Таблиця 2

Форми дифузної фіброзно-кістозної мастопатії.

Роки	2009		2010		2011		Всього за 3 р.	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
Залозиста	411	27,4	358	25,2	532	29,4	1301	27,5
Кістозна	483	32,3	454	32,0	748	41,4	1685	35,5
Фіброзна	129	8,6	137	9,7	115	6,4	381	8,2
Змішана	475	31,7	472	33,1	413	22,8	1360	28,8
Всього	1498	100	1421	100	1808	100	4727	100

ФКМ з переважанням залозистого компонента зустрічалася у 1301 (27,5%) жінок. Вона характеризується гіперплазією дольок молочної залози з плавним переходом ущільнень в навколишні ділянки, зустрічається у молодому віці. На мамограмі визначаються множинні тіні правильної форми з нечіткими межами, які відповідають ділянкам гіпертрофованих дольок, жирова інволюція виражена слабо, спостерігається розширення протоків (рис.1). При ФКМ з переважанням кістозного компонента, яка діагностована у 1685 (35,5%) осіб, відмічаються множинні кістозні структури еластичної консистенції, чітко відмежовані від навколишньої тканини залози, які утворені з атрофованих дольок і розширених протоків. Частіше розвивається в перименопаузальному періоді, переважно в постменопаузі. На мамограмі визначається великоп'ятнистий малюнок з чисельними просвітленнями і чітким контуром (рис.2).

Для ФКМ з переважанням фіброзного компонента, частота якої була значно нижчою (381 жінка, 8,2%) характерні фіброзні зміни сполучної тканини при наявності проліферації внутрішньопротокової тканини із звуженням просвіту протоків, можливо до повної облітерації. Дана форма захворювання характерна для жінок пременопаузального віку. На мамограмі визначаються щільні гомогенні ділянки з вираженою тяжистістю (вигляд «матового скла», рис. 3).

Змішана форма ФКМ виявлена у 1360 (28,8%) жінок та проявляється гіперплазією дольок, склерозом внутрішньодолькової і міждолькової сполучної тканини, атрофією альвеол, розширенням протоків і перетворенням їх у кістозні утворення (рис.4). Вузлова форма ФКМ – це локальні зміни у вигляді окремих чи множинних вузлів, за морфологічною картиною схожих на відповідні дифузні варіанти мастопатії. Така форма патології визначалася у 483 жінок, що становило 8 % (рис.5).

Фіброаденома – доброякісна пухлина молочної залози, яка виникає з епітелія залозистих часточок, має капсулу і чіткі межі. Вона діагностовано у 227 (3,7%) осіб. Пальпаторно визначається щільне округле рухливе утворення з гладкими контурами. На рентгенограмі візуалізується правильної овальної чи округлої форми утворення з чіткими контурами без перифокальної реакції (рис.6).

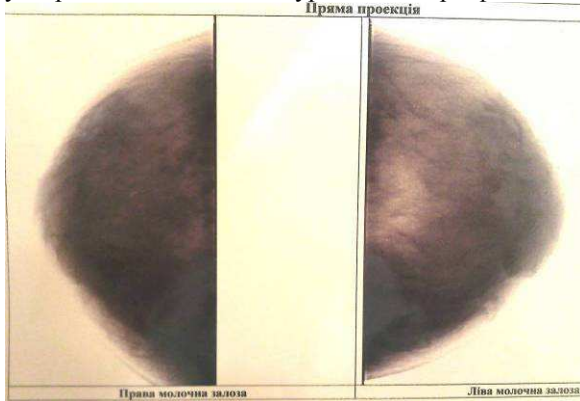


Рис. 1. ФКМ з переважанням залозистого компонента.

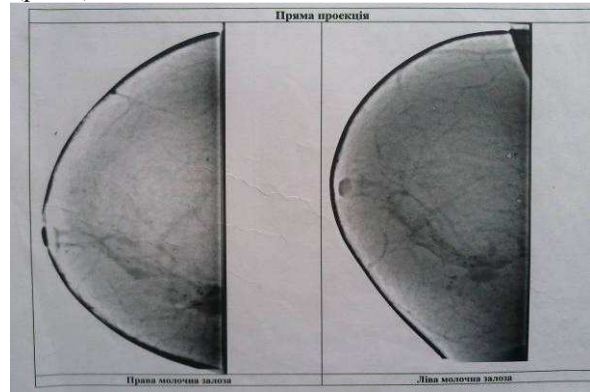


Рис. 2. ФКМ з переважанням кістозного компонента.

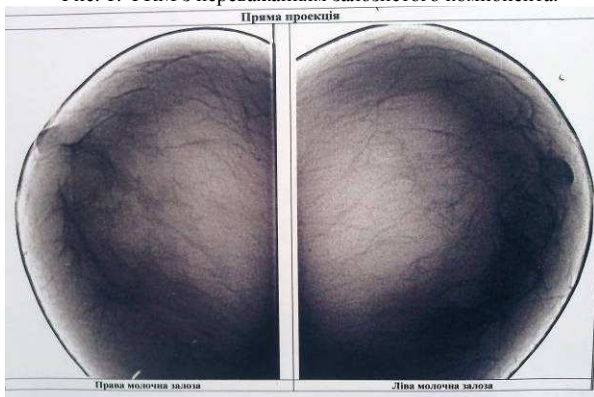


Рис. 3. Картина дифузної фіброзної мастопатії.

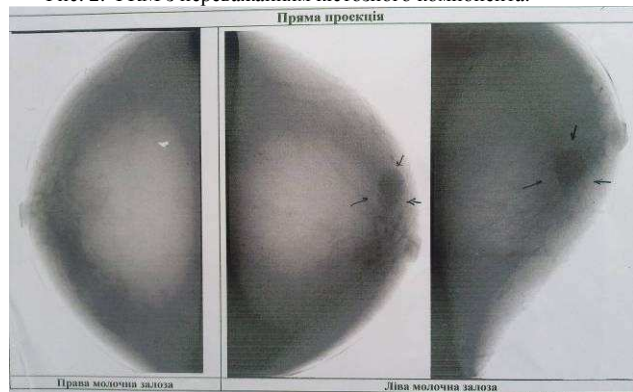


Рис. 4. ФКМ. Утворення лівої молочної залози-фіброаденома.

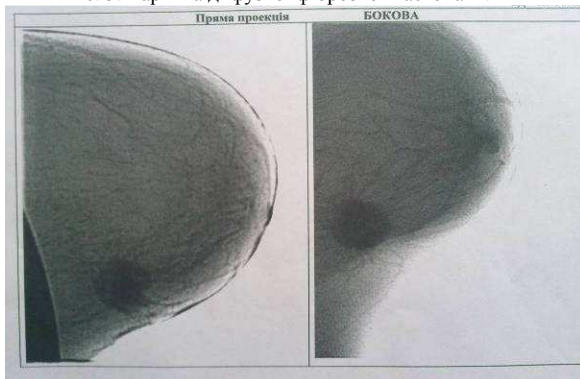


Рис. 5. Вузлова форма фіброзно-кістозної мастопатії.

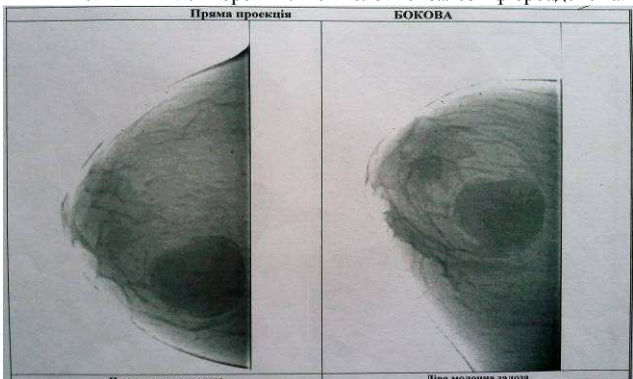


Рис. 6. Фіброаденома правої молочної залози на тлі дифузної ФКМ.

За наявності утворення в молочній залозі, яке виявлене під час пальпації чи ехографічному або рентгенологічному дослідженнях проводиться його пункційна біопсія з наступним цитологічним чи гістологічним дослідженням.

Висновок

Завданням лікаря акушера-гінеколога є профілактика патології молочної залози шляхом своєчасного виявлення ранніх проявів патології, особливо у випадках поєднання її з гінекологічними захворюваннями та скеровування пацієнтки на поглиблене обстеження, взаємодію з суміжними спеціалістами, що зможе забезпечити виявлення причинно-наслідкових зв'язків у розвитку ФКМ, визначити ризик виникнення онкологічного захворювання та забезпечити їх своєчасне лікування.

Література

- 1.Громова А.М. Особенности гинекологического обследования больных с заболеваниями молочных желез / А.М.Громова, А.Л.Громова // Акушерство и гинекология. – 2006. – №6. – С.39-40.
- 2.Громова А.М. Досвід застосування препарату мастодинон у лікуванні дисгормональних захворювань молочних залоз / А.М.Громова, Т.Ю.Ляховська, Л.М. Добровольська [та ін.]//

3. Жержова Т.А. Принципы диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез / Т.А. Жержова, А.Ф. Курилова // 36. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2007. – с.279-282.
4. Зотов А.С. Мастопатия и рак молочной железы / А.С. Зотов, Е.О. Велик, В.Е. Чешук – Киев. – 2004. – 87 с.
5. Ильин А.Б. Эндокринотерапия и лечение фиброзно-кистозной болезни молочных желез / А.Б. Ильин, С.В. Бескровный, Е.В. Малахова. // Матер. Первой междунац. онкологической конф. «Проблемы диагностики и рака молочной железы». – С.-Петербург. – 2004. – С. 73-77.
6. Коган И.Ю. Мастопатия: фиброзно-кистозная болезнь // Учебно-метод. Пособие / И.Ю. Коган – ООО «Издатель Н-Л». – 2007. – 24 с.
7. Ласачко С.А. Диагностика и возможности терапии мастодинии в практике акушера-гинеколога / С.А. Ласачко, В.П. Квашенко, Е.Г. Яшина // Новости фармации и медицины – 2007 - №3 (207). – С.8.
8. Профілактика та діагностика дисгормональних захворювань молочної залози. Наказ № 676 від 31.12.2004 р. Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекологічної допомоги.
9. Сеницын В.А. Лечение больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом / В.А. Сеницын, Т.В. Руднева // Жіночий лікар – 2007. – №6. – С. 31-33.
10. Татарчук Т.Ф. Эффективность применения препаратов, оказывающих дофаминергическое действие, в комплексной терапии дисгормональной стрессиндуцированной патологии / Т.Ф. Татарчук // Природная медицина. – 2010 - №3. – С. 20-25.
11. Compel A. Maturitas / Compel A., Chaoudt M., Leri D. [et al.], 2000. – 35 (suppl.1). – S. 343.
12. Porter P. “Европеизация» риска развития рака молочной железы / P.Porter // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – №3 (12). – С. 70-71.

Реферати

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА.

А.М. Громова, Т.Ю. Ляховская, Л.Н. Добровольская, А.Л. Громова, О.Л. Бакланова

Проведен анализ заболеваемости доброкачественными дисгормональными процессами молочной железы. За 2009-2011 годы проведено 6076 обследований молочных желез. Диагностика основывалась на осмотре, пальпации, маммографии, ультразвуковом обследовании, пункции узловых образований и цитологическом исследовании пунктата. Диффузные формы заболевания составили 77,9%, узловые – 8%, кисты – 5,6%, фиброаденомы – 3,7%, новообразования – 4,4%. Задачей акушера-гинеколога является своевременное выявление ранних признаков патологии молочной железы, углубленное обследование, взаимодействие со смежными специалистами, что сможет обеспечить своевременное лечение.

Ключевые слова: молочная железа, мастопатия, диагностика, профилактика.

Стаття надійшла 18.05.2012 р.

EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF BENIGN BREAST DISEASE IN THE PRACTICE OF OBSTETRICIANS -GYNECOLOGISTS

A.M. Gromova, T.Iu. Liakhovska, L.M. Dobrovolska, A.L. Gromova, O.L. Baklanova

The analysis of the incidence of benign dysgormonal breast diseases was managed. 6076 surveys of mammary glands were carried out during 2009-2011. Diagnosis was based on inspection, palpation, mammography, ultrasound scanning, puncture of the nodules and cytology. The diffuse form of the diseases were accounted for 77.9%, nodal - 8%, cyst - 5.6%, fibroadenoma - 3.7%, tumors - 4.4%. The task of obstetrician-gynecologist is the timely detection of early signs of breast pathology, in-depth examination of the interaction with related professionals for providing timely treatment.

Key words: mammary gland, breast, diagnosis, prevention.

УДК 616.311.2-002-053.2-085

О.Л. Голованець

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

На основі вивчення клінічної картини та стану показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини дітей в динаміці спостереження обґрунтовано доцільність використання антиоксидантних препаратів у комплексі загальноприйнятого лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей при надмірному надходженні нітратів. Встановлено позитивний вплив препаратів „Протефлазід” та „Імунофлазід” на динаміку захворювання, що підтверджується прискоренням зворотнього розвитку його клінічних проявів та підвищенням активності системи антиоксидантного захисту ротової порожнини.

Ключові слова: діти, гінгівіт, прооксидантно-антиоксидантна система, „Протефлазід”, „Імунофлазід”.

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри стоматології факультету післядипломної освіти Івано-Франківського державного медичного університету на тему: “Вивчення стану стоматологічного здоров’я населення західних регіонів України та розробка пропозицій щодо його збереження та покращення” (№ держреєстрації 0107U004631).

Проведені нами епідеміологічні дослідження показали високу розповсюдженість основних стоматологічних захворювань серед дітей, які мешкають на територіях із підвищеним рівнем нітратів у питній воді. Особливу увагу звертають на себе захворювання тканин пародонта, які діагностувалися у 80% обстежених