

щільності кісткової тканини при проведенні третього дослідження (після введення препаратів кальцію). Отримані дані свідчать про готовність пацієнтів основної групи до встановлення імплантатів зразу після ортодонтичної екструзії зубів та отримання препаратів кальцію. В той же час пацієнти групи порівняння потребують дотримання ретенційного періоду перед продовженням хірургічно-ортопедичного лікування.

Література:

1. Тимофеев О. О. Возможность застосування новітніх технологій в імплантатійній практиці / О. О. Тимофеев, В. В. Камінський, М. О. Ярифа // Збірник наукових праць Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2008. – Вип. 3. – С. 127–129.
2. Опанасюк І. В. Методика верхньощелепової аугментації / І.В. Опанасюк, А.З. Сюма // Імплантологія Парадонтологія Остеологія. – 2008. – №1(9). – С. 85-97.
3. Опанасюк І. Классификация методик имплантации и реконструкции альвеолярного гребня. Их интерпретация / И. Опанасюк, Е. Ляшенко, А. Сюма // Современная стоматология. – 2006. – 2. – С. 128-129

References:

1. Tymofjejev O. O., Kamins'kyj V. V., Jaryfa M. O. Mozhlyvist' zastosuvannja novitnih tehnologij v implantacijnij praktyci. Zbirnyk naukovyh prac' Instytutu stomatologii' NMAPO imeni P. L. Shupyka [Possibility of application of the latest technologies in implantation practice. Collection of scientific works Of the Institute of dentistry nmapo named after P. L. Shupik]. K., 2008; V. 3:127–129
2. Opanasjuk I. V., Sjuma A. Z. Methods of Maxillary Subantral Augmentation *Implantologija Paradontologija Osteologija*. 2008;1(9):85-97.
3. Opanasjuk I., Ljashenko E., Sjuma A. Classification of methods of implantation and reconstruction of the alveolar ridge. Their interpretation. *Sovremennaja stomatologija*. 2006;2:128-129.

Робота надійшла в редакцію 25.08.2019 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.37-002.2: 616.391

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3465963>

Н. А. Шевченко¹, Л. С. Бабинець², И. М. Галабицкая²

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Одесский национальный медицинский университет¹

Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины²

Summary. Shevchenko N. A., Babinets L. S., Halabitska I. M. **ETHIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC PANCREATITIS DEPENDING ON AGE AND COMORBID PATHOLOGY.**- *Odessa State Medical University, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University; e-mail: natusua9@gmail.com.* 247 patients of different ages with chronic pancreatitis and comorbid pathology were examined. It has been established that CP is quite common in all age groups, but the etiological factors leading to the development and chronicity of the disease, as well

as contributing to the recurrence and progression of the inflammatory process in the pancreas, are different, which should be taken into account when selection of a complex of drug therapy in this category of patients.

Key words: etiological factor, patients of different age, chronic pancreatitis, comorbid pathology

Реферат. Шевченко Н. А., Баби́нец Л. С., Галаби́цкая И. М. **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.** Обследовано 247 пациентов разного возраста с хроническим панкреатитом (ХП) и коморбидной патологией. Анализ результатов проведенного обследования установил, что ХП встречается достаточно часто во всех возрастных группах, однако этиологические факторы, приводящие к развитию и хронизации заболевания, а так же способствующие к рецидивированию и прогрессированию воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) – различные, что следует учитывать при подборе комплекса медикаментозной терапии у данной категории больных.

Ключевые слова: этиологический фактор, больные разного возраста, хронический панкреатит, коморбидная патология.

Реферат. Шевченко Н. О., Баби́нец Л. С., Галаби́цька І. М. **ЕТИОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА КОМОРБИДНОЇ ПАТОЛОГІЇ.** Обстежено 247 пацієнтів різного віку з хронічним панкреатитом (ХП) і коморбідною патологією. Аналіз результатів проведенного обстеження встановив, що ХП зустрічається достатньо часто у всіх вікових групах, однак етіологічні фактори, що призводять до розвитку та хронізації захворювання, а також чинники, що сприяють виникненню рецидивів запального процесу в підшлунковій залозі (ПЗ) – різні, що потрібно враховувати при підборі комплексу медикаментозної терапії у даної категорії хворих.

Ключові слова: етіологічний фактор, хворі різного віку, хронічний панкреатит, коморбідна патологія.

Вступление. Одной из актуальных проблем в современной медицине является хронический панкреатит (ХП). В связи с расширением диагностических возможностей возрастает вероятность выявления предикторов развития ХП на ранних этапах [1, 2]. Совокупность факторов, накапливающихся с возрастом, усугубляет течение заболевания и способствует наслоению клинической симптоматики. Поэтому выявление этиологических факторов в возрастном аспекте и подбор соответствующей рациональной терапии в зависимости от возраста является важным моментом в тактике ведения пациентов с воспалительными заболеваниями поджелудочной железы [3]. Несмотря на современные диагностические возможности, существенно снизить заболеваемость ХП пока не удастся. Так, в 2014 г. их распространенность составила 873 795 случаев (2474,7 случаев на 100 тыс. населения), а заболеваемость – 76 298 новых случаев (215,8 случаев на 100 тыс. населения) [4-6]. Это мотивирует врачей формировать серьезное отношение населения к профилактике ХП, в частности, к рациональному питанию, а также здоровому образу жизни.

Общеизвестно, что ХП болеют преимущественно пациенты трудоспособного возраста. Согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения (пересмотр 2015 г.) выделяют следующие возрастные периоды: людей от 25 до 45 лет относят к молодому возрасту, 46–65 лет – среднему возрасту, 66–75 лет – пожилому возрасту, 76–90 лет – старческому возрасту и после 90 лет – к долгожителям.

К основным факторам риска развития ХП относят стресс, ожирение, беременность, такие кислотозависимые заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), некаменный холецистит, желчекаменная болезнь и др. Не стоит забывать о том, что злоупотребление алкоголем и табакокурение по-прежнему занимают лидирующие позиции в списке предопределяющих причин развития панкреатита [2, 7, 8].

По данным ВОЗ за 2018 г., алкоголь входит в «почетную» тройку причин, которые прямо или косвенно способствуют снижению жизни населения, увеличению различных

заболеваний и приводят к преждевременной смерти. В мировой статистике прослеживается четкое повышение употребление алкоголя. Так, за период 2016-2018 гг. в Украине употребление алкоголя в литрах на душу населения выросло на 45 %, что поставило наше государство на лидирующее место в списке «пьющих» стран [9-11]. В Украине в связи с политической и экономической нестабильностью рынок спиртного почти не контролируется. Эти причины служат увеличению числа пьющих людей.

Полиэтиологичность и мультиморбидность ХП ведут к многообразию клинических проявлений заболевания. Различают следующие основные синдромы ХП: абдоминальный болевой, диспепсический, синдром внешнесекреторной недостаточности, синдром недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбции), трофологической недостаточности, энтеропанкреатический, аллергический, эндокринных изменений [3, 12-14]. Синдромы выраженного воспаления (характерный больше при острых панкреатитах), холестатический (более выражен у больных с наличием кист и рака ПЖ) и тромбеморрагический (как результат гиперферментемии) являются проявлениями тяжелых форм панкреатита, с которыми встречаются преимущественно в хирургических и реанимационных отделениях [15].

Для пациентов с ХП разных возрастных групп характерны свои особенности, что требует более тщательного их изучения с целью углубленного понимания этиопатогенеза ХП, предупреждения прогрессирования болезни и формирования дифференцированного подхода к лечению и реабилитации больных ХП в зависимости от возраста и коморбидной патологии.

Цель работы: Определить этиопатогенетические особенности хронического панкреатита в зависимости от возраста, пола пациентов и коморбидной патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 247 больных ХП, состоящих на диспансерном учете в поликлиническом отделении НП «Тернопольская городская коммунальная больница №2» и Одесском областном клиническом медицинском центре. Источником информации являлись «Медицинские карты амбулаторного больного» (ф. 025/у) и «Медицинские карты стационарного больного» (ф. 003/у) пациентов с ХП в течение 2014-2018 гг. Средний возраст обследуемых составил (58,17±2,46) лет. Среди анализируемых больных мужчин было 133 (53,8%), а женщин -114 (46,2%). Согласно современным возрастным критериям ВОЗ все больные ХП были рандомизированы на 3 группы. В I группу (до 45 лет) вошли 83 молодых пациента с ХП; II группа (46-65 лет) включала 86 больных среднего возраста с патологией ПЖ; III группу (66 лет и старше) составили пациенты, относящиеся к категории пожилого и старческого возрастов – 78 обследуемых (табл.1). Группы по возрастному признаку были сопоставимыми количественно, что дает возможность проводить валидный сравнительный анализ.

Таблица 1

Гендерное распределение больных ХП в возрастных группах

Возраст, лет	до 45(Ігруппа)		46-65(ІІгруппа)		66 и старше(ІІІ группа)	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Абс. количество, (%)	54 (65,0)	29 (35,0)	48 (55,8)	38 (44,2)	31 (39,7)	47 (60,3)
Всего, чел., (%)	83 (33,6)		86 (34,8)		78 (31,6)	

Далее больные были распределены по гендерному признаку. Исходя из данных, представленных на рис. 1, видно, что среди молодых пациентов ХП мужчины болеют значительно чаще (65,0 %), чем женщины (35,0 %). В средней возрастной группе процентное соотношение (мужчины/женщины) практически сравнивается, а среди пациентов пожилого возраста, обращающихся за медицинской помощью по поводу патологии ПЖ, женщин значительно больше (60,3 % и 39,7 % соответственно). По нашему мнению, полученные данные можно объяснить особенностями образа жизни мужчин (курение, прием алкогольсодержащих напитков, нерегулярное питание, употребление «fast-food» и прочее) в группе пациентов молодого и среднего возрастов. Причиной является также более высокий уровень смертности среди мужчин с ХП молодого и среднего возраста, а также превалирование женщин в пожилом возрасте в целом в популяции людей.

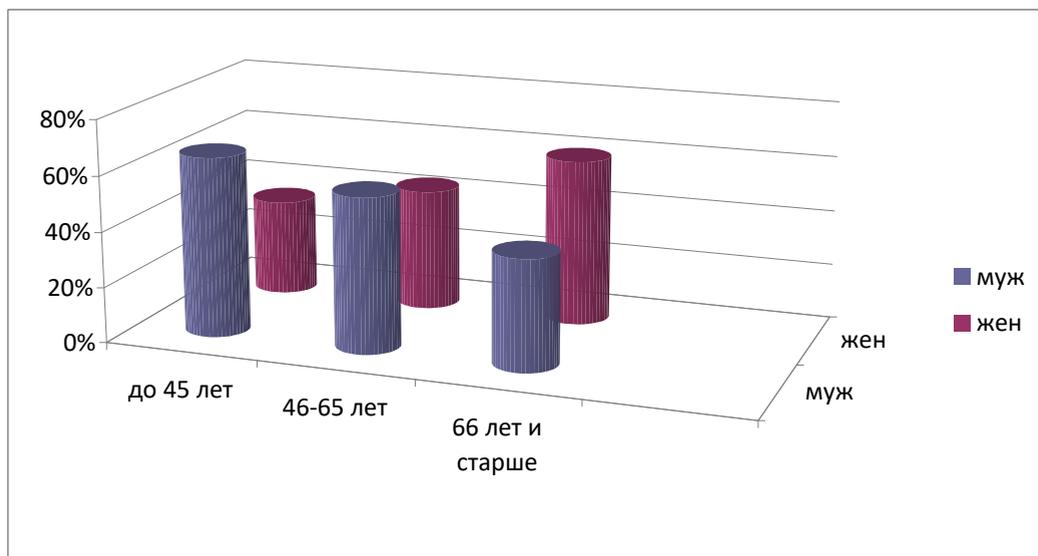


Рис.1. Распределение по половому признаку больных ХП разной возрастной категории

Кроме того, значительное увеличение процентного соотношения в сторону женщин в третьей группе может быть связано с более активной посещаемостью ими лечебных учреждений и снижением продолжительности жизни мужчин данной возрастной категории.

Для выявления предикторов развития заболевания мы оценивали возможные этиологические факторы развития ХП, которые у некоторых больных были более четко доминантными, а у части – в сочетании с другими факторами (коморбидными состояниями), поэтому большинство больных имели смешанный этиологический вариант возникновения ХП как результат одновременного влияния нескольких этиологических факторов.

Критериями исключения были больные с заболеваниями крови и онкологической патологией, острыми инфекционными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, состоянием декомпенсации жизненно важных органов.

Результаты и обсуждение. Анализируя данные, представленные в табл. 2, установили, что большинство пациентов (74,5 %) имели в анамнезе эндоскопически подтвержденные воспалительные изменения гастродуоденальной зоны (ГДЗ) в виде хронического воспаления слизистой оболочки желудка и ДПК разной степени выраженности. Среди данной категории больных с ХП эрозивные поражения слизистых ГДЗ встречались в 41,3% случаев от общего количества пациентов, причем в I группе обследуемых хронический поверхностный эрозивный гастрит наблюдался чаще, чем во II и III группах (56,6%; 23,2% и 12,8 %) соответственно.

Чуть реже, в 55,8 % случаев, согласно полученным данным, пусковым моментом к манифестации ХП послужил прием алкоголя. Из общего количества пациентов 16 (6,4 %) человек проходили добровольное лечение в психо-неврологических диспансерах по поводу злоупотребления алкоголем. Остальные 122 (49,4 %) пациента были выбраны из общего количества обследуемых по результатам тестирования при помощи Шкалы CAGE. Было выявлено, что средний балл составил $3,07 \pm 0,41$. По данным тестирования выявлено, что у 113 пациентов получено по 3,0 балла, у 9 обследуемых – 4 положительных ответа.

Нарушения со стороны липидного обмена среди общего количества пациентов ХП были выявлены у 89 пациентов, среди которых ИМТ (индекс Кетле) соответствовал верхней границе нормы (24,0-25,0), холестерин общий соответствовал ($6,93 \pm 0,02$) ммоль/л, причем в III группе обследуемых выявлено 80,7% пациентов, что значительно больше, чем во II и I группах.

Таблица 2

Распределение больных ХП в зависимости от этиологического фактора

Факторы n =247(100%)	до 45лет (I группа)		46-65 лет (II группа)		66 лет и старше (III группа)	
	Муж (%)	Жен(%)	Муж(%)	Жен(%)	Муж(%)	Жен(%)
Алкогольный, n=138(55,8 %)	38(45,7)	11(13,2)	32(37,2)	26(30,2)	20(25,6)	11(14,1)
	49(59,0)		58(67,4)		31(39,7)	
Билиарный, n=51 (20,6%)	4(4,8)	8(9,6)	3(3,5)	15(17,4)	8(10,2)	13(16,6)
	12(14,4)		18(20,9)		21(26,9)	
СД инс(-), n=62 (25,1%)	6(7,2)	4(4,8)	28(32,5)	8(9,3)	10(12,8)	6(7,6)
	10(12,0)		36(41,8)		16(20,5)	
Дислипидемический, n=89 (36,0 %)	5(6,0)	6(7,2)	4(6,6)	11(12,7)	41(52,5)	22(28,2)
	11(13,2)		15(17,4)		63(80,7)	
Ишемический, n=49 (19,8%)	2(2,4)	1(1,2)	11(12,7)	6(6,9)	21(26,9)	8(10,2)
	3(3,6)		17(19,7)		29(37,1)	
Посттравматический n=23 (9,3%)	2(2,4)	4(4,8)	3(3,5)	2(2,3)	7(8,9)	5(6,4)
	6(7,2)		5(5,8)		12(15,3)	
После ОП, n=20 (8,0%)	7(8,4)	2(2,4)	5(5,8)	2(2,3)	3(3,8)	1(1,2)
	9(10,8)		7(8,1)		4(5,1)	
Гастродуоденогенный, n=184 (74,5 %)	36(43,3)	22(26,5)	27(31,4)	37(43,0)	33(42,3)	29(37,1)
	58(69,8)		64(74,4)		62(79,4)	
Ятrogenный, n=75, (30,3%)	3(3,6)	5(6,0)	8(9,3)	5(5,8)	39(50,0)	8(10,2)
	8(9,6)		13(15,2)		54(69,2)	
Смешанный, n=197, (79,7%)	28(33,7)	25(30,1)	37(43,0)	38(36,0)	31(39,7)	45(57,7)
	53(63,8)		68(79,0)		76(97,4)	

Об ятrogenных поражениях ПЖ можно думать у большей половины пациентов III группы – 69,2%, у 15,2% обследуемых II группы и у 8 больных I группы. Анализируя анамнестические данные, пациенты данной подгруппы часто принимали парацетамол, проходили лечение по поводу туберкулеза, 6 пациентов проходили неоднократную антибиотикотерапию по поводу обострения хронических заболеваний, не связанных с желудочно-кишечным трактом. Важно, что наибольшее процентное соотношение больных с лекарственным поражением ПЖ встречается в III группе обследуемых, что по-видимому, связано с коморбидностью патологий сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, бронхо-легочной системы, что привело к необходимости применения соответствующей терапии, которая имела побочные эффекты.

В нашу выборку были включены пациенты как с внешне-, так и с внутрисекреторной недостаточностью функции ПЖ. Так СД 2 типа, инсулиннезависимая форма, была выявлена у четверти пациентов (25,1%), гендерное соотношение во всех группах склонялось в мужскую сторону.

Патология гепатобилиарной зоны выявлена у 51 пациента. Существенно, что 8 пациентам в анамнезе было проведено оперативное вмешательство по поводу желчекаменной болезни (ЖКБ): одной пациентке I группы, 3 пациентам - II и 2 пациентам - III группы выполнена лапароскопическая холецистэктомия; 2 пациентам II группы – полостная холецистэктомия. Стоит отметить, что у 7 (58,3%) обследуемых пациентов I группы по данным сонаграфического обследования органов брюшной полости выявлены перегибы желчного пузыря, утолщение их стенок или снижение его сократительной функции.

К этиологическому ишемическому фактору отнесено 49 (19,8%) обследуемых, из которых почти половину составили пациенты III группы.

В общую выборку исследования вошли 23 пациента, перенесшие травмы брюшной полости. Из пациентов «молодой» группы у 2 мужчин в детстве, по данным анамнеза, установлено, что были падения с велосипеда с повреждением органов брюшной полости, в средней группе обследуемых 4,6% пациентов занимались профессиональным спортом,

связанным с постоянными ударами в область передней брюшной стенки.

Важно отметить, что преобладающее (197 из 245) большинство пациентов ХП имели несколько факторов, способных привести к манифестации воспалительного процесса в ПЖ. Причем с увеличением возраста обследуемых добавлялись этиологические факторы и повышалось процентное соотношение в обследуемых возрастных группах. Так, смешанный характер этиологических факторов среди молодых пациентов I группы выявлен в 63,8% случаев. Среди пациентов средней возрастной группы наслоение нескольких факторов наблюдалось уже в 79,0% обследуемых. В III группе выявлено 97,4% больных ХП с наличием смеси большинства факторов, которые вызывают обострение ХП.

Таким образом, анализ результатов проведенного обследования установил, что ХП встречается достаточно часто во всех возрастных группах, однако этиологические факторы, приводящие к развитию и хронизации заболевания, а так же способствующие рецидивированию и прогрессированию воспалительного процесса в ПЖ – различные, что следует учитывать при подборе комплекса медикаментозной терапии у больных на ХП.

Выводы: 1. Среди пациентов с хроническим панкреатитом молодого возраста отмечено существенное достоверное преобладание мужчин (65,0 % против 35,0 %) над женщинами, среди группы среднего возраста – аналогичная, но меньшей значимости, тенденция (55,8 % против 44,2 %). В старшей возрастной группе пациентов отмечено достоверное преобладание женщин над мужчинами (60,3 % против 39,7 %) ($p < 0,05$). 2. Наиболее значимой причиной развития ХП в группе молодых в нашем исследовании стал гастродуоденогенный фактор (69,8% случаев). Среди пациентов среднего возраста наиболее преобладающим стал алкогольный фактор (67,4 %). В старшей возрастной группе наиболее влиятельным (80,7 %) оказался дислипидемический фактор, особенно в сочетании с ишемическим (37,1 %). 3. С увеличением возраста пациентов с ХП преобладала смешанная этиология заболевания с возрастанием количества значимых этиологических факторов. В старшей возрастной группе количество таких больных достигло 97,4 %, что необходимо учитывать при формировании комплексного лечения.

В перспективе дальнейших исследований. Перспективным является проведение разработки эффективных программ комплексного лечения и реабилитации пациентов разного возраста.

Литература:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю. М. Мостового, -16-те вид., доп. і перероб. - Вінниця, 2017.-722 с.
2. Христич Т. Н., Темерівська Т. Г., Гонцарюк Д. О. Хронічний панкреатит: сучасний погляд на етіологію, патогенез, клініку, лікування та медичну реабілітацію. Чернівці, 2018. 172 с.
3. Губергриц Н. Б. Современные возможности лечения сочетания хронического гепатита и хронического панкреатита токсической этиологии. Участковый врач. 2015. № 6. С. 23-25.
4. Губергриц Н. Б. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы: этиопатогенетические варианты и лечение / Н.Б. Губергриц // Современная гастроэнтерология. – 2013. - №3 (13). – С. 24-32.
5. Степанов Ю. М. Болезни поджелудочной железы как одна из ведущих проблем гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии (современная эпидемиология) / Ю. М. Степанов, Н. Г. Гравировская, И. Ю. Скирда, О. П. Петишко // Гастроэнтерология. – 2014. – № 3. – С. 7-14.
6. Гонцарюк Д.А. Хронический панкреатит: сочетание с заболеваниями гастродуоденальной зоны / Д.А. Гонцарюк // Укр. журн. медицины, біології та спорту.-2015.- № 2 (2).-С.48-52.
7. Бабінець Л.С. Оксидативний стрес і система антиоксидантного захисту в патогенезі формування терапевтичної патології / Л.С. Бібінець, І.М. Галабицька // Здобутки клінічної та експериментальної Медицини.- 2013.-№1 (18)-С. 7-10.
8. Babinets L.S., Pinkevich Z.Ja. Clinical and pathogenetic substantiation of the influence of tobacco smoking on the clinical course of chronic pancreatitis // Health of Ukraine. - 2013. - №4. - P. 46-48.

9. Рейтинг самых пьющих стран мира. URL: [http:// alcofan.com/rejting-samyx-pyushhix-stran-mira.html](http://alcofan.com/rejting-samyx-pyushhix-stran-mira.html)
10. Алкоголь в современном мире. «Медицинский справочник». URL: <http://www.medical-enc.ru/alcoholism-/alcohol-v-sovremennom-mire.shtml>
11. The identification of nutritional deficiencies in a patient with a 5 year history of chronic alcohol-induced pancreatitis / S.N. Duggan, S.M. Egan, H. O'Grady et al. // *Pancreatology*. - 2017. - Vol. 7. - P. 269.
12. Пасиешвили Л. М. Роль хронического панкреатита в нарушении метаболизма костной ткани и формировании остеопороза // *Актуальні проблеми сучасної медицини*. – 2016. – том 16, випуск 4 (56). – С. 167–170.
13. Lorh J. M. Exocrine pancreatic insufficiency. - 1st ed. - Bremen: UNIMED, 2017. - 71 p.
14. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губерриц, Т.М. Христич. - Донецк: ООО «Лебедь», 2013.-С. 236.
15. Interactions between the endocrine and exocrine pancreas and their clinical relevance / L. Czakó, P. Hegyi, Z. Jr. Rakonczay [et al.]// *Pancreatology* 2015. - Vol. 9.- No 4. -P. 351-359
16. Schrader H. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis./ H. Schrader, B.A. Menge, C. Zeidler, P.R. Ritter [et al.]// *Diabetologia*, 2010. P. 43-47

References:

1. Special Classification and Standard of Public Relations of Internal Organizations / as amended. Yu. M. Mostovoy, -16-those species., Ext. i overshoot. - Vinnitsya, 2017. -722 p.
2. Khristich T.N., Temerivska T.G., Gontarsyuk D.O. Chronic pancreatitis: an ongoing glance at etiology, pathogenesis, clinical features, clinical and medical rehabilitation. *Chernivtsi*, 2018.172 s.
3. Gubergrits N. B. Current treatment options for a combination of chronic hepatitis and chronic pancreatitis of toxic etiology. *District doctor*. 2015. No. 6. S. 23-25.
4. Gubergrits N. B. External secretory insufficiency of the pancreas: etiopathogenetic options and treatment / N.B. Hubergrits // *Modern gastroenterology*. - 2013. - No. 3 (13). - S. 24-32.
5. Stepanov Yu. M. Pancreatic diseases as one of the leading problems of gastroenterology and abdominal surgery (modern epidemiology) / Yu. M. Stepanov, N. G. Gravirovskaya, I. Yu. Skirda, O. P. Petishko // *Gastroenterology* . - 2014. - No. 3. - S. 7-14.
6. Gontzaryuk D.A. Chronic pancreatitis: combination with diseases of the gastroduodenal zone / D.A. Gonzarok // *Ukr. journal medicine, biology and sports*-2015.-No. 2 (2) .- P.48-52.
7. Babinets L.S. Oxidative stress and system of antioxidant zasty in pathogenesis form of therapeutic pathology / L.S. Bibinets, I.M. Galabitska // *Zdobutki clinical and experimental medicine*.- 2013.-№1 (18) -С. 7-10.
8. Babinets L.S., Pinkevich Z.Ja. Clinical and pathogenetic substantiation of the influence of tobacco smoking on the clinical course of chronic pancreatitis // *Health of Ukraine*. - 2013. - №4. - P. 46–48.
9. Rating of the most drinking countries in the world. URL: [http:// alcofan.com/rejting-samyx-pyushhix-stran-mira.html](http://alcofan.com/rejting-samyx-pyushhix-stran-mira.html)
10. Alcohol in the modern world. "Medical reference book." URL: <http://www.medical-enc.ru/alcoholism-/alcohol-v-sovremennom-mire.shtml>
11. The identification of nutritional deficiencies in a patient with a 5 year history of chronic alcohol-induced pancreatitis / S.N. Duggan, S.M. Egan, H. O'Grady et al. // *Pancreatology*. - 2017. - Vol. 7. - P. 269.
12. Pasieshvili L. M. The role of chronic pancreatitis in impaired bone metabolism and the formation of osteoporosis // *Actual problems of conventional medicine*. - 2016. - Volume 16, Issue 4 (56). - S. 167–170.
13. Lorh J. M. Exocrine pancreatic insufficiency. - 1st ed. - Bremen: UNIMED, 2017. - 71 p.
14. Gubergrits N.B. Clinical pancreatology / N.B. Huberritz, T.M. Christ. - Donetsk: Swan LLC, 2013.-S. 236.

15. Interactions between the endocrine and exocrine pancreas and their clinical relevance / L. Czako, P. Hegyi, Z. Jr. Rakonczay [et al.]// Pancreatology 2015. - Vol. 9.- No 4. -P. 351-359

16. Schrader H. Determinants of glucose control in patients with chronic pancreatitis./ H. Schrader, B.A. Menge, C. Zeidler, P.R. Ritter [et al.]// Diabetologia, 2010. P. 43-47

Робота надійшла в редакцію 23.08.2019 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.31-08-039.71:616.314-089.23

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3465968>

Ю. В. Гороховская

СОСТОЯНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СЪЁМНЫХ АППАРАТОВ

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НАМН Украины», г. Одесса

Summary. Gorokhivskaya Y. V. **STATE OF HARD DENTAL TISSUES, PERIODONTAL TISSUES AND ORAL CAVITY HYGIENE IN YOUNGER SCHOOL AGE CHILDREN DURING ORTHODONTIC TREATMENT WITH THE USE OF REMOVABLE APPLIANCES.** – *State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-facial Surgery NAMS of Ukraine»; e-mail: vesnyk@ukr.net.* The developed treatment and prophylactic complex for supporting orthodontic treatment of dentoalveolar anomalies using removable appliances in primary school children with average dental caries made it possible to achieve carioprophyllactic efficacy in the main group by 38.4%, reduce the prevalence rate of Parma inflammation by 9.63 times, and level indicators hygiene improve 1.4 times. All children who completed the full course of orthodontic treatment using removable orthodontic appliances and the method of lower jaw expansion that we developed had a 100% effect of eliminating permanent bite crowding.

Key words: prevention, hard tooth tissue, periodontal tissue, orthodontic treatment, removable appliances

Реферат. Гороховская Ю. В. **СОСТОЯНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СЪЁМНЫХ АППАРАТОВ.** Разработанный лечебно - профилактический комплекс сопровождения ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий с помощью съёмной аппаратуры у детей младшего школьного возраста со средним кариесом зубов позволил в основной группе достичь кариеспрофилактической эффективности в 38,4%, снизить индекс распространённости воспаления Пармав 9,63 раза, а показатели уровня гигиены улучшить в 1,4 раза. У всех детей, которые полностью прошли курс ортодонтического лечения с помощью съёмной ортодонтической аппаратуры и разработанного нами метода расширения нижней челюсти, наблюдался 100 % эффект ликвидации скученности зубов постоянного прикуса.

Ключевые слова: профилактика, твёрдые ткани зубов, ткани пародонта, ортодонтическое лечение, съёмная аппаратура.