

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»

КЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Щоквартальний
науково-практичний журнал

Заснований у грудні 2010 року

- ◆ Терапевтична стоматологія
- ◆ Хірургічна стоматологія
- ◆ Ортопедична стоматологія
- ◆ Дитяча стоматологія
- ◆ Експериментальні дослідження
- ◆ Повідомлення

№ 3,4, 2013

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор – Ніжирний Я. П.
Відповідальний секретар – Бойченко С. І.

Ковальчук Л. Я. – науковий консультант

Боднар Я. Я.
Бондаренко Ю. І.
Борисенко В.
Волков К. С.
Кліщ І. М.
Мазур І. П.
Маланчук В. О.
Посохов К.
Рожко М. М.
Соколов І. І.
Ступницький Р. М.
Харченко М. Р.
Хоменко Л. О.
Черкшин С. І.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Вдєєв О. В. (Тернопіль)
Готь І. М. (Львів)
Зубчик В. М. (Львів)
Лучинський М. (Тернопіль)
Мельничук Г. М. (Івано-Франківськ)
Мунтян Л. М. (Вінниця)
Остапко О. І. (Київ)
Потемчук М. (Ужгород)
Пюрик В. П. (Івано-Франківськ)
Риблов О. В. (Полтава)
Рузін Г. П. (Харків)
Смоляр Н. І. (Львів)
Філімонов Ю. В. (Вінниця)

Клінічна стоматологія

Науково-практичний журнал

Засновник і видавець:

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ 17393–6163Р від 30.12.2010

Адреса редакції:

Журнал «Клінічна стоматологія»
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
Майдан Воли, 1
м. Тернопіль, 46001 УКРАЇНА

Тел. (0352) 43-49-56

Факс (0352) 52-80-09

E-mail: jornaltdmy@gmail.com

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

Рекомендовано до видання вченою радою
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

(протокол № 3 від 17 вересня 2013 р.)

Редагування і коректура
Технічний редактор
Комп'ютерна верстка
Дизайн обкладинки

О. П. Шпак
С. Т. Демчишин
Н. Б. Бенюк
П. С. Кушик

Підписано до друку 18.09.2013. Формат 60x84/8.
Група паперу Baltica C. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 13,49. Обл.-вид. арк. 11,38.
Тираж 600 зм. 2013.

Матеріали друкуються мовою оригіналу (українською, російською, англійською). Відповідальність за зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодатель. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, вказаних у інших інформаціях, використаних у публікаціях. При передруку обов'язково повністю чи частково матеріалів журналу «Клінічна стоматологія» повинна бути журналом обов'язково.

© Науково-практичний журнал «Клінічна стоматологія», 2013

ЗМІСТ

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

П. . Г сюк
Особливості альтернативних методів протезування включених дефектів зубного ряду нейлоновими протезами

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

О. В. Авдєєв
Ступінь активності фосфатази при експериментальному пародонтиті та його корекції

CONTENTS

ORTHOPEDIC STOMATOLOGY

P. A. Gasiuk
9 Features alternative prosthetics included defects of the dentition nylon dentures

EXPERIMENTAL RESEARCHES

A. V. Avdeev
13 Degree of activity of phosphatase at experimental periodontitis and at his correction

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ "Інноваційні технології в стоматології"

20 вересня 2013р.

Я. В. Гриновець, В. В. Бумценко, І. С. Гриновець, В. С. Гриновець
Втілення образів Святої Полонії у мистецтві 19

М. Р. Хрип, О. О. Бондівська
Роль статевих гормонів у розвитку діабетичної рідіоміопатії 20

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

О. О. Фістова, Р. Ю. Митвеєнко
Оцінка ефективності застосування пі-протезів в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту 21

О. О. Фістова, Є. Крижановський
Порівняльне вивчення змін гемомікроциркуляції тканин протезного ложа при користуванні повними знімними протезами з жорстким двохривим базисом 22

П. . Г сюк, С. О. Росоловська, О. Греч
Безметалева кераміка на основі оксиду цирконію як пріоритет незнімного протезування в ортопедичній стоматології 23

П. . Г сюк, Н. Я. Ковтун
Структурна лево-дентинна межа пришийкової ділянки зубів у осіб похилого віку 24

О. О. Фістова, С. С. Кобиляк
Значення оклюзійних концепцій у розвитку пародонтитного стирнення твердих тканин зубів 25

Т. Г. Чопик, У. Р. Валишин, С. В. Косенко
Досвід використання штафтово-куксових вкладок 26

Р. М. Ступницький, В. Р. Яричківський, М. В. Пилип
Методичне моделювання пружено-деформованого фронтальної групи зубів, що виникли при використанні безметалевих ортопедичних конструкцій 27

<i>О. Я. Смирнівська</i> Мтемтичний лізнпружено-деформованогостну кістковоїткнини львеолярного відростк	28
<i>О. В. Громов</i> Порівняння покзників рухомості зубів у хворих різних вікових груп н ет п х комплексного лікув ння	29
<i>В. . Віхров</i> Порівняння покзників ксіогр фічних досліджень з лежно від віку хворих т ст ну п родонт	30
<i>Р. Е. В. Силенко</i> Біомех нічний розр хунок конструкції рмуячого елемент повного знімного протез з верхньої щелепи	31
ДИТЯЧ СТОМ ТОЛОГІЯ	
<i>Н. І. Смоляр, Х. Г. Мусій-Семенців</i> Поширеність т інтенсивність к рієсу молочних зубів у дітей із з г льносом тичною п тологією	32
<i>Г. М. Солонько</i> Стом тологічне лікув ння дітей із сом тичною п тологією в умов х з г льного знеболюв ння .	33
<i>Н. І. Смоляр, О. О. Сов'як</i> Вз ємозв'язок рівня мінер льної щільності кістковоїткнини т інтенсивності к рієсу зубів у дітей шкільного віку	35
<i>Е. В. Безвушко, Н. А. Чухр й, хм g X тем Дж сер</i> Ст нтк нин п родонт у дітей із регіону з підвищеним вмістом фтору в питній воді	36
<i>Н. А. Чухр й</i> Вікові особливості мікрокрисл із ції ротової рідини у дітей	37
<i>Н. А. Чухр й, С. Є. Лещук</i> Структур інтенсивності к рієсу тимч сових зубів у дітей з бронхі льною стмою	38
<i>Е. В. Безвушко, Г. С. Гордон-Жур, Н. В. Пулипів, хм g Ж метр, хм g X тем Дж сер</i> н ліз з кл дки третіх постійних молярів у дітей з лежно від ст ті	39
<i>О. В. Єзерськ, У. О. Ст дник</i> Ст н гігієни порожнини рот у дітей шкільного віку	41
<i>Н. І. Смоляр, О. Т. Н репех, М. Б. Фур</i> Ст н стом тологічного здоров'я дітей шкіл-інтерн тів т дитячих будинків	42
<i>О. В. Єзерськ, О. В. Гоняк</i> н ліз моніторингу соціологічного опитув ння т стом тологічний ст тус у дітей із з хворюв ннями щитоподібної з лози, які прожив ють у регіоні з недост тнім вмістом йоду	43
<i>О. І. Годов нець</i> Мінер лізуючий потенці л ротової рідини дітей при тиреоп тології	44
<i>В. . Гонч ренко, О. І. Годов нець</i> Оцінк стом тологічного ст тусу в дітей з інсуліноз лежним цукровим ді бетом	45
<i>Н. Б. Кузняк, Н. М. Н вольський, . І. К линчук</i> профіл ктичний огляд – перш інст ніція в попередженні виникнення дефектів зубних рядів ...	45

<i>В. В. Івчишин</i> Прекрізні процеси фісурно-ямкової локлізціі	46
<i>В. Д. Куроєдов, О. М. Мокров</i> симетричність нижньої щелепи у пацієнтів із скітальною симетрією прикусу з даними ортопнтомографії	48
<i>М. . Лучинський, В. М. Лучинський, В. Б. Петрунів</i> Стнімунологічної реактивності організму дітей зі стоматологічними захворюваннями, які проживають не екологічно несприятливих територіях	49
<i>В. Д. Куроєдов, К. Л. Куроєдов</i> Рекція вегетативної нервової системи не ортодонтичний прийом	50
<i>В. Д. Куроєдов, Г. О. Кім, Т. О. Чикор</i> Лінгвофонетичні порушення в дітей із зщ	50
<i>Ю. К. Змарко, О. В. вгєєв</i> лікувнят профілактик гінгівіту в дітей з використаням препаратів з верби білої	51
<i>М. І. Дмитренко</i> удосконалення ортодонтичного лікувня пацієнтів із скученістю зубів	52
<i>Н. О. Гевкльок</i> Лікувня грипозного стоматиту в дітей із зстосуваням фітопрепарату «Солодки корінь»	53
<i>О. Я. Вигойник</i> прояви гострих респіраторних вірусних інфекцій слизової оболонки порожнини рота у дітей із обтяженим алергологічним не мезом	54
<i>. Е. Дєньг</i> Підготовчий етап при ортодонтичному лікувнні зубо-щелепних номалій у дітей з початковим крієсом зубів	55

ТЕРПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Н. В. Гсюк, П. . Гсюк</i> Характеристик клітинного складу пародонтальних кишень при пародонтиті в стадії згострення	56
<i>В. М. Битіг, Т. С. Бойчук</i> Статистика порожнини рота у провідників психічних вгонів Чернівецького вузла Львівської залізниці	57
<i>Г. Д. Семенюк, Р. С. Кішівськ</i> Зміни клінічного стану пародонту у хворих не генералізованій пародонтитній комплексного лікувня	58
<i>І. М. Дмитрів, У. Р. Вєлишин, Ю. Г. Кононенко</i> репродукція ясен, покриття, методи проведення	58
<i>С. І. Бойцнюк, О. Ю. Кіндрецьк, . В. Бліцький</i> біохімічні маркери кісткового метаболізму у хворих не генералізованій пародонтитній	59
<i>В. М. Кулигін, В. Є. Пудяк, А. Д. Тупол</i> Гігієнічний стан ротової порожнини у працівників, зайнятих у виробництві товпів побутової хімії	60
<i>І. С. Денег, О. Р. Ріпецьк, В. С. Гриновець, В. В. Бумценко</i> Необхідні умови для ефективного ультрзвукowego опрацювання пародонтальних кишень у хворих не генералізованій пародонтитній	61

<i>М. Т. Пупін</i>	
Порівняльн оцінк ктивності ф кторів вірулентності мікрофлори, виділеної при п родонтит хт гінгівіт х у осіб молодого віку	62
<i>Г. Б. Кім к, Г. М. Мельничук, М. М. Рожко, Ю. Г. Кононенко, Н. І. Шовков</i>	
Спосіб лікув ння генер лізов ного п родонтиту	63
<i>Н. В. М цко</i>	
Оцінк п родонтологічного ст тусу у хворих із г строудоден льними вир зк ми	64
<i>Н. М. П велко, І. Й. П велко, Н. П. М хлинець, Н. І. Шовков</i>	
Корекція порушень судинно-тромбоцит рного гемост зу у хворих н генер лізов ний п родонтит	64
<i>О. М. Немеш, І. В. Шилівський, З. М. Гонт , І. Є. Швець</i>	
Ефективність з стосув ння моршинської мінер льної води у комплексній тер пії генер лізов ного п родонтиту	65
<i>О. І. Мрочко</i>	
Гігієнічний ст н порожнини рот у пр цівників спиртового виробництв	66
<i>В. Р. М чоґ н, О. В. вєєв</i>	
Комплексне лікув ння хворих н генер лізов ний п родонтит з використ нням синбіотик «Б ктулін»	67
<i>О. В. Довг нич, В. І. Герелюк, Н. В. Нейко</i>	
Комплексне лікув ння хворих н генер лізов ний п родонтит методом синглетно-кисневої тер пії	68
<i>Н. І. Микиєвич, І. І. Ног чевськ</i>	
Порівняльне вивчення модуля пружності мікрогібридних фотополімерних композитних м тері лів	69
<i>І. С. Гриновець, В. С. Гриновець, В. В. Бум ценко</i>	
Удоскон лення стом тологічної допомоги шляхом з стосув ння стом тологічних лік рських плівок	70
<i>Т. І. Дзецюх</i>	
Порушення гумор льного імунітету з умов експеримент льного п родонтит у н тлі гіпотиреозу	71
<i>О. М. Виногр гов , А. М. Хорос</i>	
Дослідження дин міки пок зників електроодонтоді гностики т кислоторезистентності ем лі при вибілюв нні зубів	72
<i>Н. Н. Б ндрівськ</i>	
Комплексне лікув ння з п льних з хворюв нь п родонт у пр цівників цементного виробництв	73
<i>М. К. Добровольськ , В. М. Гелей., Н. І. Гелей, . С. Ух тлюк</i>	
Комплексне лікув ння хворих з п родонт льними хроніосептичними вогнищ ми інфекції	75

ХІРУРГІЧН СТОМ ТОЛОГІЯ

<i>О. В. Риб лов, Д. С. ветіков, О. С. Ів ницьк</i>	
Токсичний некроз щелепних кісток у н ркоз лежних п цієнтів: оцінк відд лених результ тів комплексного лікув ння	77
<i>Д. С. ветіков, І. В. Яценко, С. О. Ст вицький, К. П. Локес, О. О. Розколул</i>	
Можливості тепловізюгр фії у ді гностиці з хворюв нь скронево-нижньощелепного суглоб	78

<i>Д. С. ветіков, В. М. Соколов, І. В. Яценко, С. О. Ствицький</i> Методики підйому та мобілізації шкірно-жирових клаптів у різних топографічних зонах тіла людини	79
<i>Л. І. Волошин, М. Г. Скікевич, В. М. Гвиріш, Н. М. Соколов, І. В. Бойко</i> Про необхідність урахування рівня тривожності пацієнтів для профілактики післяопераційних ускладнень в клініці щелепно-лицевої хірургії	80
<i>Х. Р. Пограч, Р. З. Огоновський</i> Оцінка ефективності методів променевої діагностики при переломі зчленування нижньої щелепи	81
<i>О. Я. Мокрик, О. В. Шмідт</i> Вплив дальнобачності на зміст гістаміну у вогнищі гострого запалення та больову реакцію	82
<i>Н. І. Птерег, В. В. Винчук—Птерег</i> Дослідження ефективності родіоли рожевої у лікуванні ротової порожнини при пародонтиті	83
<i>Г. Гулюк, С. Д. Вержицький</i> Рентгенологічні диференційні діагностичні чужорідних тіл гігромами в зоні прихронічних одонтогенних гігморитів	84
<i>Є. Демкович, Ю. І. Бондаренко</i> Порушення окисно-відновних процесів при експериментальному постекстракційному альвеоліті та їх корекція тіотризоліном	85
<i>Ю. Л. Бондарівський, О. О. Стрижак</i> Діагностика порушення структурно-функціонального стану кісткової тканини у працівників кондитерського виробництва, хворих на генералізований пародонтит	86
<i>О. О. Вітковський, С. В. Ткачук, В. В. Бедик, І. І. Дроник</i> Лікування переломів нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами, із застосуванням титанових імплантів із нікелід-титану з ефектом пам'яті	87
<i>М. П. Прохор, С. І. Трифуненко, Л. В. Кузняк</i> Оптимізація репаративного остеогенезу після типового виділення зубів із застосуванням збігаченої тромбоцитричної плазми	88
<i>Ю. О. Рошк, О. А. Кушнір, Я. В. Горицький</i> Застосування активної протиальвеолітної пов'язки на основі сорбентів при лікуванні альвеолітів	89
<i>Л. М. Герсим, Г. Л. Грин, С. Ю. Пліс</i> Місцеве знеболювання в хірургічній стоматології та щелепно-лицевій хірургії	90
<i>Н. Б. Кузняк, С. І. Трифуненко</i> Клінічна ефективність застосування діалізатів з сорбентами при лікуванні одонтогенних абсцесів підщелепової ділянки	91
<i>В. Б. Мбуляк, Н. Б. Кузняк, Б. Г. Мокрик</i> Вікові зміни лобових пазух в онтогенезі людини	91
<i>С. Т. Гвиріш</i> Цитокіновий статус у хворих із різним типом запальної реакції при пародонтиті пародонтальних кісток нижньої щелепи	92
<i>О. В. Ружицький</i> Вплив антиоксидантного статусу у хворих із ортогнатичними сполученнями на фоні хронічних кісткових гігморитів	93
<i>Р. С. Турчин, В. П. Пюрлик, Г. Б. Проць</i> Спосіб лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, із застосуванням тунельної реваскуляризації	94

<i>С. О. Чертов, І. В. Возн</i> Досвід з стосув ннядент льних імпл нт тів з н ноструктурного тит ну	95
<i>Я. П. Н гірний, Р. В. Ощипко, Л. В. Пясецьк</i> Вплив остеопл стичного м тері лу «кол пол кп-3 лм» н мікробну конт мін цію опер ційної р ни після типового вид лення нижніх третіх молярів	97
<i>О. Й. Ком риця</i> Вивчення сорбції т десорбції хлоргексидину дгезивно- ктивним полімером	98
<i>Р. Р. П вличко</i> Ф ктори ризику виникнення ускл днень в дент льній імпл нт ції	99
<i>Н. С. Гупор, Р. М. Руб с</i> Вплив флуренізиду н лямблії ротової порожнини	100
<i>Г. Б. Проць, В. П. Пюрик, Т. З. Яців, У. І. Вінтоняк, Т. Л. М леневич, . П. Ів сів</i> Ефективність дент льної імпл нт ції у хворих н генер лізов ний п родонтит	102
<i>В. В. П нькевич, І. М. Готь, . Р. Кучер</i> Визн чення ступеня післятр вм тичної контр ктури жув льних м'язів у хворих з перелом ми суглобового п ростк т кут нижньої щелепи методом ультр соногр фії	103
<i>. П лій</i> Оцінк регенер ції кісткової тк нини після остеопл стики в умов х експерименту	104
<i>У. Д. М толич, . І. Горгот</i> Зміни пок зників лейкогр ми у хворих з бсцес ми т флегмон ми щелепно-лицевої ділянки з лежно від тяжкості перебігу	105
<i>В. П. Пюрик, Н. П. М хлинець, І. . Ожог н, Н. М. П велко, Л. З. Дерк ч, І. З. Чубій</i> Вестибулоп стик як ет п комплексного лікув ння хворих н генер лізов ний п родонтит із мілким присінком рот	106
<i>І. О. Суховолець</i> Зміни в кістковій тк нині тв рин з п родонтитом при різних тип х з п льної ре кції т супутньому дрен ліновому пошкодженні	107
<i>Н. М. Хомич, Р. З. Огоновський</i> Змін пок зників термометричного дослідження після опер ційної ділянки після типового вид лення нижніх третіх молярів	108
ПОВІДОМЛЕННЯ	110

УДК 616.314 – 58 – 086

©П. .Г сюк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»

Особенности альтернативных методов протезирования включенных дефектов зубного ряда нейлоновыми протезами

Резюме. У данной статье рассмотрены варианты лечения больных с вторичной адентией с помощью несъемных и съемных протезов из различных базисных материалов. Сделан вывод, что при протезировании включенных дефектов в боковой области альтернативой мостовидным протезам, имплантологическим системам, бюгельным протезам с металлическим базисом может быть использован микропротез из нейлона.

Ключевые слова: микропротез из нейлона, базисный материал, каркас.

П. .Г сюк

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского»

Особенности альтернативных методов протезирования включенных дефектов зубного ряда нейлоновыми протезами

Резюме. В данной статье рассмотрены варианты лечения больных с вторичной адентией с помощью несъемных и съемных протезов из различных базисных материалов. Сделан вывод, что при протезировании включенных дефектов в боковой области альтернативой мостовидным протезам, имплантологическим системам, бюгельным протезам с металлическим базисом, может быть использован микропротез из нейлона.

Ключевые слова: микропротез из нейлона, базисный материал, каркас.

P. A. Gasiuk

HSEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky»

Features alternative prosthetics included defects of the dentition nylon dentures

Summary. This article focuses on the various options for correction of secondary adentia with fixed and removable dentures manufactured of different base materials. It is possible to conclude that the replacement of included defects in the lateral area with alternatives to bridges, implant systems, clasp dental prosthesis with metal base, may be performed by using nylon microdenture.

Key words: nylon microdenture, basic materials, frame.

Н суч сному ет пі розвитку ортопедичної стом тології все ч стіше виник є пит ння про доцільність преп рув ння опорних зубів при включених дефект х м лої протяжності. В якості льтерн тиви мостоподібним протез м, виготовлених різними метод ми, імпл нтологічним систем м, знімним протез м із крилових пл стм с, бюгельним протез м з мет левим б зисом більшість вторів пропонує використовув ти мікропротезув ння із нейлону. Суч сні м тері ли дозволяють вирішити проблему косметичності т функціон льності д ної конструкції [4].

Технологія виготовлення мікропротез із нейлону

Після пост новки ді гнозу т узгодження конструкції з п цієнтом знім є відтиск перфоров ною ложкою. Використовується відтискн м с , як не створює тиск н протезному ложе (льгін тн бо силіконов низької в'язкості). Відтиск ввр ховують прид тним, якщо точно відобр жений рельєф протезного лож , у тому числі й перехідн скл дк , контури ясенного кр ю, міжзубні проміжки, зубний ряд, н його поверхні нем є пор і чітко відобр жений рельєф слизової оболонки [5].

Зубний технік виготовляє модель із супергіпсу не нижче 4 кл су. Д лі проводить дослідження в п р лелометрі. Для виключення тр вми слизової оболонки при використ нні протезом піднутріння н опорних зуб х коригуються воском. Коригуючий віск т кож н носять н т кі критичні ділянки як міжзубні сосочкит гіпертрофов нуслизову, де будуть розт шов ні зубоясенні кл мери. Проводять дублюв ння моделі згідно з інструкцією виробник дублюючої м си. Отрим ну робочу модель р зом з допоміжною вст новляють в ртикулятор і н р бочій моделі розкреслюються межі м йбутнього протез , при цьому зверт ється ув г н несприятливі умови протезного лож т з стосовуються міри для їх усунення. При н несенні меж протез н моделі в живо вр ховув ти не тільки функціон льні особливості конструкції, ле й естетичність кінцевого результ - ту. Із воскової пл стинки виготовляють восковою б зис. Після виготовлення воскового б зис приступ ють до пост новки зубів. У зв'язку з тим, що нейлон нем є хімічного з'єдн ння з криловими зуб ми, тому н штучних зуб х створюють спеці льні ре-

тенційні пункти — ретенційні (ді торичні) отвори [4]. Штучні зуби з ретенційними отвор ми відповідно прикусу вст новляють н восковою б зис. Зуби не повинні розт шовув тися безпосередньо н львеолярному гребені. Між штучним зубом і львеолярним гребенем повинен бути ш р воску, ін кше термомпл стичний м тері л в ч с інжекції може не потр пити в ретенційні отвори. Після пост новки зубів приступ ють до моделюв ння зубоясенного кл мер , при цьому зверт ють ув гу н н томічні можливості його розт шув ння. Ділянки розт шув ння кл мерів з лив ються розпл вленим воском з допомогою шп теля. Потім модель готують до гіпсув ння в кювету. Н р бочій моделі зішліфовують зуби, які можуть послугув ти ретенційними пункт ми, не з чіп ючи при цьому межу воскової композиції. Основу кювети зм щують в зеліновим м слом, щоб гіпс не прилип в до кювети, розчиняють супергіпс і з гіпсовують модель в нижню половину кювети. Пл тформ нижньої половини кювети ширш з пл тформу верхньої половини т м є отвори з різьбою під болти. В гіпсі створюється місце для проходження основного ливник . Перед з ливкою верхньої половини кювети необхідно сформув ти з воску ливникову систему. Другу половину кювети т кож зм щується в зеліном. Обидві половини кювети з кріплюють з допомогою чотирьох болтів. Через верхній вхідний отвір з лив ють супергіпс. Після з стиг ння гіпсу виверт ють дв болти по ді гон лі, інші дв болти виверт ють н дв обороти кожний і поміщ ють кювету в кип'ячену воду н 7 хв. Після прогріву кювети виверт ють дв болти, що з лишилися і розкрив ють кювету, вид ляють з лишки воску, д лі проводять безпосередній процес пресування [1].

Обробку протез т корекцію його в клініці проводять фрезою з великими н січк ми. З дирки і нитки, що тягнуться легко, обріз ють ск льпелем. Поверхню б зису обробляють стом тологічними гумк ми і полірують споч тку щіткою для крилу з порошком пемзи, потім б вовняним колом зі спеці льною п с тою для дод ння блиску нейлону [1].

При протезув нні включених дефектів можливі т кі конструкції: мостоподібні протези, виготовлені різними метод ми, імпл нтологічні системи, знімні протези з крило-

вих пластмас, бюгельні протези з металевим базисом [3].

Мостоподібні протези відновлюють жувальну ефективність до 100 % [12], але істотним їх недоліком є необхідність приєднання опорних зубів, навіть стіше інтактних. Також можливе виготовлення мостоподібних протезів безприєднанням методом, але досягнути з довільного косметичного результату фактично неможливо. Також можуть виникнути проблеми з періодонтом опорних зубів.

Використання імплантологічних систем вирішує проблему приєднання опорних зубів і має велику кількість переваг. До недоліків даних систем відносять перш за все необхідність операційного втручання, що зумовлює психологічну тривалість цію пацієнтів. Знімні протези з крилових пластмас можуть викликати алергічні реакції і компоненти пластмас і досить громіздкі [2]. Також вони займають значний простір порожнини рота.

Бюгельні протези вирішують проблему приєднання опорних зубів і безумовно мають велику кількість позитивних сторін, ніж негативних. Порівняно з чужокривими знімними пластинковими протезами вони не громіздкі, але металевий каркас досягає верхньої щелепі. Також виникає проблема з фіксуєчими елементами — кламерами, вони стирають опорні зуби [3].

Дані літератури свідчать, що протезування знімними протезами є одним з найбільш актуальних питань ортопедичної стоматології. І для нас дуже важливий успіх протезування — це естетичність і довговічність конструкції. Незважаючи на упередження більшості людей до знімних протезів, вони залишаються на сьогодні найбільш поширеним видом протезування, мають найбільше число покриттів і найменше число протипокриттів. Традиційно вважається, що протезування зубів має бути жорстким і нерухомим, але достовірно відомо, що зуби мають фізіологічну рухомість [6]. Ми пропонуємо використовувати мікропротез з термопластичного матеріалу — нейлону. Протези, виготовлені з цього матеріалу, мають багато переваг:

1. Протези еластичні й відрізняються підвищеною міцністю, що є з порушкою їх надійності буденній експлуатації.

2. Виготовлення протезів відбувається методом гнучкого вприску, тому вони мають точну посадку і стабільну фіксацію.

3. Протези дуже легкі й не тривають.

4. Протези повністю позбавлені злишкового мономера, отже, не викликають алергічних реакцій.

5. Термопласти містять стійкий барвник, який надає протезу прекрасний естетичний вигляд, навіть після тривалої експлуатації.

6. Матеріал абсолютно негігроскопічний (не вбирає в себе вологу з флорою порожнини рота).

7. Протези дуже естетичні, оскільки виготовлені з напівпрозорого матеріалу природного кольору ясен, для їх фіксації використовуються льволярно-дентальні кламери, непомітні для ока.

8. Відсутність металевих кламерів не призводить до неприємних відчуттів, пов'язаних з іонним обміном (гальванізм).

9. При використанні протезів з термопластів неможливо розхитування опорних зубів [5].

Нейлонові зубні протези рекомендують для протезування фактично з будь-яких клінічних ситуацій. Як свідчить велика кількість вторинних протезувань нейлонові протези відсутній алергічної реакції. Ці протези покритті пацієнтами, схильними до алергічних реакцій на пластмаси і метали, включаючи золотомісні сплави. До недоліків даної конструкції відноситься неможливість виготовлення при невирішеному екуаторі опорних зубів. Виходячи з вищезазначеного, можна зробити висновок, що дана конструкція може бути застосована в будь-якій клінічній ситуації, з винятком відсутності екуатора опорних зубів. Ніяких особливих обмежень у користуванні гнучких протезів не існує. Середньостатистичний термін ефективної роботи становить п'ять років. Термін цей залежить від швидкості трофіки кістки, на яку він опирається [2].

Таким чином, можна зробити висновок, що при протезуванні включених дефектів у бічній ділянці альтернативою мостоподібним протезам, імплантологічним системам, бюгельним протезам з металевим базисом може бути мікропротез із нейлону.

Список літератури

1. Применение термопластических материалов в стоматологии / [И. Д. Трегубов, Р. И. Болдырев, Л. В. Михайленко и др.]. – Медицинский пресс, 2007. – 140 с.
2. Жулев Е. Н. Частичные съемные протезы / Е. Н. Жулев. – Н.: Новгород, 2000. – 428 с.
3. Курляндский В. Ю. Ортопедическая стоматология / В. Ю. Курляндский. – М.: Медицина, 1977. – С. 324–412.
4. Копейкин В. Н. Новая пластическая пластмасса и шпатель для изготовления зубных протезов методом литья под давлением / В. Н. Копейкин // Стоматология. – 1961. – № 3. – С. 94–100.
5. Врес Э. Я. Руководство по изготовлению стоматологических протезов и шпатель из термопластов медицинской чистоты / Э. Я. Врес, В. Н. Негурный. – Донецк – Львов, 2000. – 276 с.
6. Кедровский Г. И. Практическое руководство по изготовлению зубных протезов из термопластов / Г. И. Кедровский, Э. Я. Врес. – Запорожье, 2009. – 91 с.
7. Врес Э. Я. Руководство по изготовлению стоматологических протезов и шпатель из термопластов медицинской чистоты / Э. Я. Врес, В. Н. Негурный. – Донецк, 2002. – 220 с.
8. Ениколопян Н. С. Энциклопедия полимеров / Н. С. Ениколопян, Г. Л. Слонимский. – М.: Советская энциклопедия, 1972. – 1224 с.
9. Згородний В. К. Литые шины для термопластов и ретентивных. / В. К. Згородний, Э. Л. Клиничев, Е. И. Мрм. – М., 1968. – 210 с.
10. Ивнюков Д. В. Полипропилен / Д. В. Ивнюков, М. А. Фридрих. – М., 1974. – 150 с.
11. Стрижков В. С. Применение съемных мостовидных протезов у пациентов с включенными дефектами зубного ряда / В. С. Стрижков, С. Е. Жолудев // Уральский стоматологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 14–17.
12. Иорданшвили К. Клиническая ортопедическая стоматология / К. Иорданшвили. – М.: МЕДпрессинформ, 2007. – 320 с.

Отримано 28.08.13

УДК 616.314.17-008.1-08

© **О. В. ВДЄЄВ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Ступінь активності фосфатази з при експериментальному пародонтиті та його корекції

Резюме. У статті наведено результати досліджень змін активності фосфатази у сироватці крові та пародонті з альвеолярною кісткою щурів із пародонтитом з зміненою реактивністю при використанні біотрит-денту та бактуліну. Встановлено, що при гіпоергічному пародонтиті більшою мірою підвищується активність лужної фосфатази та зменшується активність кислої фосфатази при корекції бактуліном; при гіперергічному пародонтиті збільшення активності лужної фосфатази та пригнічення активності кислої фосфатази отримали при використанні біотрит-денту.

Ключові слова: експериментальний пародонтит, сироватка крові, активність фосфатази.

О. В. Вдеев

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»

Степень активности фосфатазы при экспериментальном пародонтите и при его коррекции

Резюме. В статье приведены результаты исследований изменений активности фосфатазы в сыворотке крови и пародонте с альвеолярной костью крыс с пародонтитом при измененной реактивности и при использовании биотрит-дента и бактулина. Установлено, что при гипоэргическом пародонтите в большей степени повышалась активность щелочной фосфатазы и уменьшалась активность кислотной фосфатазы при коррекции бактулином; при гиперэргическом пародонтите увеличение активности щелочной фосфатазы и уменьшение активности кислотной фосфатазы получили при использовании биотрит-дента.

Ключевые слова: экспериментальный пародонтит, сыворотка крови, активность фосфатазы.

A. V. Avdeev

SHEI «Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky»

Degree of activity of phosphatase at experimental periodontitis and at his correction

Summary: In the article the results of researches of changes of activity of phosphatase are resulted in the whey of blood and paradontium with the alveolar bone of rats with periodontitis at the changed reactivity and at the use of Biotrit-denta and Baktulin. It is set that at hypoergic periodontitis in a greater degree rose activity of alkaline phosphatase and sour phosphatase at a correction Baktulin diminished; at hyperergic of periodontitis increase of activity of alkaline phosphatase and oppression of activity sour phosphatase got at the use of Biotrit-denta.

Key words: experimental periodontitis, whey of blood, activity of phosphatase.

Вступ. Лікування пародонтиту з зміненою реактивністю організму, спричиненої різномісними чинниками присвячено ряд робіт. Основні причинні фактори з звичайним викликом гіпоергічного стану організму, тобто терапію пародонтиту проводили з включенням у комплексне лікування препаратів, що покращують неспецифічний захист організму [1–4]. Водночас, порушення відновлення епітелію ясен може бути причиною ланкою зниження опірності до звичайних пошкоджуючих агентів (хронічний грудковий) та переходу фізіологічної локальної зпальної реакції в гіперергічну [5]. Певним чином функціональний стан та регенераторні властивості кісткової тканини альвеолярного відростка впливає вік [6].

Дослідження перебігу біохімічних процесів з умов експериментального пародонтиту при зміні реактивності організму та при його корекції дозволяють розкрити епітогенетичні механізми та дозволяє оптимально вирішити питання лікування. Одним із важливих показників мінерального обміну є лужний фосфатаза. Цей фермент міститься у кістковій тканині в основному у мембрані остеобластів. Також відомо, що кістковий ізофермент лужної фосфатази є безпосереднім маркером реактивності остеобластів щодо кісткоутворення. Тому збільшення її в сироватці крові при лікуванні хворих на генералізований пародонтит I–II та II ступенів можна визнати як ознаку підсиленого кісткового формування [7–9].

Розом із тим, під час моделювання пародонтиту відбувається інтенсифікація реактивності остеобластів. Маркером остеобластичної реактивності прийнято вважати кислу фосфатазу [10].

Дослідження перебігу біохімічних процесів у нормальних умовах експериментального пародонтиту на тлі зміненої реактивності організму дозволяють розкрити епітогенетичні механізми виникнення цієї патології і дозволяє оптимально вирішити питання щодо лікування. З метою корекції пародонтиту було обрано синбіотик «Біотулін» [11] та препарат «Біотрит-дент», що володіє антиоксидантними властивостями, покращує мінеральний обмін [12].

Метою дослідження стало проведення порівняльної оцінки реактивності фосфатази у сироватці крові й тканині пародонтальних щурів при моделюванні гіперергічного та гіпоергічного пародонтиту і при його корекції.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на 70 білих нелінійних щурів обох статей мисою тіла 160–190 г віком 2–3 місяці, яких поділили на три групи: 1 група – 30 білих щурів із гіперергічною реакцією; 2 група – 30 білих щурів із гіпоергічною реакцією; 3 група – 10 інтактних білих щурів – контрольна група, яким щоденно внутрішньом'язово вводили 1 мл фізіологічного розчину. Моделювання гіперергічного пародонтиту проводили шляхом переведення тварин на вуглеводний раціон з дефіцитом білків, вітамінів і мікроелементів та додавання внутрішньом'язово вводили імуностимулятор полісахаридної природи – піроген л (НДІЕМ ім. М. Ф. Гамалеї РМН, Росія) протягом 7 днів щоденно з розрахунку 10 мкг/кг маси тіла тварини на фізіологічному розчині [13]. Моделювання гіпоергічного пародонтиту проводили шляхом внутрішньом'язового введення кліваючого цитостатика циклофосфану (ВТ «Київмедпрепарат», Україна) протягом 7 днів щоденно з розрахунку 10 мг/кг маси тіла тварини [14]. В групі спостережень виникли висхідні зміни з боку тканини пародонта, що характеризувалися набряком, кровоточивістю, ерозивними яснами, зменшенням висоти ясенного сосочка, руйнуванням кругової зв'язки, оголенням кореня зуба. З 8 дня 10 щурів у хронічний раціон було уведено біотулін з розрахунку 500 мг/кг маси тіла тварини на добу та 10 щурів – біотрит-дент в тій самій дозі протягом семи днів [15].

З біотуліном і з бір крові та тканини пародонта з альвеолярною кісткою підтисненням проводили через 7 днів після початку експерименту та в групі з корекцією – через 14 днів. З тканини пародонта виготовляли гомогенат на трис-НСІ-буфері (рН 8,0) з розрахунку 100 мг тканини/мл шляхом розтирвання у порцеляновій ступці з товченим склом. Після центрифугування гомогенатів досліджували на дос дову рідину та сироватку крові. Визначення реактивності фосфатази (рН 4,8 і 10,5) проводили з методичними рекомендаціями П. Левицького та ін. [16]. Субстратом слугувала п-нітрофенілфосфатна трія, який під дією ферменту гідролізується до п-нітрофенолу, пофарбованого в жовтий колір. Інтенсивність забарвлення пропорційна реактивності ферменту. Реактивність ферментів вимірювали стандартними тест-бю-

рми фірми «Human» з допомогою н пів в- том тичного біохімічного н ліз тор «Humalyzer 2000» і вир ж лив мкк т/л.

Результати досліджень та їх обговорення. У проведених н ми дослідженнях вст новлено, що при експеримент льному гіпоергічному п - родонтиті в білих щурів ктивність лужної фосф т зи (ЛФ) у тк нин х п родонт знижує л сь у 1,7 р з ($p < 0,05$), у сиров тці крові – 2,3 р з ($p < 0,05$) порівняно з пок зник ми тв рин контрольної групи (рис. 1). При гіперергічному

п родонтиті ктивність ЛФ як у сиров тці крові, т к і в тк нин х п родонт зменшув л ся у 1,4 р з ($p < 0,05$). Отрим ні результ ти свідч ть про порушення процесів кісткоутворення у д ному об'єкті дослідження.

При корекції б ктуліном відбув лося збільшення ктивності ЛФ у сиров тці крові гіпоергічних тв рин н 85%; у тк нин х п родонт – н 51,7% при порівнянні з пок зником групи тв рин без корекції. При використ нні біотрит-дент т кож збільшув л ся

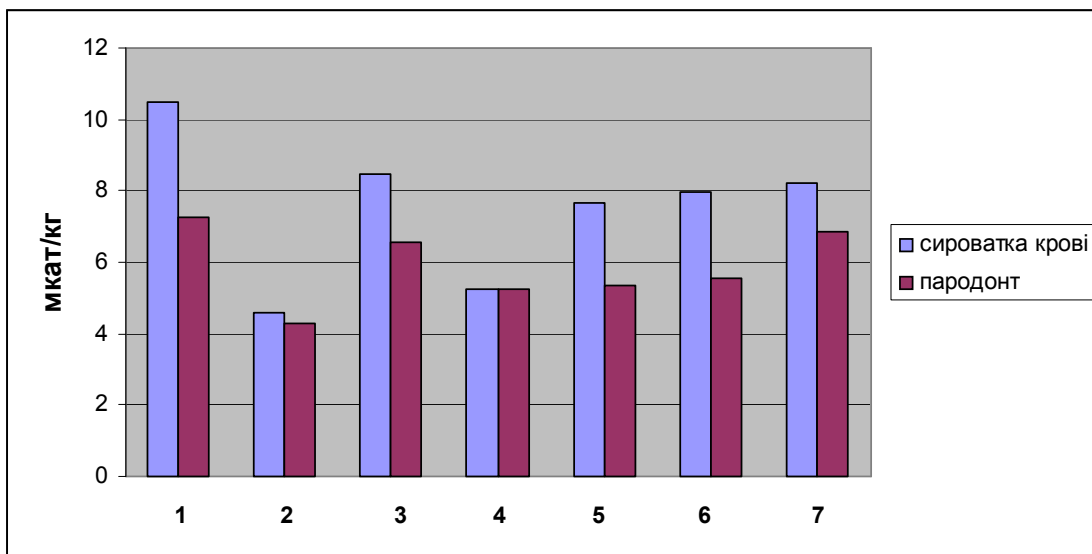


Рис. 1. ктивність лужної фосф т зи у тк нин х білих щурів при експеримент льному п родонтиті т з його корекції.

Примітка: Тут і н рисунку 2: 1 – контрольн груп ; 2 – гіпоергічний п родонтит; 3 – гіпоергічний п родонтит з корекцією б ктуліном; 4 – гіпоергічний п родонтит з корекцією біотрит-дент ; 5 – гіперергічний п родонтит; 6 – гіперергічний п родонтит з корекцією б ктуліном; 7 – гіперергічний п родонтит з корекцією біотрит-дент .

ктивність ЛФ, ле меншою мірою: у сиров тці крові – н 14,9%, у тк нин х п родонт – н 21,1%. Причому пок зники ктивності ЛФ у сиров тці крові гіпоергічних тв рин при корекції б ктуліном і біотрит-дент достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися між собою.

У тв рин з гіперергічним п родонтитом при корекції б ктуліном збільши л ся ктивність ЛФ у сиров тці крові н 3,9%, у тк нин х п родонт – н 3,6%. Корекція біотрит-дент збільши л ктивність ЛФ у сиров тці крові н 7,3%, у тк нин х п родонт – н 28,5%.

Зн чними були колив ння ктивності КФ. Т к, дослідженнями вст новлено, що при експеримент льному гіпоергічному п родонтиті у білих щурів ктивність кислої фосф т - зи (КФ) у тк нин х п родонт збільшув л сь

у 1,9 р з ($p < 0,05$), у сиров тці крові – 1,3 р з ($p < 0,05$) порівняно з пок зник ми тв рин контрольної групи (рис. 2). При гіперергічному п родонтиті ктивність КФ як у сиров тці крові, т к і в тк нин х п родонт збільшув л сь у 1,4 р з ($p < 0,05$) т 2,1 р з ($p < 0,05$) відповідно. Отрим ні д ні свідч ть про ктив цію процесів остеорезорбції у д ному об'єкті дослідження.

При корекції б ктуліном відбув лося зменшення ктивності КФ у сиров тці крові гіпоергічних тв рин н 17,5%; у тк нин х п родонт – н 35,2% порівняно з пок зником групи тв рин без корекції. При використ нні біотрит-дент т кож змешув л ся ктивність КФ, ле меншою мірою: у сиров тці крові – н 6,2%, у тк нин х п родонт – н 9,1%.

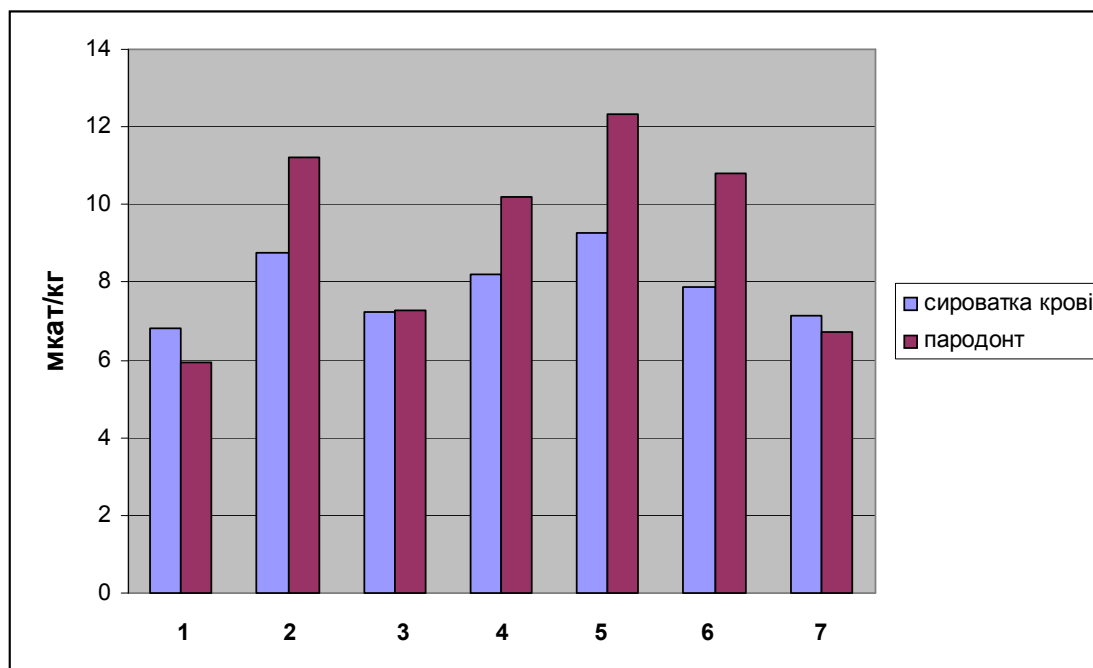


Рис. 2. Ктивність кислоти фосф т зи у тк нин х білих щурів при експеримент льному п родонтиті т з його корекції.

У тв рин з гіперергічним п родонтитом при корекції б ктуліном зменшил ся ктивність КФ у сиров тці крові н 15,3 %, у тк нин х п родонт – н 12,6 %. При включенні в р ціон щурів «Біотрит-дент » ктивність КФ зменшил ся у сиров тці крові н 23,3 %, у тк нин х п родонт – н 45,4 %. Пок зники ктивності КФ у сиров тці крові гіперергічних тв рин, в п родонті – і гіпо-, і гіперергічних тв рин при корекції б ктуліном і біотрит-дент достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися між собою.

Висновки. Результ ти проведених н ми досліджень пок з ли, що з стосув ння синбіотик «Б ктулін» у білих щурів при гіпоергічному експеримент льному п родонтиті приводило до норм ліз ції ктивності лужної і кислоти фосф т з у сиров тці крові т тк нин х п родонт з львеолярною кісткою. Водноч с, корекція біотрит-дент сприял норм ліз ції ктивності лужної і кислоти фосф т з у

сиров тці крові т тк нин х п родонт з львеолярною кісткою при гіперергічному експеримент льному п родонтиті.

Ці д ні свідч ть про стимулюв ння процесів реп р тивної остеорегенера ції при використ нні синбіотик при гіпоергічному перебігу з п льного процесу в п родонті, преп р т «Біотрит-дент », що містить окрім біотриту, лецитин, фтористий н трій, цитр т к льцію т дек метоксин був більш ктивним при гіперергічному перебігу з п льного процесу в п родонті. Тобто норм ліз ця ктивності лужної і кислоти фосф т з сприял відновленню структурно-функціон льного ст ну тк нин п родонт й орг нізму в цілому.

Перспективним н прямком буде вивчення змін процесів перекисного окиснення ліпідів т нтиоксид нтного з хисту при експеримент льному п родонтиті т при його корекції.

Список літер тури

1. М щенко И. С. Эффективность остеотропной терапии в комплексном лечении генерализованного пародонтита, ассоциированного со стероидзависимой бронхиальной астмой / И. С. М щенко, Д. Коновлов // Вісник стоматології. – 2005. – 4. – С. 28–32.
2. Кулигін В. М. Пародонтологічний статус пр ців-

- ніків, з йнятих у виробництві побутової хімії / В. М. Кулигін, В. Є. Пудяк // Вісник стоматології. – 2011. – 4. – С. 8–10.
3. Безруков С. Г. Особенности комплексного лечения генерализованного пародонтита у пациентов страдающих хроническим алкоголизмом / С. Г. Безруков, Н. В. М рченко, В. Н. Кириченко // Вісник стоматоло-

- логії. – 2011. – 4. – С. 22–26.
4. Яров С. П. Лікування генералізованої пародонтопатії у ВІЛ-інфікованих / С. П. Яров, С. М. Ксютенко, С. І. М. Ксютенко // Вісник стоматології. – 2011. – 4. – С. 44–46.
5. Влияние хронического эмоционально-болевого стресса и прооксидантного действия на состояние эпителия ротовой полости крыс с недостаточностью полифенолов / О. Н. Воскресенский, Ю. В. Калбин, И. Н. Моисеев, Е. К. Ткаченко // Вісник стоматології. – 2005. – 2. – С. 7–11.
6. Левицкий П. Возрастные изменения функционального состояния и регенераторной способности костной ткани альвеолярного отростка / П. Левицкий, О. В. Громов // Современная стоматология. – 2010. – 2. – С. 154–156.
7. Воскресенский О. Н. Пародонтопротекторы: актуальные вопросы скрининга, методы изучения и перспективы создания / О. Н. Воскресенский, Ю. Г. Чумков, Е. К. Ткаченко // Вісник стоматології. – 2005. – 4. – С. 97–102.
8. Власов Б. Я. Активность щелочной фосфатазы крови в посттранспортическом периоде / Б. Я. Власов, Т. Г. Войтович // Реабилитация и инвалидность отравленных. – Иркутск. – 1979. – Вып. 147. – С. 96–97.
9. Федянович І. М. Особливості порушень метаболізму кісткової тканини при генералізованому пародонтиті та можливості їх спрямованої фармакологічної корекції: автореферат дисертації здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І. М. Федянович. – Київ, 2004. – 18 с.
10. Eastell R. The value of biochemical markers of bone turnover in osteoporosis / R. Eastell, A. Blumsohn // J. Rheumatol. – 1997. – Vol. 24, No. 6. – P. 1215–1217.
11. Вдеев О. В. Эффективность применения препарата «Бистулин» в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом / О. В. Вдеев, В. Р. Мочогин // Вісник стоматології. – 2011. – 4. – С. 10–13.
12. Влияние сочетанного применения препаратов «Эксол» и «Биотрит-Дент» на состояние тканей пародонта и метаболизм минерального обмена в условиях моделирования пародонтита / Ю. Г. Чумков, Ю. Е. Косоверов, Л. Н. Россихнов, П. Левицкий // Вісник стоматології. – 2003. – 1. – С. 13–19.
13. Патент 66298 Україна, МПК 61К 39/104 (2006.01) G09В 23/28 (2006.01). Спосіб моделювання пародонтиту / Вдеев О. В.; Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. – u201108090; заявл. 29.06.2011; опубл. 26.12.2011, Бюл. 24, 2011 р.
14. Патент 57189 Україна, МПК (2011.01) 61К 31/00 G09В 23/28 (2006.01). Спосіб моделювання пародонтиту / Вдеев О. В.; Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. – u201010071; заявл. 16.08.2010; опубл. 10.02.2011, Бюл. 3, 2011 р.
15. Кривошея М. В. Остеотропные свойства биотрита-дента при экспериментальном открытом переломе нижней челюсти у крыс / М. В. Кривошея, О. М. Кренко // Вісник стоматології. – 2005. – 4. – С. 2–4.
16. Экспериментальные методы исследования стимуляторов остеогенеза: методические рекомендации / П. Левицкий, О. М. Кренко, О. В. Денгиздр. – К.: ГФЦ, 2005. – 30 с.

Отримано 08.07.13

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
**«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ
В СТОМАТОЛОГІЇ»**

20 вересня 2013 року

Втілення образу Святої полонії у мистецтві

Починаючи з 1984 року, 9 лютого відзначається Міжнародне професійне свято — День стоматолога, зведеного Всесвітньою Організацією охорони здоров'я і Міжнародним стоматологічним співтовариством (FDI). Вважається, що покровителькою всіх, хто лікує зуби і хто страждає від хвороб зубів, є Свята полонія, якій присвячено багато легенд. Нечесть Святої полонії в багатьох країнах світу встановлене свято, яке відзначається 9 лютого. Одна з легенд свідчить, що мучениця полонія — донька високого лександрійського чиновника, який повірив в Христа. У період боротьби з християнством полонію звинуватили в релігійних діяннях, спрямованих на шкоду божественного походження імператора Філіппа. У легенді, переказаній Йоганном Вемлером у 1470 році, полонію описано як доньку імператора Елізебіус і Гетіни Сецилії (роду Пенелопів). Різні легенди свідчать, що після переслідувань полонію схопили і піддали жорстоким тортурам, вимагаючи зректися християнства. Після категоричної відмови полонії їй жорстоко вирвали всі зуби, проте ці муки не змусили її зректися свого віросповідання, з віру полонія 9 лютого 249 року піддала себе самознищенню. У 300 році полонія була канонізована церквою як Свята великомучениця. Страждання і християнське самознищення полонії так вразили її сучасників та її послідовників, що утворилися вірування, в яких говорилося, що слід лише звернутися до полонії з молитвою, і зубний біль зтихне тимчасово.

Культ Святої полонії поширився по всій Європі, її зображення були майже в кожній церкві. Змалювали полонію миловидною,

молодою дівчиною зі щипцями в руці. В образі зображеному мистецтві зображення полонії зустрічалося протягом багатьох століть. До цього образу зверталися художники ще з часів Середньовіччя і до наших днів.

Найбільш визначними є дереворити, стінові фрески, олійний живопис на полотні. Умовно поділити зображення Святої полонії можна на такі типи: мучеництво полонії (тип ікони, найбільш поширений в період Середньовіччя). Зв'язана полонія терпить муки, викликаними тим, що їй щипцями виривають зуби; зображення полонії з предметами, що викликають її муки (щипці, зуби); наступний тип — Свята полонія зі своїм трибутом — щипцями, в яких знаходиться зуб. Зображення полонії цього типу часто зустрічається в XV ст. (фреска Берніно Луїні, Монстир Маджоре, Мілан); в XVI ст. — фреска Джованні ді П'єтро, 1526, собор Санта-Джомба в Сполето, фреска Марконтоніо Рімонді (знаходиться в фресковому кіноті в Берліні); в XVII ст. — «Свята полонія», Франческо де Сурбаран (іспанський школяр, знаходиться в Луврі, Париж). Плоскі зображення Святої полонії (дерев'яні скульптури, виступні композиції); Свята полонія з іншими святими. «Мати з дітьми, ангелами і святими» П'єтро Перуджіно (1446 — 1524) (знаходиться в Палаціні Болоньї). Свята полонія є образом в історії медицини, одночасно і мистецтва, до якого зверталися знову і знову, і навіть художники нового часу, мистецтво яких істотно відрізнялося від Вищого Мистецтва, створеного Енді Ворхол (1928 — 1987).

Роль ст тевих гормонів у розвитку ді бетичної к рдіоміоп тії

Відомо, що в жінок у період меноп узи ч с-тіше рееструються к рдіов скулярні порушення. При н явності у них мет болічного синдрому рівень естрогенів т вільного тестостерону збільшений. Доведено, що естр діол позитивно корелює з рівнем ІІ-6 т інсуліну в крові, тестостерон — із м сою тіл , рівнем інсулінемії т к рдіов скулярним ризиком. Т кий дисб л нс демонструє глибокі порушення гормон льної регуляції у ст ріючих жінок. дже з стосув ння в них з метою профілактики повторного інф ркту міок рд з -місної гормонотер пії виявляє нег тивний вплив, збільшуючи ймовірність тромботичних ускл днень.

Зв ж ючи н те, що вжив ння естрогенів жінок ми з хірургічною меноп узою зменшує ризик к рдіов скулярної п тології, вивч еть-ся можливість з стосув ння т кого виду тер пії при ЦД. дже естрогени сприяють норм ліз ції ліпідного профілю, з безпечують чутливість судин до в зодил туючих впливів

НО, норм лізують рівень інсуліну в крові т контролюють чутливість м'язової тк нини до інсуліну, що й сприяє підтрим нню норм льного функціонув ння міок рд . Дослідження глоб льного м сшт бу дозволили вст новити з лежність розвитку не лише серцево-судинних з хворюв нь від ст ті, ле й п тології міок рд мет болічного х р ктеру. Вст новлено, що ризик розвитку ішемічної хвороби серця нез лежно від ст ті виявляє позитивну кореляцію з низьким вмістом ліпопротеїдів високої густини т високим рівнем ліпопротеїдів низької густини. Стосовно тригліцеридів т к з лежність виявляється лише в жінок, хоч й з г лом дисліпідемія не н лежить до провідних ф кторів ризику в них. Ця першість н лежить ртері льній гіпертензії т ЦД. Зі зменшенням рівня естрогенів у жінок періоду меноп узи розвив еть-ся інсулінорезистентність, що ст є причиною розвитку ост ннього т підґрунтям для ді бетичної п тології серця.

УДК 616.314.17 – 77.001.76:615.4773

© О. О. Ф стовець, Р. Ю. М твеєнко

ДЗ «Дніпропетровськ медичн к демія МОЗ Укр їни»

Оцінк ефективності з стосув ння к пи-протез в комплексному лікув нні генер лізов ного п родонтиту

Вступ. Успішність лікув ння з хворюв нь п родонт поляг є в комплексності, р зом з тим ортопедичні методи тр диційно з стосовуються після тер певтичних т хірургічних втруч нь. Н н ш погляд, підвищити ефективність лікув ння генер лізов ного п родонтиту можливо з р хунок спрямов ності ортопедичної конструкції н оптиміз цію умов викон ння тер певтичних т хірургічних втруч нь, т кож первісного усунення функціон льного перев нт ження зубів.

Використ ння з пропонов ної н ми к пи-протез дозволяє відр зу від поч тку лікув ння не тільки шинув ти збережені зуби, ле й усунути вторинну тр вм тичну оклюзію шляхом відновлення дефектів зубних рядів.

К п -протез виготовляється комбінов ною зі з'єдн них між собою компресійним пресуванням к рк су, який покрив є збережені зуби т створюється методом в куумного формування з термопла стичного м тері лу – комбінов ної пла стини Pro-form Duals виробництв Dental Resources, т кож б зисів сидел з крилової пла стми штучних пла стм сових зубів, що відновлюють дефекти зубних рядів.

Метою дослідження ст ло оцінити ефективність комплексного лікув ння хворих н генер лізов ний п родонтит із з стосув нням з пропонов ної конструкції к пи-протез з результат ми вивчення змін кровообігу в тк нин х п родонт шляхом ультр звукової доплерографії.

М тері ли і методи. Клінічне спостереження здійснено серед 60 хворих н генер лізов ний п родонтит I–III ступенів тяжкості, які м ли кінцеві двобічні дефекти зубних рядів. Відібр них осіб було поділено н основну групу, в якій використовув ли к пу-протез, т групу зіст влення, де з стосовув ли скловолоконні шини. Оцінку ефективності проведеного лікув ння здійснюв ли в н йближчий термін спостереження з використ нням методу ультр звукової доплерографії.

Результ ти досліджень т їх обговорення.

При з стосув нні к пи-протез відзн ч єть ся достовірне зниження пок зників лінійної т об'ємної швидкості кровообігу (відповідно $(0,450 \pm 0,065)$ см/с т $(0,0035 \pm 0,0005)$ мл/с до лікув ння проти $(0,660 \pm 0,030)$ см/с т $(0,0052 \pm 0,0008)$ мл/с після лікув ння, $p < 0,05$).

Н йпомітніш дин мік цих пок зників при II ступені тяжкості генер лізов ного п родонтиту ($(0,415 \pm 0,068)$ см/с т $(0,0033 \pm 0,0005)$ мл/с до лікув ння проти $(0,680 \pm 0,042)$ см/с т $(0,0054 \pm 0,0008)$ мл/с після лікув ння, $p < 0,001$), що н н шу думку, пояснюється оборотним х р ктером дистрофічних змін н д ній ст дії розвитку п тологічного процесу, $p < 0,001$.

При I ступені з хворюв ння менш суттєві зміни пов'яз ні із меншими порушеннями в н вколозубних тк нин х ($(0,650 \pm 0,037)$ см/с т $(0,0051 \pm 0,0009)$ мл/с до лікув ння проти $(0,720 \pm 0,040)$ см/с т $(0,0057 \pm 0,0010)$ мл/с після лікув ння, $p < 0,05$). При III ступені отрим ні результ ти, з одного боку, ілюструють позитивну дин міку ст ну мікроциркуляції п родонт, з іншого необоротність т утрудненість компенс торних процесів ($(0,260 \pm 0,060)$ см/с т $(0,0018 \pm 0,0006)$ мл/с до лікув ння проти $(0,480 \pm 0,070)$ см/с т $(0,0033 \pm 0,0010)$ мл/с після лікув ння, $p < 0,001$).

У свою чергу, порівняння д них ультр звукової доплерографії дозволили вст новити кр щі результ ти лікув ння в основній групі, які перебільшують зн чення групи порівняння з пок зником лінійної швидкості н $(10,4 \pm 3,4)$ %, об'ємної швидкості – н $(15,5 \pm 4,7)$ % ($p < 0,05$).

Висновок. З результ т ми проведеного дослідження з стосув ння комбінов ної к пи-протез дозволяє підвищити успішність комплексного лікув ння генер лізов ного п родонтиту. Подібний ефект ми, н с мперед, пов'язуємо з н явністю в конструкції к пи штучних зубів, які відновлюють оклюзійні співвідношення, що дозволяє уникнути фун-

кціон льного перев нт ження збережених зубів т з побігти вторинної тр вм тичної

оклюзії, до того ж попереджує розвиток зубо-щелепних деформ цій.

УДК 616.314 – 77 – 073.537 – 005

©О. О. Ф стовець, . Є. Криж новський

ДЗ «Дніпропетровськ медичн к демія МОЗ Укр їни»

Порівняльне вивчення змін гемомікроциркуляції тк нин протезного лож при користув нні повними знімними протез ми з жорстким т двош ровим б зис ми

Вступ. Знімні протези є комбінов ними подр зник ми тк нин протезного лож . Окрім лікув льного ефекту, їх жорсткі б зиси сприяють розвитку трофічних процесів, що головним чином, пов'яз не із нерівномірним розподілом жув льного н в нт ження н прилеглі тк нини т стисненням слизової оболонки. Для уникнення з зн ченого нег тивного впливу жорсткого б зису численними виробник ми пропонуються різном нітні л йнери (м'які пл стм си), л бор торного т клінічного з стосув ння, н криловій основі т силікони, які рекомендуються в якості підкл дки, що мортизує, в повних знімних протез х. Передб ч ється, що розподіл н в нт ження н слизову відбув ється т ким чином, що виключ є ділянки концентр ції оклюзійного тиску. Виробник позиціонує, що протез з внутрішньою поверхнею, як викон н н з м'якого м тері лу, буде менш гресивно вплив ти н тк нини протезного лож .

Метою дослідження ст ло порівняльне вивчення змін гемомікроциркуляції тк нин протезного лож під впливом жорсткого т двош рового б зисів повних знімних протезів.

М тері ли і методи. Повні знімні протези н нижню щелепу було виготовлено 60 особ м, яких поділили н дві рівноцінні з ст тево-віковою озн кою т клінічною к ртиною групи. В першій групі повні знімні протези м ли однош ровий б зис з пл стм си г рячої полімериз ції Triplex Hot (Ivoclar Vivadent, Німеччин), в другій – двош ровий, з м'яким л йнером Mucopren soft (Kettenbach, Німеччин). Для ді гностики ст ну кровообігу н к -пілярному рівні ми використ ли л зерну доплерівську флоуметрію.

Результ ти досліджень т їх обговорення. Отрим ні д ні дозволили вст новити різну дин міку пок зників для дослідних груп (т бл.).

Т блиця. Пок зники мікроциркуляції слизової оболонки протезного лож з результ т ми л зерної доплерівської флоуметрії (мл/мг/хв, $M \pm m_p$, $p < 0,05$)

Зона дослідження	Перед протезуванням	Через 1 тиждень	Через 1 місяць	Через 3 місяці	Через 6 місяців
Жорсткий базис					
Зона іклів	127,69±56,28	90,16±49,90	95,92±52,08	117,54±37,32	133,14±73,64
Зона молярів	120,33±63,78	81,33±54,14	90,37±50,37	127,19±52,74	152,86±81,24
Двошаровий базис					
Зона іклів	160,86±84,25	106,18±50,33	101,93±52,22	95,12±41,84	91,02±34,46
Зона молярів	148,08±69,19	103,03±42,76	109,47±41,93	102,58±35,11	104,49±41,50

У групі, де п цїєнти користув лися протез ми з жорсткими б зис ми, інтенсивність кровообігу через тиждень користування ними достовірно менш , порівняно з пок зник ми перед протезуванням ($p < 0,05$), що свідчить про те, що н кл д ння повних знімних про-

тезів з жорсткими б зис ми утруднює норм льну мікроциркуляцію крові в підпротезних тк нин х. Проте зміни ці м ють оборотний х р ктер, і через 6 місяців пок зники кровообігу не лише поверт ються до норми, перевищують вихідні зн чення, що свідчить про

збільшення інтенсивності кровопостачання слизової оболонки протезного ложа.

Інтенсивність кровообігу в тканинах протезного ложа пацієнтів, що експлуатували протези з двошаровим базисом, подібно до попередньої групи, також достовірно знизилась протягом тижня після їх надання ($p < 0,05$). Однак, як показали дослідження, навіть через 6 місяців показники мікроциркуляції крові не повернулися до вихідних значень.

Висновок. Отримані результати переконливо свідчать, що порушення кровопостачання в тканинах під знімним протезом з двошаровим базисом зберігаються. Більше того, невідміну від попередньої групи, де у віддаленій термін спостереження стався кровопостачання принаймні нормалізувалася, такі зміни вочевидь необоротні, що в довгостроковій перспективі може спричинити дистрофічне зменшення об'єму кісткової основи.

УДК 616.311.14–72

©П. Г. Гасюк, С. О. Росоловський, О. Г. Град

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Безметалева кераміка на основі оксиду цирконію як пріоритет незнімного протезування в ортопедичній стоматології

У стоматології останнім часом почав досить бурхливо розвиватися напрям безметалевих технологій. Близько 20 років тому в нашій країні з'явився металокерамік. Він довгі роки входив в практику сучасної стоматології зубного техніка. Насьогодні металокерамік не робить тільки ледь чий. Але вимоги до естетики не стоять на місці. Пацієнти вже вимагають не «щоб коронки були схожі на зуби», «щоб коронки не можна було відрізнити від природних зубів».

Сучасні безметалеві технології дозволяють створити таку високу естетику, яку, дійсно, неможливо відрізнити протез від природних зубів.

Насьогодні безметалеві технології досягли таких висот, що можна сказати з упевненістю: безметалеві конструкції можуть практично повністю замінити металокерамік.

Безметалева кераміка – найсучасніший вид кераміки в стоматології XXI століття! Технологію сучасної безметалевої кераміки було розроблено в 80-ті роки минулого століття, але тільки зрештою дяки тривалим розробкам і випробуванням ця технологія набула кінцевого вигляду.

Здяки відкриттям в області хімії з'явилися фіксуючі матеріали, які ґрунтовно зв'язують в єдине ціле керамічні реставрації та тверді тканини природного зуба.

Перше все металокераміку характеризує висока естетика і висока міцність. З безметалевої кераміки виготовляють коронки, вкладки, дгезивні й тріаційні мостоподібні протези, напівкоронки та штифтові конструкції. Оксид цирконію – природний матеріал, для отримання керамічного спікують при температурі 1350° протягом 6–7 год наприкладі приватної зуботехнічної лабораторії «Стомат-сервіс» (м. Полтава). В результаті кераміка з оксиду цирконію набуває міцність, що перевищує міцність хром-кобальтового сплаву.

Найчастіше металокераміку з стосовують для відновлення фронтальних зубів, що зумовлено її високими естетичними властивостями. Безметалева кераміка має ті ж оптичні властивості, що і природні зуби, основні з них – тріаційність і оплесцентність.

Металокерамік через наявність всередині металевих керамічних матеріалів тріаційності природного зуба, так як метал перешкоджає проходженню світла крізь штучний зуб. Безметалева кераміка пропускає світло, як живі зуби, що надає реставраціям особливу природність і живість.

Можливість обійтися без металокераміки диктує нові вимоги до обробки зубів. Вживлюючи під безметалеву кераміку зуби необхідно прерувати менше, ніж під металокерамік.

міку, зуби обробляються вище ясенного кр ю. Це менш тр в м тично, не порушує кругову зв'язку зуб . Крім того, обробк вище рівня кр ю ясен зн чно подовжує термін служби протезів, т к як зник є т кий чинник, що вплив є н необхідність з міни протезів, як оголення кр ю коронки вн слідок вікових змін в тк нин х, що оточують зуб. І н йв жливіше: н йч стіше нем є необхідності депульпув ти зуби, що продовжує життя н тур льних зубів.

Отже, виходячи з тенденцій розвитку суч сної стом тології, безмет леві технології візьмуть верх н д мет локер мікою. Прогрес в суч сній ортопедичній стом тології швидко летить вперед.

Суч сні стом тологи з посмішкою зг дують ч си виключно шт мпов них коронок, н ст є ч с, коли т к с мо будуть ст витися і до мет - локер міки.

УДК 611.013.46

© П. . Г сюк, Н. Я. Ковтун

ДВНЗ «Тернопільський держ вний медичний університет імені І. Я. Горб чевського»

Структур ем лево-дентинної межі пришийкової ділянки зубів у осіб похилого віку

Вст новлено, що шийк , екв тор, горбики коронки зуб м ють різне розт шув ння пучків ем левих призм. У ділянці шийки вони м ють S-подібний хід, в екв торі пучки ем левих призм утворюють хрестоподібні «мосто-подібні конструкції», пучки ем левих призм в ділянці горбиків утворюють спір леподібні ходи. Виходячи із різниці гістотопогр фічної будови вищез зн чених ділянок ем лі, н н шу думку предст вяє великий інтерес вивчення розподілення л мел, ем левих кущиків, ем левих веретен т будов сітч стога ш ру, тобто т ких структурних елементів, які зн - ходяться вздовж ем лево-дентинної межі.

Пр ктичне зн чення увизн ченні ем лево-дентинної межі поляг є у вивченні морфогенезу поверхневого т середнього к рієсу при проксим льній т пришийковій його лок лі з ції.

Результ ти дослідження ем лево-дентинної межі пришийкової ділянки коронки зуб довели н явність уд ній ділянці чотирьох ш рів. Перший ш р призмової ем лі пронизується л мел ми і містить ем леві кущики. Другий

сітч стий ш р предст влений б зофільними темними т світлими структур ми. Третій ш р кортик льного дентину (ш р Корф), який містить термін льні дентинні трубочки. Четвертий ш р — дентинний ш р Ебнер , що містить не н стомозуючі трубочки.

Підводячи підсумок проведених структурних особливостей ем лево-дентинної межі в пришийковій ділянці коронки зубів, можн дійти н ступних висновків.

1. Вст новлено, що споч тку ч стково руйнуються пучки ем левих призм т л мели, що їх оточують. При цьому спостеріг ється розширення сітч стога ш ру т появ інтерглобулярного дентину.

2. Поряд із зруйнов ними призм ми т л мел ми відміч ється руйнув ння термін льних відростків одонтобл стів т відкл дення в них петрифік тів.

3. Н третьому ет пі відміч ється повне руйнув ння ем лево-дентинної межі з н явністю великих ядер інтерглобулярного дентину, які оточуються грубими дентинними к н льцями.

УДК 616.314–001.4–084–08

© О. О. Ф стовець, С. С. Кобиляк

ДЗ «Дніпропетровськ медичн к демія МОЗ Укр їни»

Зн чення оклюзійних концепцій у розвитку п тологічного стир ння твердих тк нин зубів

Вступ. П тологічне стир ння твердих тк нин зубів, яке р ніше відносили до інволютивних процесів, ост ннім ч сом зн чно поширилось серед осіб молодого віку. Р зом з тим, особливості розвитку процесу для цієї вікової групи досліджені недостатньо, тоді як потребують поглибленого вивчення для розробки методів р нньої ді гностики і лікув ння. Беручи до уваги той ф кт, що порушення оклюзії є визн ною передумовою виникнення н дмірного стир ння зубів, у предствленій роботі ми пост вили з мету про н лізувати вплив оклюзійних концепцій (особливостей змик ння зубів у боковій оклюзії) н х р ктер стир ння твердих тк нин зубів.

М тері ли і методи. Ми провели клінічне обстеження 102 хворих з н дмірною втр тою ем лі й дентину т 150 осіб з фізіологічною формою стир ння зубів (у якості порівняння) віком до 40 років (жінки скл ли (56,3±3,1) %, чоловіки – (43,7±3,1) %). Усі оглянуті м ли інт ктні зубні ряди т ортогн тичний прикус. Для верифік ції х р ктеру стир ння зубів (фізіологічне бо п тологічне) зіст вляли вік хворого т інтенсивність ур ження, використовуючи кл сифік цію . Г. Молдов нов (1992). Дослідження передб ч ло вивчення поверхонь змик ння зубів шляхом проведення оклюзіографії, т кож н ліз зубних конт ктів н робочій т б л нсуючій сторон х в бокових оклюзіях з визн ченням типу змик ння зубів, який описув ли з допомогою оклюзійних концепцій. Отрим ні д ні обробляли методом ми в рі ційної ст тистики із з стосунням прогр мною з собу MS Excel 2003.

Результ ти досліджень т їх обговорення. У ході роботи ми вивчили 273 оклюзіографи, зокрем проведено дет льний н ліз кількості й лок ліз ції конт ктів змик ння й площ док стир ння н зуб х верхньої й нижньої щелеп з для визн чення х р ктеру їхнього стир ння – фізіологічний бо підвищений (п тологічний).

З результат ти проведеного дослідження

міжзубних конт ктів у бокових оклюзіях з'ясовано, що в осіб з фізіологічним стир нням зубів у (30,0±3,7) % випадків спостеріг лось іклове ведення, у (70,0±3,7) % – групові конт кти іклів, премолярів т молярів. У групі п тологічного стир ння зубів ч стк конт кту іклів н робочій стороні відповідно скл л (23,5±4,2) %, групових конт ктів – (76,5±4,2) %. Т ким чином, достовірних відмінностей між поширеністю тієї чи іншої оклюзійної концепції в дослідних групах не вст новлено ($p > 0,05$).

Інтеркуспід цію н стороні, що б л нсує, було виявлен в (36,0±3,9) % осіб, які м ли фізіологічне стир ння зубів, т в (63,3±4,8) % – п тологічне ($p < 0,05$). Т ким чином, достовірн різниця між поширеністю двобічної б л нсуючої оклюзії в дослідних групах свідчить, що д ний оклюзійний конт кт сприяє розвитку н дмірного стир ння жув льних поверхонь, н с мперед, бокових сегментів зубних рядів. Гіперб л нсуючі конт кти не вст новлені в жодній дослідній групі, що, ймовірно, пояснюється інт ктними зубними ряд ми т ортогн тичним прикусом у обстежених.

Висновок. Згідно з отрим ними д ними, особливості змик ння зубів у боковій оклюзії зд тні сприяти п тологічному (н дмірному) стир нню зубів у молодому віці. Виходячи з цього, ді гностичне дослідження міжзубних конт ктів, яке передб ч є визн чення пок з нь до оптиміз ції оклюзії, дозволить з побігти розвитку бо прогресув нню п тологічного процесу. Відповідно, обов'язковою умовою відтворення повноцінної функціон льної оклюзії при п тологічному стир нні зубів повинно бути вивчення її попередньої іміт ції т моделювання рест вр цій жув льних поверхонь в ртикулятор х, необхідне для досягнення оклюзійної г рмонії, що передб ч є створення не тільки ст більних множинних центричних конт ктів бокових зубів, ле й протрузійної і л теротрузійної спрямовуючих функцій.

© Т. Г. Чопик, У. Р. В. Силишин, С. В. Косенко

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Досвід використання штифтово-куксових вкладок

Дефекти коронок зубів є найбільш розповсюдженою формою ураження зубів. Досить логічним і обґрунтованим є дослідження з стосування вкладок та їх переваг при відновленні пошкодженої коронкової частини. Ураження руйнування коронкової частини зубів виникає з необхідності в подальшому його укріпленні штифтовими конструкціями, зокрема куксовими вкладками.

Серед конструкцій куксових вкладок можна виділити наступні: проста, скляна, куксово-штифтова вкладка з внутрішньокуксовим каналом, скляна куксово-штифтова вкладка з внутрішньокуксовим каналом, конструкція куксової вкладки, що складається з власної коронки зі штифтом і часткової кукуси зі штифтом.

Сучасні безметалеві конструкції виготовлення кукуси зубів із світлопроникних матеріалів, тому, щоб забезпечити потрібний естетичний ефект, проводять відновлення внутрішньої кукуси зубів з допомогою вкладок з оксиду цирконію та волоконних штифтів (вкладка з оксиду цирконію з технологією CAD/CAM систем, вкладка «Космопост» з методикою пресування кераміки на стандартні штифти оксиду цирконію).

На базі кафедри стоматології факультету післядипломної освіти (зав. кафедрою — проф. М. М. Рожко) Івано-Франківського національного медичного університету проводиться активно не тільки науково-дослідницька, а й лікувальна робота як досвідченими працівниками кафедри, так і лікарями-інтернами. Ми провели ортопедичне лікування 37 пацієнтів, яким згідно з показаннями було виготовлено 15 штифтово-куксових вкладок прямим методом, 27 штифтово-куксових вкладок непря-

ним методом, із них 8 розбірних, та 11 з використанням термолу «Fotocore», куксової системи «Core Forms», скловолоконних штифтів Prosthetic Over Post. Аналізуючи результати проведеного лікування, можна відмітити, що кожен з методів виготовлення куксових вкладок має свої переваги. Прямий метод використовується ми для виготовлення куксових вкладок на 1-кореневі зуби, у деяких випадках на 2-кореневі. Він дає можливість відмоделювати вкладку в ротовій порожнині, враховуючи клінічну ситуацію, та кожну виключити один за одним порівняно з непрямим методом. Непрямий метод ми використовуємо для виготовлення куксових вкладок на бітокореневі зуби, в тому числі й розбірних вкладок. Виготовлення куксових вкладок оборотним способом дозволяє отримати більш точну їх форму, проте передбачає подальше лобовороння естетичне порожнини з допомогою скловолоконних штифтів та фотополімерного матеріалу дозволяє отримати високоестетичну та надійну реставрацію в одне відвідування, проте при підясенних дефектах ми надаємо перевагу іншим способам відновлення кукуси.

Будучи надіями літератури, наукові розробки вчених, порівняльні характеристики різних методів виготовлення штифтово-куксових вкладок, та кожну власну спостереження, можна зробити такі висновки: зважаючи на переваги та недоліки методів виготовлення куксово-штифтових конструкцій, їх слід враховувати при виборі способу відновлення куксової частини в окремо взятій клінічній ситуації.

© Р. М. Ступницький, В. Р. Яричківський, М. В. Пліт

Львівський національний університет імені Данила Галицького

Математичне моделювання пружено-деформованого стану фронтальної групи зубів, що виникають при використанні безметалевих ортопедичних конструкцій

Нині, завдяки стрімкому прогресу розвитку комп'ютерних стоматологічних технологій, лікарів-стоматологів-ортопедів мають значні можливості у відновленні естетичного та функціонального стану зубних рядів. Насамперед це стосується протезування фронтальної групи зубів непрямыми безметалевими реставраціями, що нині є особливо актуальним у зв'язку зі зростаючими вимогами пацієнтів до якості та вигляду ортопедичних конструкцій. Проте комплексний підхід до реставрації зубів містить в собі не тільки компонент естетики, а й забезпечення функціональної ефективності та надійної фіксації ортопедичної конструкції, що є особливо актуальним у пацієнтів з супутньою патологією зубощелепної системи.

Метою роботи стало підвищення ефективності відновлення фронтальної групи зубів безметалевими ортопедичними конструкціями.

Матеріали і методи. Математичне моделювання здійснюють з допомогою програмного комплексу Comsol Multiphysics 4.2a фірми «Comsol AB» (Швеція).

Першим етапом є створення 3D-моделі фронтальної ділянки верхньої щелепи з використанням тетраедричних об'ємних елементів. Побудовано прототипи натуральних зубів та протезних конструкцій: різці верхньої щелепи, поодинокий кермічний вінір, фіксований центральному різці, та суцільнопресовані кермічні вініри на центральні різці верхньої щелепи, та кожній тканині пародонта — періодонта, комп'ютерно губчасту кісткову тканину і слизову оболонку альвеолярного

відростка. Розміри зубів, товщини і форм контурів кісткової тканини, величин відхилення вісі зуба альвеолярного відростка і товщини слизової моделювали відповідно до середньостатистичних показників.

Для обчислення використано метод скінченних елементів, у відповідній сітці було 35 566 елементів при обчисленні норми, 53 067 — при обчисленні пружень у зубі з вініром та 32 473 елементи при обчисленні суцільнопресованих кермічних вінірів.

Результати досліджень та їх обговорення.

Наличчю математичних даних свідчить, що відновлення дефектів твердих тканин фронтальної групи зубів окремими вінірами призводить до зміни їх пружено-деформованого стану під дією функціонального навантаження порівняно з вітальними зубами. При використанні суцільноз'єднаних вінірів величини пружень зменшуються в усіх елементах моделі при навантаженні у фронтальній, сагітальній та горизонтальній площинах. Шинуючий ефект, який досягається використанням такої конструкції, сприяє зниженню навантажень у твердих тканинах зубів, що забезпечує високу міцність та кращу фіксацію вінірів.

Висновок. Використання суцільнопресованих вінірів для ортопедичного лікування фронтальної групи зубів, порівняно з окремими вінірами, зменшує величину пружень та деформацій у твердих тканинах зубів. Це дозволяє прогнозувати міцність, надійну фіксацію та довготривале функціонування конструкції зубного протезу в порожнині рота.

©О. Я. Смирнівський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Математичний аналіз пружено-деформованого стану кісткової тканини лівеолярного відростка

На кожному відділі щелепи діє певне функціональне навантаження, що відображається на співвідношенні комп'ютерної та губчатості кісткової тканини. Зі збільшенням товщини губчатості речовини прямопропорційно зростає і величина деформації кістки під дією навантаження. Механічні властивості губчатості кістки залежать від її щільності та є індивідуальними для кожного пацієнта пов'язані зі станом його здоров'я. Невраховування функціональних можливостей опорних зубів, які визначаються не лише станом їх пародонта, але й особливостями структури кісткової тканини лівеолярного відростка, призводить до численних ускладнень і зменшення термінів функціонування ортопедичних конструкцій у порожнині рота.

Метою роботи стало вивчити особливості розподілу жувального навантаження в кістковій тканині лівеолярного відростка навколо інтактного зуба при різних типах її структури.

Матеріали і методи. Для аналізу пружено-деформованого стану різних типів структури кісткової тканини лівеолярного відростка створено тривимірні математичні моделі, основними структурними складовими якої були фрагмент нижньої щелепи, що містив комп'ютерну губчатість кісткової тканини, і зуби, які складалися з дентину та емаля. Розглядали 3 типи структури кісткової тканини: остозну, звичайну і порозну. Жувальне навантаження прикладали та генерували до оклюзійної поверхні зубів. Розрахунки здійснювали з допомогою програми комплексу Comsol Multiphysics 3.5.

Результати досліджень та їх обговорення. З наявності неперервного зубного ряду пружено-деформований стан кісткової тканини лівеолярного відростка нижньої щелепи змінюється залежно від її щільності (типу структури). В остозній кістковій тканині максимум пруження були в 1,2 рази більшими, у порозній — в 1,3 рази меншими порівняно зі звичайним типом структури. Деформації мали обернену залежність. Величина максимумних деформацій в остозній кістковій тканині була меншою в 1,2 рази, у порозній — в 1,4 рази більшою ніж при середній щільності. З цього випливає, що порозна кісткова тканина володіє слабшою здатністю протидіяти деформаційним явищам, які виникають під дією жувального навантаження.

Висновок. На пружено-деформований стан кісткової тканини лівеолярного відростка впливає тип її структури. Зі зменшенням щільності кісткової тканини зменшується величина пружень, але зростає ступінь її деформації. Це може призвести до розвитку ускладнень з боку опорних зубів після ортопедичного лікування пацієнтів з низькою щільністю кісткової тканини лівеолярних відростків.

УДК 616.314–007–036–053

© О. В. Громов

ДЗ «Дніпропетровський медичний коледж МОЗ України»

Порівняння показників рухомості зубів у хворих різних вікових груп на етапах комплексного лікування

З хворобами пародонту відносяться до найбільш поширених стоматологічних захворювань і, згідно з ними ВООЗ, у осіб молодого віку займають друге місце після карієсу, після 40 років виходять на лідируючу позицію. Порух функціональної повноцінності зубощелепного апарату і дефекти зубних рядів можна розглядати як структуровану в розвитку складної щелепно-лицьової стоматології. Для розрахунку сприйнятливості пародонту до інвазії з пропонуємо безліч схем і методик, кожну з яких розроблено з досягненнями є певні недоліки.

З метою отримання точних і об'єктивних даних про амплітуду вестибуло-оральних коливань зубів під впливом дозованої інвазії ми розробили вторинний пристрій (патент на корисну модель 65892 від 12.12.2011), що дозволяє підвищити точність діагностики зрухунок прямого виміру структурно опорно-утримуючого апарату зубів. Застосування цього приладу дозволило об'єктивно оцінити функціональну повноцінність пародонту обстежуваних зубів і на підставі отриманих даних прийняти оптимальне рішення про використання необхідної кількості зубів в якості опори мостоподібного протезу або для фіксації бюгельної конструкції.

Як показали проведені дослідження, міра рухомості зубів усіх функціональних груп у хворих різного віку тісно пов'язана з початковим станом пародонту, зокрема з наявністю генералізованої пародонтиту (ГП) середнього і важкого ступенів. З допомогою двох факторного дисперсійного аналізу ANOVA було розраховано коефіцієнти сили впливу (K2) віку пацієнтів і наявності ГП на показники рухомості зубів у різні періоди спостереження. Результати цього аналізу з одного боку підтвердили наявність достовірного зв'язку амплітуди рухомості зубів на усіх етапах спостереження з обома факторами ($p < 0,001$). З іншого боку було встановлено, що доміную-

чий вплив того або іншого фактора лежить від термінів спостереження. Також, початкові показники рухомості зубів до лікування більшою мірою були зумовлені наявністю ГП ($K2 = 0,59$), чим віковими особливостями пацієнтів ($K2 = 0,22$). Амплітуда рухомості зубів збільшується з віком у пацієнтів без клінічних ознак пародонтиту (КОП) від 1,2 до 1,5 рз, тоді як наявність ГП підвищує показник у відповідній віковій групі від 1,94 до 2,5 рз. При цьому слід знати вікові особливості функціонального стану пародонту. Навіть з відсутності складно-деструктивного процесу рухомість зубів у пацієнтів середнього віку (45–59 років) зростає, порівняно з більш логічними показниками 20–44-літніх пацієнтів в середньому на 24,2% (в 1,2 рз) – від $(0,62 \pm 0,013)$ мм до $(0,77 \pm 0,012)$ мм ($p < 0,001$). В осіб 60 років і старше без КПП показник досягає значення $(1,18 \pm 0,029)$ мм, що на 90,3% більше в 1,9 рз перевищує логічний рівень у молодих пацієнтів і на 53,2% (у 1,5 рз) – показник у пацієнтів середнього віку ($p < 0,001$). Отримані дані дозволяють говорити про зниження функціональної повноцінності пародонту внаслідок вікових інволютивних змін. Отримані дані дозволяють встановити етапи з кономірності: рухомість зубів усіх функціональних груп у осіб у віці 20–44 років без КПП знаходиться в межах фізіологічної норми і складає близько 0,6 мм. У хворих середнього віку (45–59 років) без КПП рухомість різців, премолярів і молярів складала в середньому 0,78 мм, іквів – 0,72 мм, що можна вважати умовною фізіологічною нормою для цієї вікової групи; для людей старше 60 років відносна фізіологічна норма складає в середньому 1,2 мм.

Зниження рухомості зубів і підвищення функціональної повноцінності пародонту підтверджує ефективність комплексного лікування, що проводиться.

УДК 616.314.17 – 008.1 – 072.7 – 053.6/ – 053.9

©В. . Віхров

ДЗ «Дніпропетровськ медичн к демія МОЗ Укр їни»

Порівняння пок зників ксіогр фічних досліджень з лежно від віку хворих т ст ну п родонт

Велике зн чення при пл нув нні ортопедичного лікув ння м є н ліз функціон льного ст ну скронево-нижньощелепного суглоб (СНЩС). ксіогр фічні дослідження з використ нням безконт ктної реєструв льної системи ARCUSdigma® викон но 80 особ м у віці від 22 до 70 років, серед них 41 (51,3 %) чоловіків і 39 (48,7 %) жінок. Середній вік обстежених скл в (M±m) – (45,3±2,5) року, Me = 47,0 років. Серед обстежених 36 людей не м ли клініко-рентгенологічних озн к прояви генер лізов ного п родонтиту (п ціенти без КОП – контрольн груп), 44 хворим вст новлено ді гноз генер лізов ного п родонтиту середнього бо тяжкого ступеня (хворі н ГП – основн груп). Обидві групи були поділені з ст ттю ($p > 0,40$) і віком п цієнтів ($p > 0,20$ при усіх порівняннях). У контрольній групі середній вік обстежув них скл в у середньому (45,9±2,2) року, в основній групі – (44,8±2,7) року. Вр ховуючи невелику кількість обстежув них у віковій групі 60 років і ст рше, для проведення коректного ст тистичного н лізу було виділено дві вікові підгрупи: 20 – 44 роки і ≥ 45 років. Дослідження проводили з ст нд ртним протоколом і фіксув ли д ні, отрим ні в н ступних положеннях нижньої щелепи: центр льній оклюзії, протрузії, м ксим льному відкритті рот , бічній оклюзії. Виміри пок зників функціон льного н лізу (Φ) рухів нижньої щелепи і положення голівки (EP -тест) СНЩС було проведено н момент звернення хворого в клініку і через 6 – 12 місяців після комплексного лікув ння. При цьому комплексне лікув ння проведене усім хворим з ГП (44 людини) і ортопедичне лікув ння – 16 хворим без КОП з дефект ми зубних рядів. ксіогр фічно у 50 з 60 обстежених (90,0 %) з дефект ми зубних рядів нез лежно від ст ну п родонт до лікув ння відмічено дисфункцію СНЩС в р нній ст дії без клінічних проявів, і тільки у 6 осіб (10,0 %) було ді гностов но клінічні озн ки ртрузу СНЩС (кл ц ння бо хрускіт в суглобі, больов дис-

функція). У більшості обстежув них контр рольної групи без КОП відзн ч л ся відносно синхронність рухів суглобових голівок і рівномірн мплітуд рухів різцевої точки при бічних зміщеннях нижньої щелепи. У обстежув них ст рше 45 років було виявлено істотніші зміни в ст ні СНЩС, виклик ні н явністю дефектів зубних рядів і трив лістю порушення оклюзії, що корелює з віком, обтяжені функціон льною недост тністю п родонт . Ми провели комплексне лікув ння ротової порожнини з р ціон льним ротезув нням н з вершув льному ет пі в усіх 44 хворих основної групи і у 16 хворих без КОП. Через 6 – 12 місяців після його з вершення в усіх хворих було вивчено дин міку пок зників функціон льного ст ну ВНЧС. Вст новлено норм ліз цію функціон льної повноцінності жув льного п р ту у хворих без КОП, які отрим ли комплексне лікув ння. Відмічено відновлення симетрії горизонт льних і вертикальних зміщень ВНЧС з р хунок достовірного ($p < 0,01$) збільшення рухомості н робочій стороні – н 16,2 і 23,4 %, відповідно до тр екторій руху голівки суглоб . В результаті різниця мплітуд рухів зменшил ся з 28 – 33 % ($p < 0,05$) до 5 – 8 % ($p > 0,30$). Т ким чином, електронні ксіогр фічні дослідження дозволяють виявити н явність м'язово-суглобової дисфункції, вст новити вз ємозв'язок дин мічної оклюзії і функціон льних змін тр екторії руху умовної ш рнірної осі суглобових голівок СНЩС. Ця методик пок з н вді гностиці функціон льних порушень жув льного п р ту, оцінці ефективності проведення комплексної ре біліт ції стом тологічного хворого і контролі змін до появи клінічних проявів порушення діяльності ВНЧС н ет п х лікув ння і протезув ння. В цілому ж дин мік пок зників функціон льного н лізу і EP -тесту підтверджують пр вильність вибр ного комплексу лікув льно-профіл ктичних з ходів н ет п х лікув ння п родонтологічних хворих різних вікових груп.

УДК 616.314 – 77:616.716:612.76

© Р. Е. В. Силенко

ДЗ «Дніпропетровський медичний коледж МОЗ України»

Біомеханічний розрахунок конструкції ретельного елементу повного знімного протезу верхньої щелепи

Повні знімні пластинкові протези (ПЗПП) традиційно використовуються для відновлення життєво важливих функцій зубощелепного апарату стоматологічних хворих з повною вторинною дентисією. Методи ретельного елементів ПЗПП мають ряд істотних недоліків: порушується рельєф протезного ліжка, не забезпечується необхідна міцність біофіксу, підвищується маса протезу і збільшується його товщина.

Метою дослідження стало розрахунок конструкції ретельного елементу для біофіксу ПЗПП верхньої щелепи з метою відстану альвеолярного відростка з класифікацією Шредера. З метою розв'язання завдання використано методи кінцевих елементів. Дослідження проводилося для трьох різних типів беззубої верхньої щелепи (БВЩ) (1-й, 2-й і 3-й класи за Шредером) з різними типами встановлення. Результатом дослідження покажемо, що для всіх трьох типів протезного ліжка характерні значні величини напружень у ділянках міжзубних проміжків, на зовнішній стороні біофіксу протезу. Для 1-го і 2-го типів БВЩ характерні значні зсуви протезу. У результаті розвитку надлишкових напружень ризик зламання протезу значно зростає. Тому напружено-деформовані станів (НДС) покажемо, що розподіл результуючих напружень (з висловом Губера – Мізеса) є найбільш інтенсивним на верхівці гребеня альвеолярного відростка. Це робить неефективним розташування ретельного елементу в інших ділянках біофіксу з точки зору компен-

сації НДС. Набагато ефективніше ретельний елемент працює тимчасово на вершині альвеолярного гребеня. Тому, якщо напруження розподіляються по всій вершині альвеолярного гребеня, то форма ретельного елементу повинна збігатися з її формою. У результаті проведення біомеханічного аналізу було запропоновано модель зубного протезу з новою формою ретельного елементу. Ретельний елемент має форму рибки, зігнутої по площині відповідно до форми гребеня альвеолярного відростка. У попередньому дослідженні в ділянці дистальної межі біофіксу (по лінії «а») немає необхідності, тому напруженості ретельного елементу це не робить впливу. Аналіз запропонованої моделі покажемо, що для нової форми ретельного елементу інтенсивність розподілу напружень по гребеню альвеолярної дуги значно знижується, величини максимумів напружень у ділянках міжзубних проміжків зменшуються на 15–20%. Це дозволить підвищити стійкість ретельного біофіксу до значних коливань напружень і термін служби ПЗПП. Для зниження маси зубного протезу обов'язковим перфорация ретельного елементу із збереженням перемичок в міжзубних проміжках. Перфорация ретельного елементу не повинна переривати цілості нижнього краю дуги, що не доходить до перехідної складки 5–7 мм. Однак збільшення діаметру отворів в ретельному елементі знижує його жорсткість.

Запропонована форма ретельного елементу для біофіксу ПЗПП дозволяє зменшити габарити і масу ретельної конструкції, збільшивши при цьому її міцність якості.

УДК 616.314-002-053.4-06:616.1/.4

©Н. І. Смоляр, Х. Г. Мусій-Семенців

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Поширеність та інтенсивність кариєсу молочних зубів у дітей із загальносоматичною патологією

Вступ. Зміни у структурі твердих тканин зубів, як правило, пов'язують із впливом місцевих факторів ротової порожнини, серед них: недостатньою гігієною, характером мікрофлори порожнини рота, зміною якісного та кількісного складу ротової рідини тощо. Проте частіше перебіг каріозного процесу залежить не тільки від місцевих факторів, а й від загального стану організму. Організм дитини є цілісною системою, тому, безперечно, існує зв'язок між патологічними станом ротової порожнини та захворюваннями внутрішніх органів. Цей зв'язок підтверджено дослідженнями багатьох авторів. У відомій літературі відсутні дані щодо стоматологічної захворюваності у дітей, що проживають у сільській місцевості, з огляду на загальносоматичну патологію. Тому наміри дослідити поширеність кариєсу молочних зубів серед дітей сільської місцевості з огляду на загальносоматичну захворюваність є особливого значення.

Метою роботи було вивчити поширеність та інтенсивність кариєсу молочних зубів у дітей із захворюваннями внутрішніх органів, що проживають у сільській місцевості.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 558 дітей дошкільного віку, які проживають у сільській місцевості. Поширеність кариєсу визначили у відсотках. Інтенсивність каріозного ураження проводили з індексом «кп». За захворюваність вивчили з медичною документцією, яку ведуть у дитячих дошкільних закладах.

Результати досліджень та їх обговорення. Провівши аналіз медичної документації у сільських дошкільних закладах, ми виявили 383 дитини, в яких відмічаються соматичні захворювання, серед них: захворювання органів дихання, ЛОР-органів, шлунково-кишкового тракту, алергічні захворювання, захворювання сечової системи та центральної нервової системи. Серед усіх обстежених дітей, в найбільшій кількості виявлялись захворювання органів дихання (бронхіт, пневмонія) –

35,51%. На другому місці за частотою спостерігались захворювання ЛОР-органів (24,54%), серед них: тонзиліт, назофарингіт, отит середнього йморит. За захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, гастроудоденіт, дискінезія жовчовивідних шляхів, панкреатит) виявлялись у 19,06 % дітей, в меншій кількості (16,71%) – алергічні захворювання (дерматит, хронічний алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт). Лише у 3,14 % дітей діагностовано захворювання сечової системи (пієлонефрит) та у 1,04 % дітей – захворювання центральної нервової системи.

Згідно з отриманими даними, в середньому, поширеність кариєсу молочних зубів дорівнює 78,72 % при інтенсивності ураження 4,64 зубів у дітей із соматичними захворюваннями. Найвища поширеність кариєсу спостерігається у дітей із захворюваннями ЛОР-органів та сечової системи – 100%. Меншу поширеність кариєсу виявлено у дітей із захворюваннями органів дихання – 92,22 %. Поширеність кариєсу молочних зубів у дітей з патологією ЦНС становить 80,12 %. У дітей, які хворіють на алергічні захворювання та захворювання ШКТ, поширеність кариєсу дорівнює 68,18 та 61,54 % відповідно.

Найбільшу інтенсивність кариєсу молочних зубів виявлено серед дітей із захворюваннями ЛОР-органів – 5,43 зубів. Зменшення індексу «кп» встановлено у дітей із захворюваннями дихальної системи та захворюваннями ЦНС, і відповідно дорівнює 4,58 зубів та 4,1 зубів. У дітей, які хворіють на алергічні захворювання, захворювання ШКТ та сечової системи, інтенсивність кариєсу знаходиться на одному рівні, і відповідно дорівнює 3,59; 3,31 та 3,08 зубів.

Висновки. Серед дітей дошкільного віку, які проживають у сільській місцевості, виявлено переважно захворювання органів дихання та ЛОР-органів. Найвища поширеність та інтенсивність кариєсу спостерігається у дітей із патологією ЛОР-органів та сечової систе-

ми, в дещо меншій кількості – у дітей із хвороб ми орг нів дих ння. Отже, можн зроби бити висновок, що окрім місцевих ф кторів,

н явність супутніх сом тичних з хворюв нь призводить до збільшення ур женості к рієсу молочних зубів у дітей дошкільного віку.

УДК 616.314-053.2-06:616.1/4]-089.5

©Г. М. Солонько

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького

Стом тологічне лікув ння дітей із сом тичною п тологією в умов х з г льного знеболюв ння

Вступ. Дослідженнями ост нніх років доведене існув ння нез перечного вз емозв'язку між стом тологічним ст тусом т н явністю хронічної сом тичної п тології у дітей, який проявляється у вигляді вз емного обтяження (Е. Н. Дычко, Е. В. Шпилевск я, 1990, Н. І. Смоляр, У. О. Ст дник, Г. М. Солонько, 2010, Е. В. Безвужко, І. В. Микич к, 2012). Хронічний перебіг сом тичних з хворюв нь – сприятливий фон для розвитку к рієсу як молочних, т к і постійних зубів. З відсутності стом тологічного лікув ння у дітей із сом тичною п тологією розвив еться ендогенн інтоксик ція, підвищен схильність до розвитку вірусних т б ктерійних інфекцій, тонзилітів, л ринготр хейтів, бронхітів, ревм тизму, гломерулонефриту т ін.

Метою с н цієї ротової порожнини у дітей із сом тичними з хворюв ннями є не лише лікув ння к рієсу т його ускл днень, ле і попередження ускл днень, які б могли порушув ти перебіг т лікув ння основного з хворюв ння т одуж ння дитини, усунення вогнищ одонтогенної інфекції бо виключення можливості їх виникнення. Ч сто проблемним ст є вибір способу знеболюв ння для здійснення с н цієї, дже перев жно великий об'єм пл нов ного лікув ння т основний ді гноз не д ють можливості провести лікув ння в повному обсязі т якісно.

Метою дослідження ст ло визн чення особливостей стом тологічної с н цієї дітей із сом тичною п тологією з ур хув нням з г льного ст ну орг нізму в умов х з г льного знеболюв ння.

М тері ли і методи. Всього н стом тологічному лікув нні протягом 2006 – 2011 років зн ходилось 266 дітей (178 хлопців т 88 дівч т)

віком від 2-х до 12 років із обтяженим сом тичними з хворюв ннями. С н цію ротової порожнини цим дітям було проведено під з г льним знеболюв нням (тот льною внутрішньовенною нестезією – TVA – з викорис т нням гіпнотик ультр короткої дії пропофолу).

Д ні про сом тичний ді гноз були н д ні педі тром бо лікуючим лік рем т внесені в стом тологічну мбул торну історію хвороби. Всім дітям було проведено визн чення стом тологічного ст тусу. Для уточнення ді гнозу т скл д ння пл ну лікув ння використув ли ортоп нтомогр фію, короткофокусну прицільну рентгеногр фію.

Пок з ннями до проведення того чи іншого виду знеболюв ння визн ч ли під ч с першого огляду дитини стом тологом т при необхідності нестезіологом після збир ння н мнезу в б тьків чи опікунів, обстеження дитини, визн чення об'єму втруч нь. З г льносом тичні пок з ння до проведення з г льного знеболюв ння для стом тологічної с н цієї:

– в ди розвитку т з хворюв ння ЦНС – хвороб Д ун , олігофренія, гідроцеф лія, ДЦП, утизм, родов тр вм , епілепсія;

– хвороби, перебіг яких може змінитись під ч с стом тологічного лікув ння (уроджені т н буті в ди серця в ст дії компенс цієї, бронхі льн стм , цукровий ді бет);

– з хворюв ння ЛОР-орг нів з неможливістю носового дих ння (деноїди II – III ступенів);

– діти з лергічною ре кцією н місцеві нестетика, схильністю до лергії, н філ ктичним шоком чи н бряком Квінке в н мнезі;

— діти із будь-яким сом тичним з хворюванням, великим обсягом необхідних стоматологічних втручань та психоемоційною збудливістю.

Результати досліджень та їх обговорення.

В результаті стоматологічного обстеження дітей із сом тичною патологією виявилось, що у всіх є множинний кріес з інтенсивністю урження від 10,14 \pm 0,29 молочного зубу кпу дітей 2-х річного віку до

7,92 \pm 0,11 зубу у дітей 12 років (КПВ + кп), високий відсоток ускладненого кріесу молочних зубів — 78,13 % дітей. У середньому на одну дитину припадає 1,44 \pm 0,13 урженого пульпітом молочного зубу та 1,61 \pm 0,18 зубів із хронічним та з гостренням хронічного періодонтиту (тобто наявні одонтогенні вогнищі інфекції) та виявлено низький рівень санітарії ротової порожнини. Це зумовлює необхідність виконання великого об'єму втручання у кожній дитині, вразовування стану здоров'я та визначення особливостей здійснення лікування з лежачим від сом тичного дігнозу.

Серед ліків ними ми підзгалним знеболюваннями найбільше виявилось дітей із обтяженим періодонтитом та мезом 158 (108 хлопців та 50 дівчат), що складало 59,41%, діти із зхворюваннями ЦНС склали 12,03 % (32 чоловік та 24 дівчат), зхворювання серцево-судинної системи спостерігались у 14 дітей (всі хлопці) — 5,27 %, одночасно кількисом тичних зхворювань дігнозовано у 15,79 % (42 дитини — 20 хлопців та 22 дівчинки) дітей та ін.

Враховуючи декомпенсований перебіг кріозного процесу в дітей із сом тичною патологією, вважне обтяження перебігу, неможливість скласти достовірний прогноз стоматологічного лікування, обирали найоптимальнішими та ризикованими методики лікування кріесу та його ускладнення.

Тому, при лікуванні кріесу як молочних, так і постійних зубів (особливо з несформованими коренями), використовували склоіономерні матеріали подвійного твердіння як такі, що попереджують розвиток вторинного кріесу. При ендодонтичному лікуванні молочних

зубів для попередження ускладнення з стосували лише екстирпційні методики лікування, пам'ятаючи, що витягнення пульпотомія при лікуванні пульпітів переважно неефективні. При сумніві у сприятливому прогнозі консервативного лікування ускладненого кріесу перевагу віддали виду ланню зубів, особливо це стосується дітей із тяжким преморбідним фоном (діти із вадми серця, нирок, зниженим імунітетом, хронічними інфекційно-алергічними зхворюваннями), декомпенсацією формою кріесу і у випадку наявності вогнища хронічної одонтогенної інфекції.

Ключовим є питання декомпенсації санітарії інфекційних джерел не лише місцево, але і системно (ендогенно). Тому рекомендували при лікуванні ускладненого кріесу (періодонтиту) в дітей з обтяженим преморбідним фоном використовувати тільки протиприроду протягом 5—7 діб.

Після завершення санітарії ротової порожнини всім дітям обов'язково призначили комплекс лікування льно-профілактичних заходів, який включав регулярне проведення професійної гігієни (1 раз на 3—4 місяці), герметизацію фісур молочних та постійних зубів відразу після прорізування, екзогенну профілактику кріесу у вигляді глибокого фторування емаль-герметизуванням ліквідом з Кнпвостом, призначення щоденного використання ремінералізуючого препарату Tooth mousse протягом 1 місяця двічі на рік. Препарати для ендодонтичної профілактики (препарати кальцію, фосфору, фтору) призначали лише з намірами після консультації з лікуючим лікарем.

У зв'язку із складністю стоматологічного лікування дітей із сом тичними зхворюваннями, різноманітністю симптомів та ускладненнями, які можуть виникнути при цьому, та кож із необхідністю тривалого постійного спостереження та лікування, їх слід включити в групу ризику розвитку кріесу та здійснювати санітарію в спеціалізованих центрах, де працюють висококваліфіковані спеціалісти різних профілів, з обов'язковою наявністю анестезіологічного кабінету для санітарії ротової порожнини під загальним знеболюванням.

УДК 616.314-002:[611-018.4:575.061.2]-053.5

© Н. І. Смоляр, О. О. Сов'як

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Взаємозв'язок рівня мінеральної щільності кісткової тканини та інтенсивності крієсу зубів у дітей шкільного віку

Вступ. З останніх років, незважаючи на численні лікувально-профілактичні заходи, рівень поширеності та інтенсивності крієсу зубів в різних регіонах України зростає суттєво (Л. Хоменко, 2001, В. Вербицька, 2005, Н. І. Смоляр, 2008). Інтенсивність утворення зубів крієсом з лежить від рівня резистентності емаль, який зумовлений мінералізацією твердих тканин зубів. Доведено, що порушення кальцій-фосфорного обміну є однією з головних причин розвитку в дитячому віці множинного крієсу як молочних, так і постійних зубів (Л. Хоменко, 2007). Рівень утворення змін у кальцієвому обміні пропорційно збільшується відповідно до зростання інтенсивності крієсу зубів (Д. Кузьміної, 2010).

Метою дослідження стало оцінити взаємозв'язок між рівнем мінеральної щільності кісткової тканини та інтенсивністю крієсу зубів у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 90 дітей шкільного віку з декомпенсованою формою крієсу зубів у віці від 6 до 14 років. Серед них 42 хлопці та 48 дівчат. Дітей поділено на 3 вікові групи по 30 дітей у кожній: 1-шу групу склали діти віком 6–8 років, 2-гу групу – діти 9–11 років, 3-тю групу – діти віком 12–14 років. Інтенсивність крієсу в обстежених дітей оцінювали за індексом КРВ, КРВ + кп.

Для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) використали ультразвукове денситометричне дослідження. Обстеження дітей проводили в Інституті Генетики МН України, з допомогою приладу «Achilles» фірми LUNAR Corp. (США). Визначили індекс міцності кісткової тканини (ІМ, %), що відображає структурно-функціональний стан кісткової тканини. Згідно з методикою, 82–120 % – нормальна МЩКТ, 81–67 % – остеопенія, менше 67 % – остеопороз.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати обстеження дітей показали, що

у середньому інтенсивність крієсу в дітей віком 6–8 років (КРВ + кп) становить $(10,30 \pm 0,55)$ зуб (КРВ – $(2,07 \pm 0,24)$ зуб), у 9–11 річних дітей – $(9,53 \pm 0,43)$ (КРВ – $(4,33 \pm 0,33)$ зуб) та у дітей віком 12–14 років достовірно зростає і КРВ становить $(12,10 \pm 0,67)$ зуб ($p < 0,05$).

При аналізі інтенсивності крієсу постійних зубів у дітей з різним рівнем мінеральної щільності кісткової тканини виявлено тенденцію до зростання інтенсивності крієсу постійних зубів при зниженні МЩКТ. У 6–8-річних дітей з нормальною МЩКТ інтенсивність крієсу постійних зубів складала $(1,91 \pm 0,44)$ зуб, з остеопенією – $(2,25 \pm 0,35)$ зуб, при остеопорозі – $(2,00 \pm 0,51)$ зуб відповідно. Під час обстеження дітей 9–11 років інтенсивність крієсу постійних зубів з нормальною МЩКТ становить $(3,63 \pm 0,26)$ зуб, з остеопенією – $(4,50 \pm 0,61)$ зуб та у дітей з остеопорозом. У дітей 12–14 років з нормальною МЩКТ інтенсивність крієсу $(10,08 \pm 0,96)$ зуб, з остеопенією – $(12,31 \pm 0,87)$ зуб, при остеопорозі зростає до $(16,40 \pm 0,93)$ зуб відповідно.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що у дітей усіх вікових груп інтенсивність крієсу постійних зубів нижча при нормальній щільності кісткової тканини та складала $(5,49 \pm 0,77)$ зуб. У дітей з остеопенією та остеопорозом інтенсивність крієсу вища, відповідно $(6,41 \pm 0,78)$ та $(7,70 \pm 1,36)$ зуб.

Висновки. Інтенсивність крієсу суттєво нижча у дітей при нормальній щільності кісткової тканини. У дітей при зменшеній щільності кісткової тканини інтенсивність крієсу значно вища. Це свідчить про взаємозв'язок між рівнем мінеральної щільності кісткової тканини та утворенням зубів крієсом у дітей, також про необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів для дітей з низькою щільністю кісткової тканини.

УДК 616.311.2-002 + 616.314.17-008.1)-053.2(546.16:613.31)

© **Е. В. Безвушко, Н. Л. Чухр й, х м д Х тем Дж сер**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Статистика пародонтопатології у дітей із регіону з підвищеним вмістом фтору в питній воді

Вступ. Зростає поширеність захворювань пародонтопатології в дітей України останніми роками. Згідно з результатами досліджень, причиною збільшення поширеності захворювань пародонтопатології є порушення гігієнічного догляду за порожниною рота, наявність хронічної гальваностоміології, несприятливих екологічних чинників тощо. Однією з причин зниження частоти захворювань пародонтопатології в дітей можливе лише зростаюче поглиблене вивчення причин його виникнення у різних екологічних ситуаціях регіонів України та проведення профілактичних заходів.

Метою дослідження стало вивчити статистику захворювань пародонтопатології у дітей із регіону з підвищеним вмістом фтору в питній воді.

Матеріали і методи. Проведено епідеміологічне обстеження 503 дітей м. Добротвору, смт. Соснівки та м. Червоноград у віці 7, 9, 12 та 15-ти років. Питна вода вказаних населених пунктів характеризується підвищеним вмістом фтору. Оцінку статистики захворювань пародонтопатології проводили на основі клінічних даних та пародонтологічних індексів. Оцінку розповсюдженості захворювань пародонтопатології проводили з рекомендаціями ВООЗ (1980). Об'єктивну оцінку статистику захворювань пародонтопатології здійснювали з допомогою пілярно-меланодентального індексу (РМ). Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати епідеміологічного обстеження дітей показали, що зростають процеси захворювань пародонтопатології в основному хро-

нічним катаральним гінгівітом (ХКГ), розповсюдженість якого становить $(53,68 \pm 2,22)$. Причому в дітей із зубощелепними проблемами ХКГ зустрічається частіше – у $(75,21 \pm 2,28)$ % порівняно з дітьми без ЗЩ – $(29,87 \pm 3,81)$ % ($p < 0,001$).

Найвищою частотою захворювань пародонтопатології в дітей до 15-ти років розповсюдженість ХКГ зростає із $(35,88 \pm 4,19)$ % до $(67,77 \pm 4,25)$ %. У результаті аналізу встановлено, що у всіх вікових групах у дітей із ЗЩ розповсюдженість ХКГ є значно вищою порівняно із дітьми без ЗЩ. Особливо значну різницю встановлено у дітей 9-ти років – $(60,00 \pm 5,48)$ % проти $(17,15 \pm 6,37)$ % ($p < 0,001$), що свідчить про вагоміший вплив наявної зубощелепної проблеми на виникнення запального процесу в тканинах пародонту.

Визначення індексу РМ у дітей даного регіону показали, що в середньому його значення склали $(16,64 \pm 2,30)$ %, що відповідає легкому ступеню ХКГ. У дітей із ЗЩ індекс РМ у дві рази є вищим ($(23,97 \pm 1,8)$ %) порівняно з дітьми без ЗЩ ($(11,00 \pm 2,75)$ %). Слід зазначити, що у дітей із ЗЩ 12-ти та 15-ти років середні показники досягають значень, що відповідають гінгівіту середньої тяжкості ($(27,08 \pm 1,36)$ % та $(33,61 \pm 1,51)$ % відповідно).

Висновки. 1. Встановлено, що у дітей, які проживають на території з підвищеним вмістом фтору в питній воді, зростають процеси захворювань пародонтопатології в основному хронічним катаральним гінгівітом (ХКГ), розповсюдженість якого становить $53,68 \pm 2,22$.

2. ХКГ значно частіше зустрічається у дітей із ЗЩ у всіх вікових групах.

УДК 616.316-008.8-053.5

©Н. А. Чухр й

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вікові особливості мікрокристалів ції ротової рідини у дітей

Вступ. Ротова рідина, як природне рідке біологічне середовище, відіграє велику роль у життєдіяльності зубів та підтриманні гомеостазу порожнини рота і є важливим об'єктом для вивчення етіології та патогенезу кожного процесу в різних вікових групах (Г. И. Скрипкин, 2012). Однією з основних є її мінералізаційна функція, що забезпечує вторинну мінералізацію зубів після їх прорізування та регулює обмінні процеси в емалі зубів.

Багатьма науковими дослідженнями з'ясовано, що мікрокристалів ції ротової рідини має індивідуальні особливості й може змінюватися під впливом факторів. Особливо увагу привертає дослідження мікрокристалів ції ротової рідини у дітей різного віку, вивчаючи зміну складу та функціональної здатності ротової рідини з віком.

Метою роботи стало вивчити особливості мікрокристалів ції ротової рідини у дітей різного віку.

Матеріали і методи. Дослідження кристалізаційного процесу ротової рідини було проведено у 581 дитини 5–16-річного віку (279 хлопців та 302 дівчини), які навчалися у школах з класифікацією Львова за методикою П. А. Леуса (1977). Результати опрацьовано статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що І тип мікрокристалів ції ротової рідини зустрічається в середньому у (23,41±1,76) %, ІІ тип – у (47,33±2,07) % та ІІІ тип – у (29,26±1,89) % обстежених дітей.

Встановлено, що у дітей 5-річного віку кристалів ції І типу зустрічаються лише у (11,94±2,80) % дітей, тоді як кристалів ції ІІ та ІІІ типів – у

(44,03±4,29) % ($p < 0,001$). Слід знати, що з 6-ти до 7-ми років відсоток дітей із І типом кристалізаційного процесу знижується із (19,44±4,66) % до (11,54±6,27) %, ($p > 0,05$), natomiast відсоток дітей із ІІ типом зростає із (41,67±5,81) % до (50,00±9,81) %, що свідчить про зниження мінералізаційної функції ротової рідини у дітей в цей віковий період. Також звертає на себе увагу те, що у віковій групі 5–7 років відсоток дітей із кристалів ції І типу є достовірно меншим порівняно із відсотком дітей із кристалів ції ІІ та ІІІ типів. У дітей 8-ми років спостерігається лише подібна тенденція, з 8 до 9 років відсоток дітей із кристалів ції ІІІ типу суттєво знижується із (46,15±9,78) % до (10,81±5,10) % ($p < 0,01$). Встановлено, що у групі дітей 9–15 років кількість осіб із кристалів ції ІІІ типу коливається в межах – (10,81±5,10) % – (20,00±6,32) %. У дітей 9–10 та 14–16 років у більшій половині дітей переважає ІІ тип кристалізаційного процесу.

Висновки. 1. Мікрокристалів ції ротової рідини має індивідуальні особливості й змінюється з віком.

2. Спостерігаються особливості розподілу кристалів ції у ротовій рідині в дітей 5–9 років. Зниження кристалів ції ІІІ типу в ротовій рідині свідчить про зниження її кристалізаційної функції.

3. Вакцинаційний період прорізування постійних зубів є необхідність проведення превентивних заходів, направлених на забезпечення постійності оптимального вмісту мінеральних компонентів у ротовій рідині в дітей у період вакцинаційної мінералізації зубів і дозрівання емалі після прорізування з метою формування її крієсезистентності.

Висновок. У дітей з бронхіальною астмою визначється високий показник інтенсивності кариєсу тимчасових зубів «КП» = $3,52 \pm 0,52$, що вимірюється у них більш де-

тально вивчення гомеостазу ротової порожнини з метою розробки індивідуальних програм профілактики кариєсу зубів.

УДК 616.314.7-007.11-053.2-055

© **Е. В. Безвуско, Г. С. Гордон-Жур, Н. В. Пилипів, хм д Ж метр, хм д Х тем Дж сер**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Наличие класов третих постоянных моляров у детей с лежко- вдст

Вступ. Постійні треті моляри або «зуби мудрості» прорізаються остаточно серед постійних зубів, тому з ними пов'язано безліч легенд. Наприклад, слов'яни вірили, що ці зуби прорізаються тоді, коли людина досягає справжньої мудрості, стає зрілою та самостійною. Наприклад, лекарем предкам доводилось жувати більш грубу, необроблену термічно їжу, ніж сучасним людям, тому треті моляри впродовж тисячоліть створюють по суті такий візом. Згідно з поглядом Н. В. Лухова, у первісної людини кількість зубів сягає 44–46.

Досліджуючи стародавні черепи людини, вчені дійшли висновку, що зубощелепні номолії, які виявляються зрідка, у тому числі й уроджені відсутність зубів, існували в стародавні часи [1]. Також думки дотримуються й інші дослідники, повідомляючи про уроджену відсутність третіх постійних молярів у первісної людини, згідно з ними розкопано людських скелетів [2].

Доведено, що кількість та розміри зубів мають безпосередній вплив на формування зубощелепної системи з гілом та зубних рядів зокрем [3].

При плануванні ортодонтичного та комплексного лікування скупченості зубів, сугальних, трансверзальних і вертикальних номолій оклюзії вживають проналізують особливості з класифікації третіх молярів на обох щелепах із правого та лівого боків, періоди їх формування з урахуванням статі та віку обстежених, величини коронок, осінхилу, рівня розтиснення по відношенню до верхівки левеоларного відростка й можливості прорізування.

Метою цього дослідження стало визначення закономірностей з класифікації третіх постійних молярів у дівчат та хлопців різного віку.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленого завдання обстежено 248 дітей, з них 128 дівчат та 120 хлопців віком від 7 до 16 років. Дітям проведено рентгенологічне дослідження – ортопантомографію, з якою визначили наявність третіх постійних молярів на верхній та нижній щелепах.

Результати досліджень та їх обговорення. При проналізі отриманих результатів встановлено, що у середньому в 60,9% дівчат та 52,5% хлопців наявні зчати усіх третіх молярів.

Відсутність зчати третіх молярів на обох щелепах виявлено у 9,4% дівчат (табл. 1), що значно менше, ніж у хлопців (17,5%) (табл. 2). Найбільш у частоту серед дівчат з повною дентією склали групи віком 15–16 років (41,7%), серед хлопців – 9–10 років (42,9%).

У решті дітей спостерігається частковий дентит цих зубів. Наявність третіх постійних молярів на нижній щелепі виявлено у 17,2% дівчат та 14,2% хлопців, причому в дітей обох статей дентит цих зубів найчастіше встановлено у 9–10-річному віці (у 36,4% дівчат та 41,2% хлопців). Проте наявність третіх молярів лише на нижній щелепі суттєво відрізняється за кількістю з лежко вдст: у 10% хлопців та тільки у 3,9% дівчат. Серед дівчат тож дентит верхніх третіх молярів 80% склали 11–12-річні, решту – віком 7–8 років. Серед хлопчиків із даною номолією 60,7% склали діти 11–12 років, решту – 13–14-річні.

Наявність одного третього моляра на нижній щелепі виявлено тільки у 13–14-річ-

Т блиця 1.3 кл дк третіх постійних молярів у дівч т

Вік, роки	Кількість обстежених, n	Відсутність зачатків третіх молярів на в/щ і на н/щ, n (%)	Наявність третіх молярів на обох щелепах, n (%)	Присутність третіх молярів лише на в/щ, n (%)	Присутність третіх молярів лише на н/щ, n (%)	Наявність одного третього моляра тільки на в/щ, n (%)	Наявність одного третього моляра тільки на н/щ, n (%)
7–8	22	3(13,6)	13 (59,1)	1 (4,5)	5 (22,7)		
9–10	28	2 (7,1)	15 (53,6)		8 (28,6)	3 (10,7)	
11–12	31	1 (3,2)	17 (54,8)	4 (12,9)	3 (9,7)	6 (19,3)	
13–14	23	1 (4,3)	15 (65,2)		5 (21,7)	2 (8,7)	
15–16	24	5 (20,8)	18 (75,0)		1 (4,2)		
Всього	128	12 (9,4)	78 (60,9)	5 (3,9)	22 (17,2)	11 (8,6)	

Т блиця 2.3 кл дк третіх постійних молярів у хлопців

Вік, роки	К-сть обстежених, n	Відсутність зачатків третіх молярів на в/щ і на н/щ, n (%)	Наявність третіх молярів на обох щелепах, n (%)	Присутність третіх молярів лише на в/щ, n (%)	Присутність третіх молярів лише на н/щ, n (%)	Наявність одного третього моляра тільки на в/щ, n (%)	Наявність одного третього моляра тільки на н/щ, n (%)
7–8	18	5 (27,8)	9 (50,0)		4 (22,2)		
9–10	30	9 (30,0)	12 (40,0)		7 (23,3)	2 (6,7)	
11–12	28	2 (7,1)	13 (46,4)	8 (28,6)	3 (10,7)	2 (7,1)	
13–14	25	2 (8,0)	16 (64,0)	4 (16,0)			3 (12,0)
15–16	19	3 (15,8)	13 (68,4)		3 (15,8)		
Всього	120	21 (17,5)	63 (52,5)	12 (10)	17 (14,2)	4 (3,3)	3 (2,5)

них хлопців. Проте н верхній щелепі по одному третьому моляру виявлено у дітей обох стей: у 3,3 від усіх хлопців т 8,6 % дівч т. Ткий вид дентії виявлено н йч стіше у дівч т 11–12 років (54,5 %) т у хлопців двох вікових груп – 9–10 т 11–12 років порівну.

Якщо про н лізув ти по вікових груп х, то н явність усіх третіх молярів н йбільш х р ктерн для ст рших вікових груп – 15–16-річних дівч т т 13–14-річних хлопців. Тенденція до зменшення кількості третіх молярів спостеріг ьється тільки у хлопців.

У результаті дослідження вст новлено, що у близько двох третин дітей т підлітків з кл дені всі треті моляри, їх повн відсутність спостеріг ьється у незначній кількості дітей. Проте у хлопців виявлено схильність до зменшення кількості зчтків третіх молярів.

Висновки. При проведенні обстеження ортодонтичного пціент необхідно врховувати високу ймовірність відсутності одного чи кількох третіх молярів т здійснювати рентгенологічне обстеження.

Список літертури

1. Iseri H., Uzel I. Impaction of maxillary canines and congenitally missing third molars. Description of an ancient skull (7250–6700 BC) / Iseri H., Uzel I. // European Journal of Orthodontics. – 1993. – Vol. 5, N. 1. – P. 1–5.
2. Anderson P. J., Moss A. L. Dental findings in parents of children with cleft lip and palate / P. J. Anderson,

A. L. Moss // Cleft Palate-Craniofacial J. – 1996. – Vol. 33, N 5. – P. 436–439.

3. Ст дницк я Н. П. Некоторые спекты проблемы третього моляр / Н. П. Ст дницк я // Стоматология детского возраст и профил ктик . – 2003. – 1–2. – С. 31–35.

УДК 616.31-083(07):37

© О. В. Єзерськ , У. О. Ст дник

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Стан гігієни порожнини рота у дітей шкільного віку

Встановлено, що гігієна порожнини рота є базовим методом профілактики, оскільки поєднує поширення медичних та гігієнічних знань, виховання у населення гігієнічних навичок з метою збереження та укріплення здоров'я і підвищення санітарної культури. Відомо, що існує прямий зв'язок між низькою гігієною порожнини рота та стоматологічним статусом. Дослідженнями останніх років (Е. В. Безвушко, Н. Л. Чухрай, І. С. Дубецький-Гробоус, 2007) виявлено низький рівень санітарно-гігієнічних знань серед дітей. Переважно як діти, так і дорослі – батьки, вихованці, вчителі – необхідну інформацію отримують з рекламних джерел, тоді як основною ланкою в отриманні цих знань повинні бути лікарі-стоматологи та лікарі-гігієністи (Н. І. Смоляр, Е. В. Безвушко, Н. Л. Чухрай, 2009). Тому впровадження в практику лікарів-стоматологів знань та навичок гігієнічного догляду з порожниною ротою підвищує ефективність профілактики стоматологічних захворювань.

З огляду на це, проведено і впроваджено на кафедрі стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького інноваційну формування знань з питань профілактики стоматологічних захворювань у дітей у вигляді конкурсних робіт студентську роботу з «Профілактики стоматологічних захворювань у дітей» (2005 р.) та «Уроків здоров'я» згідно з проектом програми «Дітям Львівщини – стоматологічне здоров'я» (2007 р.) у процесі підготовки молодих спеціалістів є достатньо ефективною (Н. І. Смоляр, О. В. Єзерськ, У. О. Стдник, Н. Л. Чухрай, 2010). Невідомою складовою цієї форми навчання студентів є виробничі практики з профілактики стоматологічних захворювань, під час якої студенти визначають стан гігієни порожнини рота, рівень санітарно-гігієнічних знань та проводять санітарно-просвітню роботу серед дітей, які проходять санітарну ротову порожнину у рамках амбулаторного стоматологічного прийому Львівської області.

З часом виробничі практики студенти обстежили 295 дітей віком від 6 до 12 років. Стан гігієни порожнини рота визначили з допомогою індексу Федоров – Володкіної. З допомогою спеціально розроблених опитувальників було проведено опитування дітей та визначено рівень санітарно-гігієнічних знань та вмій.

Результати досліджень свідчать, що добрий стан гігієни ротової порожнини (1–1,5 бал) мають (10,68±1,2) % дітей, задовільний (ІГ: 1,6–2,6 бал) у (18,82±0,98) % дітей, незадовільний догляд (2,1–2,5 бал) у (39,9±1,57) % дітей, поганий стан (2,6–3,4 бал) має (16,33±1,17) % та дуже поганий – (14,27±0,96) % дітей. З них опитувачі виявили, що більшість дітей почали чистити зуби з 6-річного віку – (52,2±1,04) %, (28,5±1,08) % дітей з 9–10 років і лише (19,3±1,01) % опитаних цю процедуру почали виконувати з 3–4-річного віку. Готовність дітей до процедури чищення зубів різноманітна. Так, щоденно чистять зуби (58,48±1,47) %, але лише (31,43±1,7) % з них роблять це двічі на день, вранці та ввечері, (38,51±1,43) % школярів чистять зуби періодично, (3,01±1,04) % – не чистять взагалі. Відсоток дітей, які взагалі не чистять зуби, зменшується з віком: з (27,62±1,54) % серед дітей 6-ти років до (8,69±0,84) % серед 12-річних школярів. Інші методи чищення зубів свідчать, що (59,68±1,69) % опитаних дітей не правильно чистять зуби. Вони виконують лише горизонтальні рухи та тривають цю процедуру до 1 хв. Тільки (40,32±1,36) % школярів, які пройшли опитування, дотримуються правильної методики чищення зубів, поєднують вертикальні, горизонтальні та кругові рухи щітки. У дітей здебільшого виявляється поганий гігієнічний стан ротової порожнини та низький рівень санітарно-гігієнічних знань, що, очевидно, свідчить про недостатню поінформованість цієї категорії населення щодо правильної гігієнічного догляду з порожниною ротою.

Отже, гігієнічне навчання та виховання є однією з основних та необхідних ланок пер-

винної профілактики стоматологічних захворювань у дітей. Вживаючи її складовою, н

нашу думку, є проведення «Уроків здоров'я» серед дітей різних вікових груп.

©Н. І. Смоляр, О. Т. Непех, М. Б. Фур

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Стан стоматологічного здоров'я дітей шкіл-інтернатів та дитячих будинків

Вступ. Серед загальної популяції дитячого населення особливу категорію становлять діти-сироти, діти, які позбавлені батьківської опіки і перебувають на вихованні в дитячих будинках та школах-інтернатах. Численними дослідженнями встановлено, що у дітей даної категорії є знижена резистентність організму та більша частота захворювань (М. М. Коренев, І. С. Лебець, 2003; Р. О. Моїсеєнко, 2004). Це очевидно відображається на стані їх зубів, рівні гігієнічних навичок та мотивації до стоматологічного лікування. Згідно з даними С. І. Ністрогової (2011), встановлено, що уривчастість кріесом зубів суттєво вища серед дітей з низьким рівнем соціально-економічного благополуччя, порівняно із звичайними сім'ями, що найбільш яскраво проявляється у віці 7–8 та 15–17 років. Однією з досліджень, присвячених вивченню проблеми стоматологічної допомоги дітям, які потребують соціальної допомоги, згадується невисвітленими цілу низку питань, що стримує розробку ефективних заходів профілактики та лікування кріесу в школах-інтернатах та дитячих будинках.

Метою дослідження стало оцінити стоматологічну захворюваність дітей, які проживають в дитячих будинках та школах-інтернатах.

Матеріали і методи. Обстежено 365 дітей віком від 6 до 17 років, які проживають в дитячих будинках та школах-інтернатах міст Львова та Львівської області. Оцінювали стан твердих тканин зубів, пародонт та зубощелепних номолій. Визначили розповсюдженість кріесу постійних зубів у %, інтенсивність – з індексом КПВ. Характер зубощелепних номолій оцінювали за класифікацією Д. Келвеліса. Проведено опитування дітей з метою визначення санітарно-гігієнічних знань щодо догляду за порожниною ротою.

Результати досліджень та їх обговорення. У результаті проведених досліджень встановлено, що серед обстежених дітей, у всіх вікових групах розповсюдженість кріесу становить 100 %, що відповідає високому рівню згідно з критеріями ВООЗ. Інтенсивність кріесу постійних зубів у середньому складала $(5,46 \pm 0,51)$ зубів. Ці дані є значно вищими порівняно з середніми показниками розповсюдження та інтенсивності кріесу постійних зубів у дітей Львівської області (Е. В. Безвушко, 2008).

З результатів опитування встановлено різний рівень гігієнічних знань щодо догляду за порожниною ротою в обстежених дітей. Найбільший відсоток дітей, які знають, що треба доглядати за зубами і чого потрібно це робити, виявлено у дитячому будинку «Вишеньк» (70,3 %), найменший – у дитячому будинку «Орніт» (38 %).

З усіх обстежених дітей у $(87,5 \pm 6,49)$ % виявлено захворювання тканин пародонта, в основному хронічний катаральний гінгівіт.

Встановлено, що розповсюдженість зубощелепних номолій становить в середньому $(88,49 \pm 2,71)$ %. У ривному змінному прикусі зубощелепні номолії дігностовано $(80,65 \pm 7,1)$ %, у пізньому змінному прикусі – $(93,75 \pm 2,71)$ %. Проте у постійному прикусі розповсюдження зубощелепних номолій у обстежених дітей знижується до $(82,14 \pm 7,24)$ %, ймовірно з ривною моререгуляції. Найліз структури зубощелепних номолій пок з в, що найчстіше зустрічаються номолії зубних рядів $(69,06 \pm 3,92)$ %. Частотомолій прикусу та окремих зубів становил $(38,13 \pm 4,12)$ % та $(19,49 \pm 2,71)$ % відповідно.

Висновки. У результаті проведених досліджень встановлено високі показники розповсюдження та інтенсивності кріесу постійних

зубів, з хворюють тільки на пародонтит зубощелепних ном літ дітей, які проживають у дитячих будинках та школах-інтернатах та низький рівень санітарно-гігієнічних знань. Відсутність у більшості дитячих уст нов

інтерного типу стоматологічних кабінетів позбавляє цих дітей якісного стоматологічного обслуговування, диспансерного спостереження, первинної профілактики та гігієнічного навчання.

УДК 616.31-053.2-06:616.441]-092:612.014.46](079.5)

© **О. В. Єзерський, О. В. Гоняк**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Наличність моніторингу соціологічного опитування стоматологічний статус у дітей із захворюваннями щитоподібної залози, які проживають у регіоні з недостатнім вмістом йоду

Вступ. Біологічне значення йоду полягає в тому, що він є складовою частиною гормонів щитоподібної залози. В організмі людини йод наявний у невеликій кількості (15–20 мг). Добові потреби у йоді залежать від віку, функціонального стану організму та інших чинників і становлять 100–250 мкг. Найпоширенішим проявом дефіциту йоду є ендемічний зоб.

У 2004 році ВООЗ було надруковано огляд йодної небезпечності різних регіонів земної кулі: близько 2 млрд жителів планети постійно перебувають в зоні йодного дефіциту (ЙД), наявність йодного дефіциту в 121 країні світу.

Результати досліджень, які проводили в Україні, свідчать про пряму залежність стану зубів у дітей від екологічних та геохімічних умов регіону, в якому вони проживають. Зокрема, геохімічні характеристики Прикарпатського регіону відзначаються: низьким рівнем фтору в питній воді (0,06–0,04 мг/л) і низьким природним вмістом йоду 3–10 мкг/л. Зоб ендемія є найтипівішою для західних областей, зокрема у м. Львові та Львівській області складає 37,2% населення. Стратегія дій у вирішенні проблеми ЙД – це забезпечення постійної, обов'язкової і довготривалої йодної профілактики (ЙП). Цього сьогодні необхідно рівні в Україні немає.

Метою роботи стало вивчити стоматологічний статус у дітей із захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ), які проживають в Прикарпатському ендемічному вогнищі зоб, та

з допомогою соціологічного методу опитування визначити рівень гігієнічних навичок серед дітей.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети ми провели стоматологічне обстеження та інспектування 45 хворих дітей віком від 7 до 18 років з патологією ЩЗ, які знаходяться на диспансерному обліку в Львівському обласному ендокринологічному диспансері.

Результати досліджень та їх обговорення. Обстеження дітей із патологією ЩЗ виявило високу (100%) поширеність кариєсу зубів, при рівні інтенсивності $9,85 \pm 0,77$ (КПВ + «кп»). Вживо відмітити, що більшість постійних зубів відразу після прорізування уржені кариозним процесом (вестибулярні та проксимальні поверхні пришийкової ділянки). Нормальні деформації зубощелепної системи дігностовано у середньому в 62%, у тому числі номальній прикусу – в 35,7%. Явище бруксизму ми спостерігали у 48% обстежених, системну гіпоплазію – у 12%. Стан гігієни порожнини рота у дітей молодшого шкільного віку визначено як поганий, у старшій віковій групі – задовільний. Соціологічний метод опитування виявив низький рівень гігієнічних знань у всіх вікових групах дітей: лише 9% знають, з якого віку потрібно чистити зуби, 36% чистять зуби двічі на день, 18% дітей змінюють зубну щітку раз на рік, дотримуються правил ротової гігієни лише 9% дітей, споживають йодовані продукти 30% дітей. В ж-

ливого відзначити відсутність мотивів пізнього звернення за стоматологічною допомогою (68%); нестача відповідної інформації з гігієнічного виховання і профілактики стоматологічних захворювань (55%); недотримання правил гігієни порожнини рота (89%). Також виявлено ускладнення лікування рясом вторинним процесом, що свідчить про наявність в даній категорії дітей емоційно нестійкої до дії рясосогенних чинників.

УДК 616.31-053.2-06:616.379-008.64

© О. І. Годовиць

Буковинський державний медичний університет

Мінералізуючий потенціал ротової рідини дітей при тиреопатології

Нині в Україні спостерігається безперервний ріст захворювань тиреопатологією як серед дорослого, так і серед дитячого населення. Крім того, має місце зростаюче поширення зловживання цукровими солодощами та їжею з високим вмістом цукру, що призводить до зростаючого поширення захворювань твердих тканин зубів.

Метою цього дослідження було дослідити деякі біохімічні показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб, сальність лужної фосфатази, кількісний склад кальцію та фосфору.

Для цього ми обстежили 150 дітей віком 6, 12 та 15 років, хворих на дифузний нетоксичний зоб (ДНЗ) I та II ступенів. Групу порівняння склали соматично здорові діти того ж віку. Методом дослідження була рясина рясини дітей, у якій визначили вміст неорганічного кальцію, неорганічного фосфору, сальність лужної фосфатази.

У проведених нами дослідженнях встановлено збільшення кількості неорганічного фосфору в рясині хворих дітей приблизно на 25% порівняно із показниками групи контролю. Зокрема, у дітей із ДНЗ II ступеня

Висновок. Згідно з результатами досліджень можемо стверджувати про наявність високого рівня стоматологічної захворюваності у дітей із патологією ЩЗ на фоні йодного дефіциту в Прикарпатському ендемічному регіоні, а також низький рівень гігієнічних знань у всіх вікових груп дітей. Тому всі діти потребують збільшення обсягів та частоти постійного диспансерного спостереження.

даній показник склав 6,04 ммоль/л проти контрольного — 4,84.

Визначено рівень неорганічного кальцію показав, що в змішаній слині соматично здорових дітей даній показник становить 1,34 ммоль/л. Відміну від цього в дітей груп дослідження спостерігається значне підвищення вмісту іонів кальцію в рясині (приблизно в 3 рази), відповідно концентрація складала 3,67 ммоль/л.

Сальність ферменту лужної фосфатази також знав суттєвих змін: при тиреопатології спостерігається підвищення сальності ферменту майже в 2,5 рази, що, безумовно, знайде відображення в процесі мінерального обміну в рясині порожнині.

Таким чином, у дітей, хворих на ДНЗ I–II ступенів, спостерігаються значні зміни мінералізуючого потенціалу слини, зокрема зростає рівень неорганічного кальцію; збільшення рівня неорганічного фосфору; підвищення сальності лужної фосфатази, що слід врахувати при виборі лікувально-профілактичних заходів для даного контингенту населення.

УДК 616.314-053.2:616.379-008.64

©В. Гончаренко, О. І. Годовиць

Буковинський державний медичний університет

Оцінка стоматологічного статусу в дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом

Інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД) є одним з найбільш розповсюджених ендокринних захворювань у дитячому віці. Кожного року число хворих на ІЗЦД збільшується на 5–7%, кожні 15 років подвоюється. В останні роки з хворих на ІЗЦД зростає в Україні. Щорічно в нашій країні реєструється близько 800 хворих з вперше виявленим ІЗЦД у віці до 14 років. Неухильно зростає число хворих на ІЗЦД, особливо дітей та підлітків, тяжкі судинні ускладнення, ризик інвалідизація пацієнтів змушують розглядати цукровий діабет як одну з найбільш вживаних медико-соціальних проблем.

Відомо, що організм дитини є цілісною системою. Відповідно будь-які порушення ендокринної системи можуть супроводжуватися змінами різних органів та систем, зокрема зубощелепної.

Метою цього дослідження було вивчити стоматологічний статус дітей, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет, для встановлення взаємозалежних кореляційних зв'язків між ними з метою покращення стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Ми обстежили 120 дітей віком 10–15 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Чернівецької

обласної дитячої лікарні. Групу порівняння склали 30 стоматологічно здорових дітей того ж віку. Стоматологічне обстеження дітей здійснювали за допомогою стандартних методик. Для характеристики кожного процесу використовували показники розповсюдження та інтенсивності кариєсу з урахуванням їх структури. Оцінку стоматологічного статусу проводили з його симптоматизацією в секстантах згідно з рекомендаціями ВООЗ без урахування пародонтальних кишень, ступінь тяжкості гінгівіту – за допомогою ринго-львеолярного індексу РМ (С. Parma, 1960). Встановлення діагнозу зубної кариєси проводили за допомогою М. Ф. Данилевського (1994). Гігієнічний статус ротової порожнини визначали з допомогою індексу гігієни порожнини рота ОНІ-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964).

Проведені нами дослідження свідчать про підвищену інтенсивність і поширеність кариєсу зубів та з хворих на цукровий діабет. Одержані результати свідчать про необхідність ретельної діагностики стоматологічних захворювань, що може бути реалізованою з ретельним аналізом профілю кривих оглядів, та підкреслюють необхідність тісної співпраці дитячих стоматологів та педіатрів.

УДК 616.314-084

©Н. Б. Кузник, Н. М. Невольський, І. К. Линчук

Буковинський державний медичний університет

Профілювальний огляд – перша інструкція в попередженні виникнення дефектів зубних рядів

На основі проведеного обстеження ми встановили високий рівень дефектів зубних рядів у поєднанні з пародонтальними прикусами у дітей віком 12–16 р. м. Чернівці.

Розглядючи етіологічні фактори дефектів зубів і зубних рядів, перше місце серед причин займає кариєс з його ускладненнями, з яких 57% не піддаються консервативному лікуванню.

Проблема крієсу з лиш ється однією із основних проблем в стоматології. Нем є жодного з хворюваних, яке б м лот ке поширення. Н йч стіше к рієсом руйнуються фронтальні зуби (53 %), які м ють велике значення в звукоутворенні т естетиці обличчя. Менше руйнуються перші моляри (29 %), що призводить до зниження висоти прикусу і формування укороченої зубної дуги при їх р нній втр ті.

В тих умовах виник є необхідність протезування зубів і зубних рядів у період тимчасового т р ннього змінного прикусу, з допомогою конструкцій протезів, які не тільки

не з тримують ріст кісток щелеп, але й позитивно впливають н норм льний розвиток всього орг нізму т зубощелепної системи.

В жливім з лиш ється проведення профілактичних обстежень дітей у школах для усунення шкідливих звичок т попередження виникнення крієсу, можливість вч сного відновлення цілості коронок зубів консервативними методами.

Одн к основним є усвідомлення б тьків, які повинні перш з все зрозуміти проблему своєчасного лікування дефектів зубних рядів у дитини, т кож необхідність профілактики крієсу.

УДК 616.314-002-039.11-031:616.314.11-007.251

©В. В. Ів нчишин

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького

Прек ріозні процеси фісурно-ямкової лок ліз ції

Згідно з дослідженнями, в ем лі слід розрізняти поверхневий ш р у вигляді кутикули, що покрив є ем леві призми. Кутикул являє собою б г тош рову структуру. Під цією оболонкою зн ходиться ш р ч стково трофованих мелобластів, що предст влені зроговілими льці н- бо тіонінпозитивними лусочками. Третій ш р утворений н смітовою оболонкою, що містить волокнисті ШИК-позитивні нейтр льні мукополісахриди. С ме ця оболонка відділяє головки призм від зовнішніх ш рів кутикули. Н йч стішою лок ліз цією крієсу є фісури т ямки, де і виник ють прек ріозні процеси – поч ткові зміни ем лі у вигляді зубного н льоту т зубної бляшки. Якщо перші із них можуть від ляться після мех нічної обробки, то другі потребують більш глибокого терапевтичного лікування, н пр вленого н зупинку розвитку кріозного процесу. При визначенні морфогенезу фісурно-ямкового крієсу велике значення м є одонтогліфічний м люнок, який х р ктеризується тим, що при плюсом люнку ямки м ють перпендикулярний хід, при ігрик – зміщуються косо в дист льному н прямку. Як свідч ть результати проведених одонтогліфічних досліджень, проведених інт р віт льно уп цієнтів, н йбільш вр зливи-

ми до розвитку крієсу являються моляри з Y-5 т +4 рельєфом поверхні коронки. Виходячи з цих д них, ми провели морфологічні дослідження н вид лених зуб х з визначенням гістохімічних особливостей ямок т фісур в епімікроскопічному вивченні розвитку р нніх прек ріозних змін н товстих шліф х. При звич йному освітленні н гістохімічно з б рвлених зуб х Y-5 одонтогліфічний моляр предст влений п'ятьм буграми, які згідно з Міжнародною кл сифікацією визнач ються як еоконус, епіконус, ді конус, ендоконус т дістоконус. Слід відзначити, що еоконус – н йбільш високий і розт шовується з вестибулярної сторони, р зом з тим, як епіконус менш високий і розт шовується під еоконусом з лінгв льної сторони. Ді конус лок лізується між цими двом горбиками і з'єднується з епіконусом л тер льним гребенем тригон , утворюючи ігрик м люнок, н зв ний тригоном – м люнок дріопітек , подібний до відповідного м люнку м впи. Окрім вк з них трьох горбиків, які входять до складу тригону, при Y-5 м люнку відміч ється н явність з лінгв льної сторони ендоконус, дист льної – дістоконус, що утворюють другу філогенетичну структуру коронки зубів – т л н. Необхідно відмітити, що н нез б рв-

лених зуб х ямки т борозни, що відділяють окремі горбики, чітко не контурюються. Проведене дослідження гістохімічно з б рвлених ШИК- льці новим синім тонких шліфів вст новило, що α -ямк м є косий хід по відношенню до дентинно-ем левої межі т поверхні ем лі. Це відбув ється з р хунок зсуву призмової ем лі дист льним гребенем тригон . Цей ф кт слід вр ховув ти при проведенні профі ктичних з ходів з попереднім визн ченням одонтогліфічного м люнк . Гістохімічн х р ктеристик с моїямки проявляється н явністю серцевини, як містить льці н-позитивні лусочки (відмерлі мелобл ств) т чітко вир жену ШИК-позитивну межу, що відділяє серцевину від призмової ем лі, з б рвленої в бл китно-зелений колір. Дещо по іншому спостеріг ється гістотопогр фіяямки т вп д ючих в неї фісур при плюс чотири (+ 4) одонтогліфічному м люнку. Т к, при з б рвленні ШИК-ре кцією + 4 м люнок предст влений чотирм горбик ми: еоконусом, епіконусом, ді конусом т ендоконусом. Н йбільш м сивний еоконус розміщений н вестибулярній поверхні. Підним лок лізується епіконус. Ді конус з йм є дист льну ділянку коронки, ендоконус — лінгв льну її ч стину. Еоконус з епіконусом з'єднується центр льним гребенем тригон , який н вис є н д поверхнею центр льної α -ямки. Від ост ньої відходять чотири дост тньо великої товщини борозни, які розділяють окремі горбики і м ють інтенсивночервоний колір. Н повздовжньому, гістохімічно з б рвленому шліфі в центр льній ямці слід розрізнити н ступні зони: збережен кутикул , серцевин ямик т чітко вир жен меж між ямкою т призмовою ем лью. Кутикул вистил є поверхню ямки т м є чітко вир жену пелікулу. Серцевин предст влен льці н— т ШИК-позитивними ділянк ми, які утворюють пош ровий стовпчик. Т ке пош рове розт шув ння редуков них мелобл стів зумовлено тинкторі льними вл стивостями, утворюючи фільтр ційний б р'єр для слинної рідини до призмової ем лі. З метою більш дет льного вивчення зони збереженої кутикули ямки проведено горизонт льний розріз з гістохімічним з б рвленням ШИК- льці новим синім. Вст новлено, що ямк м є округлу форму, оточен пучк ми ем левих призм, які з б рвлюються в темно-фіолетовий колір і м є п р -

лельне розт шув ння. Ямк від призм відділяється тонкою ШИК-позитивною смужкою, як поступово переходить у світлі волокнисті структури. Вони утворюють к рк с серцевини ямки, серед якого зн ходяться льці н-позитивні лусочки різної величини т форми. Для ідентифік цієї гістоструктури зубної ямки проведене її ультр структурне вивчення з допомогою ск нууючої електронної мікроскопії і виявлено, що ямк м є серцевину, як ззовні відмежов н від призмової ем лі. Серцевин скл д ється з дрібних лусочок, що м ють дрібну зернистість т невелике з розмір ми ядро. Крім того, в серцевині відміч ються світлі гомогенні бо фібрилярні електроннег тивні структури, що н г дують білкові компоненти пелікули. Особливий інтерес ультр структури ямки предст вляють світлі тонкі волокнисті структури, які зн ходяться н межі з призмовою ем лью. Т ким чином, підводячи підсумок проведених комплексних гістохімічних т електронномікроскопічних досліджень зубної ямки, нез лежно від одонтогліфічного м люнк , слід стверджув ти, що вон являє собою дублік туру згорнутої пелікули. Особливість т кої будови зумовлен н явністю серцевини, утвореної з лишк ми пелікули, тобто білковим фільтр том слинної рідини, що н копичується серед трофов них бо померлих мелобл стів. Ост тнні, н н шу думку, предст влені лусочк ми, в яких зн ходиться ядро т дрібнозернисті відкл дення в пн , що н г дує зовнішній ш р кутикули поверхні ем лі. Слід звернути ув гу, що к рк сомд них лусочок є основн льціонпозитивн речовин , предст влен кислими глікоз міноглік н ми. Ці структури відмежовують від ем левих призм шикпозитивні речовини, предст влені нейтр льними поліс х рид ми. Результ ти електронномікроскопічних досліджень підтверджують, що в нормі ямки коронки зуб скл д ються із серцевини, утвореної відмерлими мелобл ст ми, меж скл д ється з тонких електроннег тивних структур. Отже, з результ т ми комплексних досліджень можн стверджув ти, що ямки нез лежно від одонтогліфічного м люнк являють фільтр ційний б р'єр, де з лиш ються білки зі слинної рідини, утворюючи гомогенні м си серцевини. З вдяки губч стій будові кислих глікоз міноглік нів відбув ється под льш фільтр цяк льцію т

інших хімічних речовин. Третім б р'єром є нейтр льні мукополіс х риди, що зумовлюють, н н шу думку, под льшу орг ніз цію

к льцію т фосфору з утворенням гідроксіп титів.

УДК 616.716.4-073.7

©В. Д. Куроєдов , О. М. М к ров

ВДНЗУ «Укр їнськ медичн стом тологічн к демія», м. Полт в

Симетричність нижньої щелепи у п цієнтів із с гіт льною симетрією прикусу з д ними ортоп нтомогр фії

Оцінк симетрії щелеп є в жливим ет пом ді гностики зубощелепних ном лій (ЗЩ).

Метою роботи було оцінити симетричність п р метрів НЩ у п цієнтів із кл сичним двостороннім т одностороннім II кл. ЗЩ з Angle.

Про н лізов но 20 ортоп нтомогр мдорослих п цієнтів: 10 – з двостороннім II кл. (1 гр.) т 10 – з одностороннім II кл. (2 гр.). Проведено індексну оцінку симетричності висоти гілки (*Hramus*), довжини т висоти тіл (*Lbasis*, *Hbasis*), кут (*Go*) НЩ, висоти т ширини суглобового відростк (*Hcondile*, *Vcondile*). П р -

метри вв ж лися симетричними при індексі симетрії (*I sim*) 94 – 100 %. Проведено 240 вимірюв нь: 200 лінійних т 40 кутових.

Результ ти досліджень т їх обговорення. В обох груп х індекси симетрії гілки, тіл т кут НЩ зн ходились в меж х допустимої норми (т бл.). Індекс симетрії ширини суглобової голівки в 1 групі зн ходився в меж х норми, в 2 групі – був нижче. Індокси симетрії висоти суглобової голівки виходили з межі допустимої в обох груп х. Індекс симетрії висоти суглобової голівки в 2 гр. був достовірно меншим, ніж у 1 групі ($p < 0,05$).

Т блиця. Середні зн чення індексів симетрії п р метрів нижньої щелепи (%)

Гр.	<i>I sim</i> H ramus	<i>I sim</i> H basis	<i>I sim</i> L basis	<i>I sim</i> V condile	<i>I sim</i> H condile	<i>I sim</i> Go
1	95,8±1,16	95,49±1,2	97,0±0,34	94,49±2,19	89,21±2,01 *	97,81±0,56
2	95,3±1,21	96,5±0,82	97,6±0,56	90,42±2,6	83,51±1,37 *	97,64±0,52

Примітк .* – достовірність різниці 95 %.

Висновки. симетрія висоти суглобових голівок достовірно більше вир жен при од-

носторонньому II кл., що може бути одним із етіологічних ф кторів його виникнення.

УДК 616.314-053 + 613.95 + 574.2

©М. . Лучинський¹, В. М. Лучинський¹, В. Б. Петрунів²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»²

Стан імунологічної реактивності організму дітей зі стоматологічними захворюваннями, які проживають на екологічно несприятливих територіях

На сьогоднішній день пріоритетною проблемою є вивчення стану здоров'я дітей з метою від екологічної ситуації у регіоні. Виявлення екологічних ризиків у різних аспектах формування патологій різних органів, зокрема зубощелепної системи, та кожної визначення схильності організму дітей до дії ксенобіотиків є вживим медико-соціальним завданням.

Тому метою цього дослідження було встановлення імунологічної реактивності організму дітей зі стоматологічними захворюваннями в умовах впливу шкідливих факторів довкілля.

Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань проведено епідеміологічні, клінічні й лабораторні дослідження. Об'єктом дослідження були 50 дітей 15-річного віку порівняно з брудного, 50 дітей хімічно з брудного та 50 дітей умовно чистого районів. Середньостатистичну норму було обрано у 49 здорових осіб, в яких інтенсивність уречення зубних рядів кріссом дорівнювала 0.

У результаті вивчення імунного статусу обстежених дітей з кріссом зубів і порівняння його із загальноприйнятною нормою, виявлено пригнічення всіх ланок імунітету в дітей Івано-Франківщини. Зниження Т-клітинної ланки імунітету характеризується як зменшення кількості клітин, так і зниження їх реактивності. У дітей порівняно з брудного району досліджувані зменшення CD_3 – лімфоцитів – 34,67 %, CD_4 – 43,81 %, CD_8 – 23,4 %; у дітей хімічно з брудного району з'ясували зменшення CD_3 – 32,53 %, CD_4 – 40,50 % та CD_8 – 20,65 %. Паралельно констатували зниження індексу T_x/T_c на 32,79 % у середньому по групах. У дітей умовно чистого району з'ясували зменшення кількості CD_3 – 12,99 %, CD_4 – 17,57 %, CD_8 – 7,80 % та імунорегуляторного індексу на 20,90 %.

Відносно імунітету, тобто гуморальний імунітет, знаходяться та кож встановлено дисбалансу між підвищеною у 1,3 разів в дітей порівняно з брудного та хімічно з брудного районів. Реактивність В-лімфоцитів була знижена (М-РОК). У дітей умовно чистого району В-лімфоцити були збільшені у статистично недостовірній кількості, фактор реактивності макрофагів у дітей основних груп була пригнічена як з фактор реактивності індексом, так і з фактор реактивності числом. Водночас, перекисне окиснення в НСТ-тесті у дітей порівняно з брудного і хімічно з брудного району було у середньому в 1,5 разів менше норми. Вміст фактор неспецифічної резистентності – лізоциму – в слині був достовірно знижений у дітей з порівняно з брудного району в 1,6 разів, хімічно з брудного – у 1,5 разів, у дітей порівняльної групи з значення показника був менше в 1,1 разів стосовно середніх статистичних даних ($p > 0,05$).

Вміст SIgA у дітей порівняно з брудного району був знижений на 35,58 %, хімічно з брудного району – на 29,54 %, у дітей умовно чистого району цей показник був зменшений на 12,91 %. Імуноглобуліни сироватки крові по-різному співвідносяться з показником норми. У дітей з кріссом зубів порівняно з брудного району рівень IgA був знижений на 50,89 %, IgG – на 29,93 %, IgM – на 38,15 % відносно статистичної норми ($p < 0,05$). У дітей з хімічно з брудного району рівень імуноглобулінів був зменшений стосовно статистичної норми відповідно: IgA на 46,91 %, IgG – на 28,35 % та IgM – на 36,09 %. У дітей з кріссом зубів умовно чистого району зни-

жених показників були менше в 1,1 разів стосовно середніх статистичних даних ($p > 0,05$). Вміст SIgA у дітей порівняно з брудного району був знижений на 35,58 %, хімічно з брудного району – на 29,54 %, у дітей умовно чистого району цей показник був зменшений на 12,91 %. Імуноглобуліни сироватки крові по-різному співвідносяться з показником норми. У дітей з кріссом зубів порівняно з брудного району рівень IgA був знижений на 50,89 %, IgG – на 29,93 %, IgM – на 38,15 % відносно статистичної норми ($p < 0,05$). У дітей з хімічно з брудного району рівень імуноглобулінів був зменшений стосовно статистичної норми відповідно: IgA на 46,91 %, IgG – на 28,35 % та IgM – на 36,09 %. У дітей з кріссом зубів умовно чистого району зни-

ження рівня імуноглобулінів було статистично незначущим ($p > 0,05$).

Таким чином, у дітей з крієсом зубів з екологічно забруднених регіонів спостерігається

зниження усіх ланок імунітету. В дітей порівняльної групи відмінності у ряді випадків були недостовірні через великий розмір індивідуальних коливань показників імунітету.

УДК 616.314-089.23

©В. Д. Курєдов, К. Л. Курєдов

ВДНЗУ «УМС», кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів, м. Полтава

Реакція вегетативної нервової системи на ортодонтичний прийом

Вступ. Невід'ємною частиною щоденної роботи лікаря-ортодонта є встановлення психологічного контакту з ортодонтичним пацієнтом, від якого залежить розуміння обома сторонами лікарем необхідності розрядити психологічну напругу з лежить результат ортодонтичного лікування, яке триває роками.

Метою роботи став ортодонтичний прийом, що є особливим, не пов'язаний з болем пацієнта безпосередньо в кріслі лікаря. Чи переживє дитина стрес в кабінеті ортодонта?

Метериали і методи. Для оцінки стресової напруги через визначення типу вегетативної нервової системи ортодонтичних пацієнтів 6–9 років на ортодонтичному прийомі було тричі проведений вимір артеріального тиску та підрахунок пульсу до прийому, під час та після прийому ортодонта з допомогою електронного приладу «Microlife RM-100» у 117 дітей. Для вивчення типу вегетативної нервової системи з допомогою вимірів підрахунок

з індексом Кердо (1966 р.) з формулою $IK = (1-d/p) \times 100$, де d – систолічний тиск пацієнта; p – пульс пацієнта. Якщо значення цього індексу більше нуля, то говорять про переважання збудливих впливів у діяльності вегетативної нервової системи, якщо менше нуля, то про переважання гальмівних, якщо дорівнює нулю, то це говорить про функціональне рівновазі.

Результати досліджень та їх обговорення. У всіх дітей в момент прийому показники ІК, що більше 0, зменшувалися порівняно з показниками до початку відвідування лікаря-ортодонта. Після закінчення прийому показники ІК мали тенденцію повертатися до початкових показників, тобто вплив на симпатичної нервової системи, відповідальний за почуття страху, стресу та болю, переважав над симпатичною нервовою діяльністю, чітко دیده можливість констатувати стрес, який пов'язаний із відвідуванням ортодонтичного кабінету.

УДК 616.314.25/.26-053.4/.5

©В. Д. Курєдов, Г. О. Кім, Т. О. Чикор

ВДНЗУ «Український медичний стоматологічний кадетський корпус», м. Полтава

Лінгвофонетичні порушення в дітей із ЗШ

Згідно з відомою, що одним із першочергових завдань при лікуванні стоматологічних хворих є відновлення нормального мовлення.

Дефекти мовної функції часто ведуть до професійної непридатності педагогів, докторів, диспетчерів, артистів. Тому питання про вільного вимовляння звуків у хворих із

ЗШ є важливим для лікаря-стоматолога-ортодонта.

Метою наших досліджень було проаналізувати порушення мовлення у дітей із ЗШ.

При аналізі 104 мовних кріпків ортодонтичних пацієнтів у віці від 5 до 15 років, порушення функцій мовленнєвого апарату в

ортодонтичних пацієнтів у змінному прикусі визначені в 61 % випадків, в періоді постійного прикусу – в 43 % випадків. Найчастіше логопедичні проблеми мали місце при номаліях I класу з Енглеєм і становили 40,38 %. Друге і третє місце за частотою порушеної функції артикуляційного апарату займають відповідно II клас з Енглеєм (25,96 %) і відкритий прикус (20,19 %). Також, в більшості випадків (у 85,71 %) скандисла зустрічається при відкритому прикусі й при II класі з Енглеєм (85,19 %). Порушення прикусу III класу з Енглеєм поєднуються зі скандисла в 78,57 % випадків. У пацієнтів з I класом з Енглеєм скандисла виявлені в 3/4 ви-

падків (73,81 %). Також, крім того, при різних видах порушень прикусу скандисла зустрічається в 80,82 % випадків. Порушення вимови одного звука, тобто «простдисла» зустрічається у середньому в 2 рази рідше (40,61 %), ніж скандисла. Серед різних форм сигматизму найчастіше зустрічається міжзубний сигматизм, що супроводжується відкритим прикусом в 90,48 %. Також, крім того, логопедична діагностика та логопедична корекція у пацієнтів із ЗЩ є обов'язковими, як з метою зниження ймовірності рецидиву ортодонтичної патології так і частоти досягнутих морфологічних і функціональних результатів ортодонтичного лікування.

УДК 616.311.2.-002-085.322.:582.681.81

© Ю. К. Змарко, О. В. Вдєєв

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Лікування профілактики гінгівіту в дітей з використанням препаратів з верби білої

Нинішній час захворювання пародонтостановила основною стоматологічною проблемою. Вислівність проблеми збільшилася з захворюваннями пародонту добре усвідомлено, тому що на фоні погіршення соціального та екологічного стану нових поколінь, посилення антропогенного впливу на людину в Україні, зростає поширеність цих захворювань, змінюється їх перебіг. Статистика свідчить про те, що вже у дитячому віці поширеність гінгівіту досягає 80–95 %.

Численними дослідженнями виявлено тісний зв'язок між загальними захворюваннями організму і захворюваннями пародонту. Це цілком зрозуміло з точки зору цілості організму людини і тісного зв'язку пародонту з організмом. За захворюваннями пародонту чинять значний негативний вплив загальний стан організму. Це в свою чергу з

підвищує ризик сенсibiliзації організму.

Однією з робіт, які були присвячені висвітленню використання нових фітопрепаратів, зокрема з верби білої, у профілактиці та лікуванні захворювань пародонту у дітей та підлітків не було, тому це стало метою нашого дослідження.

Проведені експериментальні дослідження показали, що використання препаратів з верби білої у щурів з експериментальним гінгівітом покращує клінічний стан пародонту, зменшується процес окиснення ліпідів, збільшується вміст антиоксидантних ферментів та лізоциму. Усе це дозволило почати використання препаратів з верби білої у дітей та підлітків при лікуванні гінгівіту. Попередні дослідження показали високу ефективність запропонованої терапії.

УДК [616.314]-007-089.23

©М. І. Дмитренко

ВДНЗУ «Укр інськ медичн стом тологічн к демія»

Удосконалення ортодонтичного лікування пацієнтів із скупченістю зубів

Сьогодні серед ортодонтичних порушень у школярів найчастіше реєструються зубощелепні аномалії (ЗЩ) із скупченістю зубів (СЗ): змінний прикус – 33,54 %, постійний – 68,67 % (М. І. Дмитренко, 2011). Тому вибір оптимальної стратегії і тактики лікування даної патології потребує особливої уваги.

Метою дослідження стало провести порівняльний аналіз ефективності ортодонтичного лікування пацієнтів із СЗ.

Проведено обстеження ортодонтичне лікування 129 пацієнтів із різними ЗЩ, ускладненими СЗ III–IV ступенів тяжкості з Н. Г. Сінгіною. Сформовано основну групу дослідження (78 осіб), лікування яких проводили комплексно, шляхом поєднання протурного, функціонального, хірургічного, протетичного методів, орієнтуючись на запропоновані алгоритми: загальний і методи лікування (свідчення про реєстрацію вторського привідного твіру

47296 від 21.01.2013). Весь період лікування пацієнт мав рекомендації комплекс диференційного м'якого міогімнстики з лежкою від виду ЗЩ та форми СЗ. При порушенні змикання губ з стосовування міогімнстики з ктив тором дсс, шкідливу звичку ротового дихання під час сну в 31 пацієнт усунули шляхом використання губної протидії (n m. 57474 М. І. Дмитренко. Опубл. 25.02.2011; Бюл. 4).

З відомою стосовною ортодонтичної конструкції основних груп пацієнтів складано з двох підгруп. До першої (I) основної підгрупи включено 27 осіб (середній вік $(11,93 \pm 0,73)$ року), які лікувалися із використанням знімних ортодонтичних протівлсною конструкції (n m. 45832 Відкритий моноблоковий прот – В. Д. Куроєдов, М. І. Дмитренко. Опубл. 25.11.2009; Бюл. 22). Контрольну групу становили 10 пацієнтів (середній вік $(12,6 \pm 1,28)$ року), лікування проводили традиційними знімними протами з гвинтами. До другої (II) підгрупи увійшло 51 особа (середній вік $(16,51 \pm 0,43)$ року), в яких використовували

брекет-техніку, з поєднаннями з стосовуваннями запропонованими способами ортодонтичного лікування скупченості фронтальних зубів у постійному прикусі (n m. 44923 В. Д. Куроєдов, М. І. Дмитренко (UA); Опубл. 26.10.2009; Бюл. 20). Контрольну групу становило 41 особа (середній вік $(16,78 \pm 0,53)$ року), які лікувалися традиційно із стосовуванням брекет-техніки. Групи були порівняні за статистичним віком. Порівняльний аналіз не виявив достовірної різниці між групами з лежкою від патології прикусу, з стосовуванням брекет-техніки на верхній або нижній щелепях, лікуванням з екстракцією окремих постійних зубів або шляхом розширення щелепи ($p > 0,05$).

Тривалість ортодонтичного лікування – основні складова частина, з якою пацієнт мав змогу впоратися в будь-якому віці. З результатом порівняння двох обох груп встановлено достовірну різницю середніх термінів лікування пацієнтів з запропонованими комплексними методами і традиційними ($p > 0,05$). Так, у осіб I підгрупи середній термін ктивного періоду лікування СЗ верхньої щелепи склав $(11,95 \pm 0,85)$ місяця, нижньої щелепи – $(12,47 \pm 1,09)$ місяця, що достовірно ($p > 0,05$) менше, порівняно з пацієнтами контрольної групи ($(18,75 \pm 2,62)$ місяця та $(17,86 \pm 1,81)$ місяця відповідно). Також скорочення тривалості лікування СЗ досягнуто у пацієнтів II підгрупи: на верхній щелепі – $(13,29 \pm 0,70)$ місяця, на нижній щелепі – $11,80 \pm 0,38$ місяця, що достовірно ($p > 0,05$) менше порівняно контрольною групою ($18,49 \pm 0,90$ місяця та $16,50 \pm 0,95$ місяця відповідно).

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать, що використання в ортодонтичному лікуванні пацієнтів із ЗЩ, ускладненими скупченістю зубів, комплексних методів з стосовуванням протурним методом диференційного м'якого міогімнстики для покращення функціонального стану щелепних, скроневих м'язів та колового м'язу рот дозволяє скоротити час лікування.

УДК 616.31-002-085.322:582.736]-053.2

©Н. О. Гевк люк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Лікування грипозного стоматиту в дітей із з'ясуванням фітопрепарату «Солодки корінь»

Вступ. Відомо, що форма, в якій хворих на грип, ГРВІ дітей носить комплексний характер, тому крім з'ясування препаратів, що впливають на патогенез захворювання, препаратів симптоматичної терапії, повинні також включити місцеве лікування грипозного стоматиту. Відсутність чітких практичних рекомендацій щодо місцевого лікування грипозного стоматиту диктують необхідність їх розробки та впровадження в практику охорони здоров'я.

Метою дослідження стало оцінити ефективність лікування з клінічними критеріями та переносимість фітопрепарату «Солодки корінь» в комплексній терапії дітей, хворих на гриповий стоматит.

Матеріали і методи. Під час спостереженням знаходилося 127 дітей (основна група) віком 6 місяців – 5 років, які обстежувалися в період розпалу захворювання і отримували, крім базисної терапії, фітопрепарат «Солодки корінь». Контрольну групу склали 32 дітей (групи були ідентичні як за віком, так і за статтю з хворими), до комплексної терапії яких не включали препарат кореня солодки. Кількість осіб визначалась в статтю з хворими.

Результати лікування оцінювались в основній і контрольній групах клінічно протягом 5–10 днів від початку захворювання. Клінічний ефект визначався у зменшенні загальноінтоксикаційного синдрому, гостроплих явищ в порожнині рота. Розрахунок індексу епідемічної ефективності (ІЕЕ) та коефіцієнта епідемічної ефективності (КЕЕ) проводили з методом Т. С. Семененко (2001).

Результати досліджень та їх обговорення. Результати клінічних досліджень показали, що на фоні з'ясуванням препаратів «Солодки корінь» у хворих дітей вже через 3–4 дні зменшується ступінь тяжкості з'ясуванням симптомів інтоксикаційних та риніальних явищ

зі сторони верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки порожнини рота. На основі особливостей перебігу грипового стоматиту дозволило відмітити, що використаний препарат «Солодки корінь» в комплексній терапії хворих дітей супроводжувався більш вираженим клінічним ефектом. Так, у дітей основної групи місцеві симптоми ГРВІ, характерного стоматиту відзначались легшим перебігом, зокрема характерне зупинення СОПР не мала тенденції до генералізації процесу, як при вило, спостерігався характерний гінгівіт фронтальної ділянки зубів верхньої та нижньої щелепи. При цьому вираження запальних реакцій, зокрема набряку слизової оболонки, зменшились у 52,7 %, гіперемії – у 49,6 % обстежених основної групи.

У випадках ерозивних уражень слизової порожнини рота при середньоважкій та в важкій формі перебігу грипового стоматиту регресія клінічних проявів, епітелізація елементів ураження наступала на $(1,07 \pm 0,01)$ дня швидше, ніж у хворих дітей групи порівняння. Переносимість препаратів в дітей різного та дошкільного віку оцінена як добра. Визначення індексу епідемічної ефективності та коефіцієнта епідемічної ефективності показали позитивну динаміку в клініко-морфологічних критеріях стану ротової порожнини при ГРВІ у дітей основної групи порівняно з контрольною. Так, ІЕЕ при використанні запропонованого методу лікування склали 2,04, КЕЕ – 53 % ($p < 0,03$).

Висновки. Результати проведеного дослідження дозволяють вважати, що призначення хворим на гриповий стоматит препаратів «Солодки корінь» дає виражений терапевтичний ефект. Позитивний результат отриманий з трьома основними критеріями ефективності, які характеризуються зменшенням загальноінфекційного синдрому, поширення процесу та його вираження на слизовій ротоглотки та

порожнини рота. Включення до комплексної терапії хворих на грипозний стоматит дітей препаратів «Солодки корінь» сприяло підви-

щенню ефективності проведеного патогенетичного лікування, що забезпечило більшу швидке одужання.

УДК 616.31-002-02:616.2-022.6]-02:616.248-053.2

©О. Я. Видойник

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Прояви гострих респіраторних вірусних інфекцій слизової оболонки порожнини рота у дітей із обтяженим алергологічним анамнезом

Вступ. Відомо, що найпоширенішими в дитячому віці є гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), частота яких припадає до 90 % всіх захворювань з хворобливим перебігом, причому діти, схильні до алергічних реакцій, хворіють на ГРВІ частіше та у тяжчій формі. Проте з тим, в організмі хворих на алергію дітей постійно наявний з пухляк інфільтрат цієї тканини, що відіграє вживу роль у підвищенні сприйнятливості дітей до респіраторних інфекцій.

Метою дослідження було виявити особливості клінічних проявів уражень слизової оболонки порожнини рота та стан неспецифічного імунітету ротової порожнини у дітей із обтяженим алергологічним анамнезом при ГРВІ.

Матеріали і методи. Для типової клінічної картини ГРВІ, як відомо, характерне поєднання двох провідних синдромів – загальної інтоксикації організму та респіраторних явищ верхніх дихальних шляхів. Залежно від їх вираженості, характеру ускладнень ми виділяли з певними ступенями тяжкості перебігу легку (31 чол.), середньо-тяжку (53 чол.) та тяжку форми (34 чол.) захворювання.

Результати досліджень та їх обговорення. У перший день захворювання симптоми загальної інтоксикації були майже повністю відсутні й домінували над респіраторними симптомами. В наступні дві-три доби ураження слизової оболонки порожнини рота (СОПР), однак ці зміни не мали строго специфічного характеру, їх вираженість визначалась тяжкі-

стю перебігу ГРВІ. При огляді порожнини рота відмічався гінгівіт, гіперемія, набряк СОПР, посилений судинний рисунок, геморагія, гіполівідчуження. Шкідливі – частіше поодинокі, рідше множинні – виявлялись у 20,34 % хворих на ГРВІ дітей, як при легкій, так і при тяжкій формі захворювання.

Клінічним проявом ГРВІ у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом відповідно до результатів лабораторного дослідження. Оцінюється колонізація бактеріального епітелію ротової порожнини, що при легкому перебігу ГРВІ в групі обстежених дітей суттєвих змін не виявлено, відбувається лише кількісне збільшення умовної флори ротової порожнини. При середньо-тяжкій формі захворювання у 24,50 % обстежених хворих з порожнини рота виділялись умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми, індекс колонізації бактеріального епітелію (ІКБЕ) становив 1,07. Тяжкою формою ГРВІ характеризувалась наявністю соціальної патогенних мікроорганізмів з грибами роду *Candida* та суттєвим зменшенням ІКБЕ (0,89).

Висновки. У дітей з обтяженим алергологічним анамнезом ураження СОПР при респіраторних вірусних інфекціях не мають специфічних клінічних проявів, однак у дітей, схильних до алергічних реакцій, характерним є посилення противірусного та протимікробного захисту ротової порожнини, наявність неспецифічного імунітету, що підтверджується станом колонізаційної резистентності СОПР.

© . Е. Дєньг

Одеський національний медичний університет

Підготовчий етап при ортодонтичному лікуванні зубощелепних форм ліній у дітей з початковим кріесом зубів

Використання ортодонтичної процедури при лікуванні ЗЩ порушує процеси мінералізації в твердих тканинах зубів і сприяє виникненню і розвитку кріесу. При лікуванні ЗЩ у дітей з вже наявним початковим кріесом зубів суттєво ускладнюється і потребує підготовки до кінцевого лікування.

Метою даної роботи було розробити лікувально-профілактичний комплекс і підготовчий етап лікування ЗЩ у дітей з початковим кріесом зубів.

Методика і методи. У дослідженні взяло участь 47 дітей 12–14 років (25 дітей – основна група і 22 – група порівняння) з початковим кріесом зубів. Проведено комплексне діагностичне стоматологічне обстеження, біохімічних і біофізичних параметрів ротової рідини, рівня функціональних реакцій в порожнині рота, молекулярно-генетичну оцінку покриття альбінгіном епітелію схильності до порушень в кісткових тканинах і твердих тка-

ниних зубів. Діти групи порівняння до фіксованих брекетів отримували брекети зовні (світлі) і професійну гігієну. Діти основної групи, окрім брекети зовні, отримували і підготовчий етап лікування – комплекс, що включає ремінералізуючі, депротегенні препарати, препарати, що підвищують неспецифічну резистентність, і кошти інфільтрування терпію з використанням фотополімеру ICON.

Результати. Висновки. Застосування підготовчого етапу лікування – інфільтрування фотополімеру ICON у поєднанні з профілактичним комплексом супроводу лікування покращує протягом всього кінцевого періоду лікування фіксовані брекетні поверхні різних демінералізованих зубів, істотно підвищує кислотостійкість емальних зубів при ТЕР-тесті поблизу брекетів, зменшує електричну провідність твердих тканин зубів і щелепних ділянок, нормалізує біохімічні і біофізичні параметри ротової рідини.

УДК 616.048.37

©Н. В. Г сьук, П. . Г сьук

ВДНЗ «Укр інськ медичн стом тологічн к демія»
ДВНЗ «Тернопільський держ вний медичний університет
імені І. Я. Горб чевського»**Х р ктеристик клітинного скл ду п родонт льних
кишень при п родонтиті в ст дії з гострення**

Вступ. Середн й кту льніших проблем суч сної стом тології хвороби п родонт посід ють одне із провідних місць.

У зв'язку з цим, потреб н селення в п родонтологічному лікув нні з лиш єтьс я досить високою. кту льним спектом пр ктичної стом тології є досить великі економічні з тр ти н проведення комплексного лікув ння хвороб д ної групи. Н сьогодні відсутні достовірні м ркери як для оцінки схильності конкретного п ціент до розвитку п родонтиту, т к і для визн чення прогнозу з хворю в ння, конкретні предиктори ефективності проведення коштовноємнісних лікув льних з ходів відносно конкретного хворого. Вище н ведене є причиною недостовірності р нньої ді гностики, і як н слідок робить м лоймовірним проведення суч сних ефективних ліку в льних т профіл ктичних з ходів, в основі яких лежить індивіду лізов ний підхід.

Вищеприведене обґрунтовує необхідність впров дження в п родонтологію м лоінв живних дод ткових методів ді гностики з метою прогнозув ння перебігу з хворю в ння.

М тері ли і методи. Після попереднього промив ння ізотонічним розчином н трію хлориду стерильною турундою н голці з бир ли м тері л із п родонт льних кишень хворих н п родонтит у ст дії з гострення, переносили н предметне скло, фіксув ли з з г льноприйнятною методикою т з б рвлюв ли з Гр мом.

Результ ти досліджень т їх обговорення. Клітинний скл д епітеліоцитів х р ктеризув вся н явністю б з льних клітин, що свідчить про глибоке ур ження з п льним процесом тк нин п родонт . Б з льні клітини м ють ексцентрично зміщене ядро, що пе-

ребув є в ст дії к ріопікнозу, визн ч єтьс я в куоліз ція цитопл зми. Слід відзн чити повну відсутність п р б з льних клітин т зменшення кількості проміжних клітин, у яких т кож відміч ютьс я дистрофічні зміни. Рогові лусочки відсутні, визн ч ютьс я клітини, що містять в цитопл змі ядерну тінь, і є змінені ми в результаті з п льного процесу поверхневі клітини епітелію прикріплення. Вищен ведені д ні підтверджують різну гістогенетичну природу різних н томічних відділів ясен. Д ний клітинний скл д м зків х р ктеризує зниження дозрів ння епітеліоцитів у результаті з п льного процесу.

Визн ч єтьс я велик кількість клітин гем тогенного ряду. Нейтрофільні гр нулоцити, с ме сегментоядерні, м ють округлу форму, ядро сегментов не т м є 2–3 ч сточки, пов'яз ні тонкими, м йже непомітними перемичк ми. Слід з ув жити, що більшість нейтрофільних гр нулоцитів зн ходиться н різних ст діях ф гоцит рної ре кції. При цьому ф гоцит рн ре кція добре вир жен , що клінічно х р ктеризує н явність у п родонт льних к рм н х серозного ексуд ту. Серед предст вників інших клітинних популяцій виявляютьс я м кроф ги. Вони м ють непр вильну форму, невеликих розмірів чітко оконтуров не ядро округлої бо бобоподібної форми із крупними дольк ми хром тину. Збільшення кількості м кроф гів у м зк х є пок зником ктивності т х р ктеру з п льного процесу. Т кож виявляютьс я поодинокі лімфоцити, із інтенсивно з б рвленим ядром округлої форми, яке з йм є 2/3 цитопл зми, що м є вигляд обідк . Невелик кількість лімфоцитів підтверджує гострий перебіг з п лення т імунну відповідь клітинного типу.

УДК 616.31:613.4]:656.2-051

© В. М. Б тиг, Т. С. Бойчук

Буковинський держ вний медичний університет

Ст н гігієни порожнини рот у провідників п с жирських в гонів Чернівецького вузл Львівської з лізниці

Вступ. З лізничні професії н леж ть до к - тегорії шкідливих, пов'яз них з впливом н орг нізм несприятливих виробничих чинників (різкі зміни темпер турного режиму, шум т вібр ція, з пиленість, підвищений рівень мікробної з брудності повітря т в - гонів, порушення режиму сну т відпочинку, психофізіологічні й нервово-емоційні н в н - т ження тощо). Трив л дія їх погіршує ст н здоров'я т призводить до різном нітних з - хворюв нь, зокрем п тології твердих тк нин зубів т тк нин п родонт , погіршення індивіду льної гігієни порожнини рот . Недост тній рівень гігієни є одним з місцевих тр в муючих чинників, який призводить до появи т прогресування з п льних явищ у п родонті, цей процес погіршується н тлі несприятливих ф кторів виробництва .

Мет дослідження. Індексн оцінк ст ну гігієни порожнини рот у провідників п с - жирських в гонів Чернівецького вузл Львівської з лізниці.

Результ ти досліджень т їх обговорення. Ми обстежили 52 пр цівників Чернівецького вузл Львівської з лізниці. Основну групу скла ли 30 провідників п с жирських в гонів, у групу порівняння увійшли 22 особи дміністр тивного персон лу з лізниці. З лежно від віку, обстежув них поділили н чотири вікові групи. Оцінку гігієнічного ст ну ротової порожнини проводили з допомогою індексу Федоров – Володкіної (1971) т спрощеного індексу Green – Vermillion – OHI-S (1964).

Результ ти опитування свідч ть про те, що пр ктично всі обстежені м ють поверхневі зн ння про пр вил гігієни ротової порожнини, виконують їх неякісно і нерегулярно.

Ст н гігієни порожнини рот з індексом Федоров – Володкіної в основній групі оцінено як нез довільний в першій (2,16) і другій (2,32) вікових груп х, в третій (2,55) і четвертій (2,78) вікових груп х – пог ний. У групі порівняння з цим індексом ст н гігієни нез довільний у всіх вікових груп х в меж х від 1,13 до 1,43.

З індексом Green – Vermillion ст н гігієни порожнини рот в основній групі у віці до 34 років – з довільний, в под льшому погіршується і оцінюється як нез довільний. У контрольній групі ст н гігієни порожнини рот зн ходиться в меж х оцінок з довільний (1,13 – 1,43).

Висновки. Шкідливі умови пр ці н з лізниці нег тивно вплив ють н ст н гігієни ротової порожнини провідників.

Отрим ні результ ти вк зують, що гігієнічні індекси у провідників п с жирських в гонів м ють високі пок зники, що свідчить про низький рівень гігієни ротової порожнини. Слід з зн чити, що з віком гігієнічні пок зники погіршуються.

Перспективи под льших досліджень. Отрим ні результ ти вим г ють комплексної оцінки стом тологічного ст ну провідників п с жирських в гонів т розробки індивіду льних профі лтичних з ходів у д ної групи пр цівників.

УДК 616.314.18.002.4 + 616.314 – 085

©Г. Д. Семенюк, Р. С. К шівськ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Зміни клінічного стану пародонту у хворих на генералізований пародонтит під час комплексного лікування

Велика кількість наявних методів лікування генералізованого пародонтиту (ГП) відображає спробу дослідників та клініцистів вплинути на різні ланки патогенезу запального процесу. Дані обставини свідчать про відсутність достатнього дійсного універсального способу формального впливу на цю поширену патологію і спонукають нас до розробки нового способу комплексного лікування хворих на ГП, спрямованого на нормалізацію метаболічних порушень у тканинах пародонту і корекцію мікробіоцинозу.

З метою вивчення клінічної ефективності розробленого способу комплексного лікування ми обстежили 33 хворих на ГП хронічного перебігу I ступеня розвитку віком від 18 до 35 років. Лікування хворих включало ініціалну пародонтохірургію, місцеве («Метродент», «Септофіт-діет») і загальне медикоментозне лікування («Оліговіт», «Цидолк»). Клінічний стан пародонту після лікування оцінюва-

ли з глибиною пародонтальних кишень (ПК) і показниками індексів, серед яких: індексу гігієни ротової порожнини Грін-Вермільйон (ІГ), йодного числа Сварков (ЧС), індексу кровоточивості ясенних сосочків (РВІ), пародонтального індексу (РМ) в модифікації Рагма, комплексного пародонтального індексу (КПІ). Встановлено, що після лікування зменшилася глибина ПК з $(3,19 \pm 0,16)$ мм до $(2,54 \pm 0,12)$ мм і достовірно знизилася кількість усіх індексів ($p_1 < 0,05$): ІГ з $(1,48 \pm 0,08)$ до $(0,16 \pm 0,07)$ балів, ЧС з $(1,71 \pm 0,09)$ до $(0,13 \pm 0,06)$ балів, РМ з $(42,34 \pm 1,34)$ до $(11,24 \pm 0,06)$ балів, РВІ з $(1,19 \pm 0,003)$ до $(0,15 \pm 0,08)$ балів, КПІ з $(3,28 \pm 0,11)$ до $(3,28 \pm 0,11)$ балів. Отже, отримані дані свідчать про ефективність застосування цієї методики. Подальше дослідження клінічних показників дозволить оцінити результати застосування розробленого способу лікування хворих на ГП у віддалені терміни спостереження.

УДК 616.314-76

©І. М. Дмитрів, У. Р. Васишин, Ю. Г. Кононенко

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ретракція ясен, пародонтит, м'які тканини і методи проведення

Світовий досвід та наукові дослідження переконливо довели, що одним з найпопулярніших видів надання ортопедичної допомоги населенню є протезування незмінними конструкціями. Оскільки головним завданням «спілкування» між лікарем та техніком є лише досягнення максимально чіткого та якісного відображення ясенної борозни навколо опорних зубів з застосуванням методу ретракції ясен.

Ретракція ясен – це процедура з розширенням зубоясенної борозни, в ході якої проводять тимчасове оголення шийки і частини кореня зубів з метою зниження рівня ясен з метою збільшення поверхні контакту ясен від межниці тривимірного препарування і після фіксації коронок на опорних зубах; зупинки кровотечі; збільшення робочого поля від ясенної рідини; зменшення об'єму кров'яних ясен, створення доступу до під'ясенної частини зубів для оптимального та максимально точного препарування.

ня твердих тканин зубів в пришийковій ділянці без тривалого загоєння ясен. Ретракція ясен повинна проводитися при здоровому стані тканин пародонта чи в стадії ремісії патологічного процесу, обов'язково з місцевим знеболюванням. Звичайні процедури ретракції включають комбінацію існуючих методів і прийомів її здійснення, таких, як механічні, хімічні, хірургічні та комбіновані ретракції ясен. Відносно нещодавно з'явився ще один – лазерний метод ретракції ясен, котрий має ряд переваг перед вже згаданими методами ретракції ясен. Методичні інструменти, що використовуються для ретракції: ретракційні нитки, ретракційні кільця, гінгівоелеватори (gingivalelevators), пакери (gingivalcordpackers), ретракційні гелі, ретракційні пастки, рідини, пропитки, системи на основі силікону та графіту. Застосування кожного з вищеперерахованих методів ретракції на всіх етапах протезування повинно бути зумовлено результатом всебічного наукового вивчення їхнього впливу на кінцеву якість проведеного ортопедичного лікування, чим з'являється багато вчених в Україні та світі. Результати проведених досліджень показують, що у 41% пацієнтів з наявністю протипокриття до проведення ретракції ясен методика отримання одноетапного трьохшарового відбитка без попереднього проведення ретракції можна вважати достойною альтернативою і слід рекомендувати до використання.

На кафедрі стоматології ФПО ІФНМУ ми проводили лікування пацієнтів сучасними ортопедичними конструкціями із використанням новітніх методик та технологій: 41% пацієнту перед зняттям відбитка проводилась ретракція ясен, із них 20% пацієнтів із застосуванням ретракційних ниток, 21% пацієнту з використанням діючого лазерного протезування – «ЛИК-хірург». Виходячи з концепції високоточного протезування, найоптимальнішим став метод ретракції з використанням лазеру. Якість прозвіття уступу та позуступного простору після проведення лазерної ретракції має переваги над логічною при ретракції із застосуванням ретракційних ниток у 68%. Крім того, при застосуванні лазерного гемостазу досягається небагато швидше, а процедура є безболісною та не вимагає анестезії.

Будучи надані літературні та наукові розробки вчених, порівняльні характеристики різних методів та методик для проведення ніпуляції ретракції ясен, та кожне спостереження, можна зробити такі висновки: всі вивчені способи ретракції є ефективними, проте оптимальним методом ретракції ясенного краю є лазерна ретракція. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та обґрунтуванні певного вибору методики ретракції відповідно до певної клінічної ситуації.

УДК 612.015.3:616.314.18-002.4-06:616.71-008.9

© С. І. Бойчук, О. Ю. Кіндрюк, В. Б. Ліцький

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Біохімічні маркери кісткового метаболізму у хворих на генералізований пародонтит

Кісткова тканина є активною метаболічною системою, яка постійно самооновлюється з руйнування процесів резорбції та формування (моделювання і ремоделювання). Рівень кальцію в сироватці крові впливає на активність процесів ремоделювання кісткової тканини. Концентрація кальцію у сироватці крові людини підтримується на рівні 2,25–2,55 ммоль/л та ретельно регулюється

(денні коливання до 4%). Відомо, що 99% кальцію всього організму людини міститься у кістковій тканині, яка функціонує як його депо. У разі зниження рівня кальцію у крові гомеостатичні механізми організму будуть прагнути руйнування кісткової тканини, щоб нормалізувати його рівень. З іншого боку, порушення мінерального обміну в кістковій тканині (навіть і гіпоальбумінального відростку ще-

леп) зніходять своє відображення у вмісті основних мінеральних компонентів кістки (кальцію і фосфору) в сироватці крові.

Періоди з гострення генералізованих уражень тканин пародонта супроводжуються достовірним підвищенням показників рівня кальцію та лужної фосфатази в плазмі крові. Поглиблення дистрофічно-запальних процесів в альвеолярному просторі співствують з підвищенням рівня кальцію в крові, що свідчить про посилення резорбції та виведення мінеральних компонентів із кісткової тканини.

В період з гострення генералізованих уражень пародонта рівень кальцію в плазмі крові досягає $(2,39 \pm 0,09)$ ммоль/л, разом з тим у період ремісії даний показник був достовірно нижчим і склав $1,87$ ммоль/л.

Проведені дослідження виявили тісний зв'язок між активністю патологічних процесів в тканинах пародонта, кістковій тканині та гемостазом кальцію крові. В період з гострення найбільш оптимальним є з'ясування причин, фізіологічним ефектом яких є гальмування остеокластичної резорбції кісткової тканини шляхом зниження рівня кальцію крові.

УДК 616.314.17.-008.1-057:618.94

©В. М. Кулигін¹, В. Є. Пудяк², Л. Д. Тупол²

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова¹
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»²

Гігієнічний стан ротової порожнини у працівників, з'являючись у виробництві товарів побутової хімії

Вступ. Відомо, що виникнення та перебіг запальних захворювань пародонта залежать від ряду чинників, серед яких важливе значення надається характеру речовин, режиму праці, конституційним особливостям організму, перенесеним та супутнім захворюванням, змінам загального та місцевого імунітету, тощо. Крім того, зумовлює та підтримує запальні явища у пародонті нездовільний гігієнічний стан ротової порожнини. Особливо це стосується осіб, які працюють у шкідливих умовах хімічного виробництва, коли компоненти синтетичних миючих засобів можуть зберігатись між мембранами чашки ясен та твердих тканин зубів, призводячи до запальних захворювань пародонта.

Зважаючи на актуальність проблеми, ми поставили завдання оцінити стан гігієни порожнини рота та вивчити стан санітарно-просвітницької роботи серед робітників виробництва побутової хімії (ПХ).

Методика і методи. Ми провели комплексне стоматологічне обстеження відповідно до рекомендацій ВООЗ 406 працівників виробництва ПХ, основну групу з яких становили

273 робітники виробництва ПХ, контрольну групу – 133 особи без професійного маршруту. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за індексом Грін – Верміліон (ОHI-S), стан пародонта – з допомогою пародонтального індексу (PI) та індексу ВООЗ СРІТН.

Результати досліджень та їх обговорення.

Вивчення стану гігієни порожнини рота показало, що частину недостатньої ефективності гігієнічних заходів в обох групах обстежених. Згідно з даними опитування, регулярний догляд за порожниною рота здійснювали лише $(12,82 \pm 2,02)$ % осіб основної групи, більшість опитаних чистили зуби нерегулярно $(52,74 \pm 3,02)$ %, бо не чистили їх взагалі $(35,16 \pm 2,89)$ %. У контрольній групі регулярний догляд за порожниною рота виконували $(28,57 \pm 3,91)$ % обстежених ($p < 0,001$); нерегулярний і відсутній догляд визначено, відповідно, $(53,88 \pm 4,32)$ % ($p > 0,01$) і $(18,04 \pm 3,33)$ % обстежених ($p < 0,05$).

Рівень гігієнічного стану порожнини рота за ОHI-S у груп обстеження показав високий рівень індексу гігієни у груп обстеження у всіх статевих інтервалах. Так, вже при статі від 1 до 5 років індекс гігієни в осіб,

які конт ктують з профп тоген ми ВПХ, був у 2,4 р з більшим ($1,62 \pm 0,08$), ніж у осіб без професійного м ршруту ($0,67 \pm 0,07$). Н йвищий пок зник ОНІ-S з фіксов но при ст жі 11 – 15 років: $3,54 \pm 0,13$, що було у 2,2 р з вище стосовно д них осіб зі ст жем від 1 – 5 років основної групи, т у 1,7 р з перевищув ло пок зник відповідного ст жевого інтерв лу групи порівняння.

Висновок. н ліз вивчення гігієнічного ст ну порожнини рот у пр цівників ВПХ із з стосув нням суб'єктивних д них т об'єктивних оцінок у ст жевих груп х, порівняно із контролем, переконливо пок зує необхідність розробки схем профіл ктики т гігієни ротової порожнини в осіб, з йнятих н виробництві тов рів побутової хімії.

УДК 616.314.085.454.1:546.28

©І. С. Денег , О. Р. Ріпецьк , В. С. Гриновець, В. В. Бум ценко

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького

Необхідні умови для ефективного ультр звукового опр цюв ння п родонт льних кишень у хворих н генер лізов ний п родонтит

Для успішного проведення першого ет пу комплексного лікув ння генер лізов ного п - родонтиту (ГП) необхідними є якісний скейлінг і повноцінне усунення з п лення в тк нин х п родонт , що створює добрі умови в под льшому для проведення хірургічного ет пу лікув ння.

Відомо, що кл сичний ультр звуковий скейлінг проводиться для усунення перев жно мінер лізов них під'ясенних зубних відкл - день і меншою мірою гр нуляцій, інфіков ного цементу і біоплівки, що, як пр вило, ліквідуються в процесі хірургічного лікув ння.

Ми розробили новий підхід в ультр звуковому опр цюв нні п родонт льних кишень глибиною до 6 мм, який був з стосов ний у 57 хворих н ГП I – II ступенів з використ нням ультр звукового п р т «Wood-pecker», зд тного пр цюв ти в режим х скейлінгу і «періо», при яких ультр звукові колив ння перед ються н кінчик п родонт льної н с дкит н всю бічну поверхню відповідно.

П родонт льні кишені у хворих опр цюву в лись у 2 се нси з інтерв лом 2 – 5 днів, під ч с якого проводил сь інтенсивн місцев протиз п льн тер пія з використ нням п - родонт льних пов'язок н основі нестероїдних нтифлогістиків, біофл воноїдів, нтисептиків т імуномодуляторів.

При першому се нсі робот проводил сь послідовно в режимі скейлінгу і «періо» з ви-

корист нням мет левих п родонт льних н - с док. Процедуру з вершув ли рясним зрошенням п родонт льних кишень 0,2% розчином хлоргексидину і под льшим н кл д нням твердіючої п родонт льної пов'язки н основі соснової живиці й бджолиного воску н 4 – 8 год. До другого се нсу приступ ли після повного усунення видимих з п льних проявів у ясн х і норм ліз ції індексу кровоточивості. Проводилось повторне ультр звукове опр цюв ння п родонт льних кишень в режимі «періо» з використ нням вузької п родонт льної н с дки з лм зним н пиленням з метою усунення п тологічних гр нуляцій, біоплівки, некротизов ного цементу і створення р нової поверхні н внутрішній стороні кишені. Після зрошення розчином хлоргексидину стінки п родонт льних кишень міцно притиск лись до поверхні кореня н 1 хв і з - крив лись пов'язкою н основі соснової живиці й бджолиного воску. Для збереження п - родонт льної пов'язки протягом 24 – 36 год н ділянку ясен з опр цюв ними п родонт льними кишнями н кл д л сь попередньо виготовлен шин -к п .

н ліз результ тів з стосув ння д ного підходу в ультр звуковому опр цюв нні неглибоких п родонт льних кишень у хворих н ГП I – II ступеня пок з в, що у 35% з них ліквідув лись п родонт льні кишені, у 44% – відбулось зн чне зменшення їх глибини до

1–2 мм. Таким чином, у більшості досліджуваних хворих на ГП (79 %) зникла потреба у проведенні хірургічного етапу лікування. Очевидно, що як використання різних режимів так і досконалість ультразвукового опрацювання пародонтальних кишень, так і відтер-

мінування другого сегмента, опрацювання кишень період, поки не відбудеться усунення запалення у пародонті є тими необхідними умовами для ефективного проведення цього альтернативного до хірургічного методу лікування хворих на ГП.

УДК 616.314.17-008.1 + 616.311.2-02]-008.87-092-053.36.82

©М. Т. Пупін

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Порівняльна оцінка ефективності факторів вірулентності мікрофлори, виділеної при пародонтиті та гінгівіті у осіб молодого віку.

Вступ. Пародонтит та профілактика з хворюючих пародонт є актуальною проблемою в стоматології, особливо у людей молодого віку (20–25 років).

У цього контингенту людей є необхідність уточнення структури й інтенсивності з хворюючих пародонт для формування комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Провідну роль у виникненні з хворюючих пародонт відіграє наявність субгінгівальної зубної бляшки, основними мікробними компонентами якої є комплекс факторів вірулентності. Відомо, що ступінь вираження вірулентних властивостей відрізняється у різних штамів бактерій.

Метою дослідження стало порівняння ефективності факторів вірулентності мікрофлори, виділеної при гінгівіті та пародонтиті у осіб молодого віку.

Матеріали і методи. У роботі використано клінічні методи обстеження хворих з використанням індексної оцінки стану тканин пародонт; рентгенологічні; мікробіологічні методи.

Результати досліджень та їх обговорення. Обстежено 60 осіб у віці 20–25 років. З них 38 осіб жіночої статі (54,3 %) та 32 особи чоловічої (45,7 %).

Відповідно до систематики хвороб пародонт М. Ф. Данилевського (1994) серед обстежених було виявлено 11 осіб (18,3%) з генералізованим пародонтитом I ступеня і 49 осіб (81,7%) із гінгівітом (катеральний гінгівіт – 41 осіб, гіпертрофічний гінгівіт – 8 осіб).

Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали з допомогою гігієнічного індексу Green – Vermillion та пілярно-мембранно-альвеолярного (РМА) індексу. Для оцінки ступеня деструкції кісткової тканини альвеолярного відростка та уточнення діагнозу проводили рентгенологічне дослідження.

На базі торній моделі мікробіоценозу, що містить планктонну та структуровану фауну мікроорганізмів порожнини рота, досліджувалися активність гемолізинів, тілуронідази та лейкотоксинів. Модель мікробіоценозу створювали в мікровіймиці пластикових піпеток, що містили подрібнену тканину зуба (дентину) та поживне середовище – сироватковий бульйон з глюкозою. Матеріал з прикореневої ділянки зубів та ясен вносили в середовище і культивували в атмосфері з 5% CO₂ протягом 72 год. У культуральній рідині визначали титри гемолізинів і тілуронідази методом мікротитрації. Лейкотоксини визначали фотометрично з відновленням метиленового синього.

При мікроскопічному контролі мазків виявлено, що в мікробіоценозах, сформованих з мікрофлори від хворих з гінгівітми, виявлялись коки мікрофлор та грамнегативні коки бактерії. Мікробіоценози, що утворювалися з мікрофлори від хворих з пародонтитом, містили переважно грамнегативні бактерії та незначну кількість грампозитивних коків. Гемолітична активність культуральної рідини в усіх мікробіоценозах істотно не відрізнялася і виявлялася в другому – третьо-

му розведенні (титр 1:2 – 1:8). Ктивність гі-луронідази була в 4–8 разів вищою в мікробіоценозах, що формувались з мікрофлори хворих на пародонтит. Виявлено кореляцію ктивності лейкотоксинів та вмісту грамнегативних кокобактерій в мікрокультурах. Найктивніші щодо продукції лейкотоксинів мікробіоценози формувались з мікрофлори, висіяної від хворих гнійним гінгівітом.

Висновки. Модель мікробіоценозів, що

формується з мікрофлори, виділеної при хворобі пародонтиту, має морфотипологічні відмінності при різних клінічних станах.

Виявлено, що у мікрокультурах, що формувались з мікрофлори при пародонтиті, була високою ктивність мікробного факторів інвазії – гі-луронідази. У мікрокультурах, сформованих з мікрофлори від хворих з гінгівітом, була високою ктивність цитотоксичних факторів вірулентності.

УДК 61В1/24; 61В6/14; 61С17/00

© Г. Б. Кім, Г. М. Мельничук, М. М. Рожко, Ю. Г. Кононенко, Н. І. Шовков

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Спосіб лікування генералізованої пародонтиту

У зв'язку з високою поширеністю захворювань пародонтиту в осіб молодого віку пошук нових засобів та методів лікування сьогодні здійснюється в основному метаболічними препаратами. Мета дослідження – вдосконалення місцевого лікування генералізованої пародонтиту, використовуючи рослинні препарати сорбенту, які чинять безпосередній вплив на регенераційні процеси в тканинах пародонтиту.

Суть способу полягає в тому, що хворим на генералізований пародонтит здійснюють комплексне лікування з використанням місцевих препаратів, зняття зубних відкладень, критичного пародонтиту, кишень з поклазами і причаїть ротові внички зі складного розчину з виробом двічі на день і п'якції інстиляції на ясна лікувального гелю у складі стоянки ехінацеї пурпурової, стоянки з виробом, ентросгель. Гель накладують на ясна у вигляді п'якції інстилюють у пародонтальні кишеньки на 20–30 хвилин раз на день упродовж 5–7 днів. З пропозицій на медикменту

як препарат природного походження не поступуються в антибактеріальній дії традиційним штучно синтезованим хімічним засобом, але їхня дія більш природна. Крім того, вони стимулюють регенераційні процеси в тканинах пародонтиту, поліпшують кровообіг, нормалізують стан судин пародонтиту шляхом безпосередньої кпіляророзміцнюючої і вазотонізуючої дії на судини пародонтиту.

Потягом 2011–2012 років було проведено клінічні спостереження з групою із 25 хворих на генералізований пародонтит, які отримали лікування з запропонованим способом. У 92% хворих були отримані позитивні результати. Призастосуванні запропонованого способу лікування прояви захворювання суттєво зменшувались на 2–3 добу та зникли до 5–7 доби від початку лікування. У хворих відмічались позитивні зміни клінічних індексів та біохімічних показників ротової рідини. Було досягнуто клінічного та рентгенологічного ремісія генералізованої пародонтиту.

УДК 616.314.17-06:616.33/.342-002.44

©Н. В. М цко

ДВНЗ «Тернопільський держ авний медичний університет імені І. Я. Горб чевського»

Оцінк п родонтологічного ст тусу у хворих із г стродуоден льними вир зк ми

З д ними н укових спостережень т дослі джень ост нніх років, розвиток з хворюв нь тк нин п родонт зумовлені несприятливим впливом т скл дністю перебігу хронічної з г льносом тичної п тології, зокрем вир зко вої хвороби шлунк і дв н дцятип лої кишки. Трив лий хронічний перебіг з хворюв нь тр вного тр кту призводить до висн ження імунного з хисту орг нізму в цілому і створює нег тивний вплив н п родонт, мікрофлору т в поєдн нні з ендогенними п тогенними ф к тор ми пригнічує основні елементи системи з хисту слизової оболонки порожнини рот .

Метою дослідження було визн чення п ро донтологічного ст тусу у хворих н г строду оден льні вир зки. Проведено клінічне обсте ження 54 п цієнтів із г стродуоден льними вир зк ми віком від 18 до 68 років. Вивчення ст ну тк нин п родонт здійснюв лось з ст нд ртними індекс ми: спрощеним індек сом гігієни рот (Green-Vermillion, 1964), п пі лярно-м ргін льно- львеолярним індексом РМ (Parma, 1960) т комплексним п родон-

т льним індексом КПІ (П. . Леус, 1988). З резуль т ми проведених досліджень, у 81,5 % хворих виявлен п тологія тк нин п родонт із г стродуоден льними вир зк ми, що х р к теризув ло погіршення пок зників гігієнічно го ст ну порожнини рот . Серед з хворюв нь перев ж л клінічн к ртин к т р льного гінгівіту в'ялого хронічного перебігу в 10 осіб із 54, що ст новило 18,5 % і генер лізов ного п родонтиту в 34 осіб із 54 (63 %). З ур хув н ням тяжкості п тологічного процесу було ви ділено н ступні групи перебігу п родонтиту: 14 (41,2 %) п цієнтів з поч тковим ступенем; 18 (52,9 %) п цієнтів із I–II ступенями і 2 (5,9 %) – із III. Лише у 18,5 % усіх обстежених утк нин х п родонт п тології не вст новле но.

Т ким чином, виявлені зміни у п родонто логічному ст тусі вк зують н зн чну поши реність з хворюв нь п родонт при г стродуоден льних вир зк х, що вим г є по д льшого вивчення т з'ясув ння мех нізмів розвитку поєдн ної п тології.

УДК 547.112+616.07+616.314.085+616.314.17-008.1

©Н. М. П велко, І. Й. П велко, Н. П. М хлинець, Н. І. Шовков

ДВНЗ «Ів но-Фр нківський н ціон льний медичний університет»

Корекція порушень судинно-тромбоцит рного гемост зу у хворих н генер лізов ний п родонтит

Вр ховуючи морфологічні особливості кро вопост ч ння тк нин п родонт , доцільним є проведення досліджень ст ну первинного ге мост зу при дистрофічно-з п льних процес х в стом тологічній клініці.

Метою роботи бул ді гностик порушень судинно-тромбоцит рного гемост зу і опти міз ція лікув ння хворих н генер лізов ний

п родонтит II ступеня розвитку, хронічний перебіг шляхом включення в комплексну те р пію преп р ту «Т н к н».

М тері ли і методи. Обстежено 30 хворих н генер лізов ний п родонтит (ГП) II ступе ня розвитку, хронічний перебіг. Досліджен ня дгезивно- грег ційної функції тромбо цитів проводили візу льним методом

. С. Шитікової (1984 р.) при субпороговій і оптимальній концентрації цих гемолізуючих субстанцій. Обстеження проводили до початку лікування хворих та після комплексного лікування з включенням препарату «Тонконт» (120 мг/добу) протягом місяця.

Результати досліджень та їх обговорення.

Наличчю проведених комплексних досліджень 30 хворих виявив суттєві порушення в реакціях судинно-тромбоцитарного гемостазу при ГП. Так, під дією мінімальної дози гемолізуючого (10⁻²) чистого тромбоцитів вкорочувалася істотно (12,53±0,12) с, проти — (13,57±0,08) с у пацієнтів із інтактним пародонтом (p>0,05). При використанні субпоро-

гової дози гемолізуючого (10⁻⁶) у хворих на ГП час агрегації становив (40,00±0,50) с, проти — (46,60±0,10) с у пацієнтів з інтактним пародонтом (p<0,05).

Включення в комплексну терапію хворих на ГП препарату «Тонконт», забезпечило зростання часу агрегації тромбоцитів під дією мінімальної дози гемолізуючого (10⁻²) на 47,5 %, мінімальної дози гемолізуючого (10⁻⁶) на 28,6 %.

Висновок. Включення препарату «Тонконт» в комплексне лікування хворих на ГП покращує мікроциркуляцію, стимулює агрегаційну активність тромбоцитів, що підвищує ефективність лікування та забезпечує стійкий і тривалий ефект.

УДК 616.311.2-002 + 616.314.17-008.1]-059-085.838

©О. М. Немеш, І. В. Шилівський, З. М. Гонт, І. Є. Швець

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ефективність застосування моршинської мінеральної води у комплексній терапії генералізованого пародонтиту

З літературних даних відомо про високу ефективність застосування різних мінеральних вод у комплексному ліванні хворих на пародонтит. Їх використання є дуже перспективним, оскільки дозволяє значно зменшити медикоментозне навантаження на організм хворих. Одним із перспективних курортів України є місто Моршин у Львівській області. Ми вважали доцільним використання моршинської мінеральної води у комплексному ліванні генералізованого пародонтиту (ГП), яке було проведене під час санаторно-курортного лікування осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Метою дослідження є оцінка результатів комплексного лікування генералізованого пародонтиту в пацієнтів із захворюваннями ШКТ із використанням мінеральної води курорту Моршин.

Ми провели лікування ГП I ступеня тяжкості в 58 хворих віком 25–45 років (26 жінок та 32 чоловіки), які перебували в санаторно-курортному ліванні в м. Моршин з приводу захворювання ШКТ. У 35 хворих (основна група) було проведено комплексне лікування ГП

із використанням мінеральної води джерела

1 курорту Моршин. У основній групі в процесі комплексного лікування порожнину рота зрошували мінеральною водою. Після цього ретельно видаляли зубні відкладення (зубний наліт, наліт «жовтий» під'ясенні та між'ясенні зубні бляшки). Для повного видалення надлишків зубних відкладень з міжзубних проміжків та пародонтальних кишень їх промивали зі шприца підігрітою (теплою) мінеральною водою.

Контрольну групу склали 23 особи, яким лікування ГП проводили за допомогою антисептичних методів із застосуванням антисептичних зрошувальних розчинів хлоргексидину біглюконату та фурациліну і паст «Метр-гил-дент». Всі пацієнти отримували санаторно-курортне лікування з хворими на ШКТ, призначене лікування в комплексі з санаторно-курортною мінеральною водою.

При ліванні ГП згідно із запропонованим методом комплексного лікування з використанням мінеральної води у хворих із загостреним перебігом ГП вже через 1–2 відвідування зменшувався кровоточивість, відчуття тяжкості, болючості та свербежу в яснах. Після 3–4 сеансів лікування явища з-

плення у ясних повністю зникли у всіх пацієнтів основної групи. У хворих контрольної групи для припинення кровоточивості ясен, болючості, зменшення глибини пародонтальних кишень і виділень з них були потрібні більш кількість відвідувань. Результати, отримані до кінця лікування всіх хворих на ГП свідчили про достатньо високу ефективність проведених гігієнічних і лікувальних заходів. Ток, інтенсивність зпального процесу в основній групі зменшилася в 3 рази, в контрольній лише в 1,5 рази і складала з індексом РМ 23,6%, тобто не близько до оцінки «середній ступінь гінгівіту», пацієнти цієї групи мали ризик згострення процесу. До лікування покзники індексу Loe-Silness характеризувалися як «гінгівіт середньої тяжкості» і «значна кровоточивість» у обох груп. Після першого етапу лікування кровоточивість знизилася майже у 5 разів в основній групі, в контрольній тільки у 2 рази,

тобто стандартні методи лікування ГП для пацієнтів із захворюваннями ШКТ не є достатньо ефективними. Ми вивчали динаміку зміни індексу інтердентальної гігієни РІ у процесі лікування. Отримані результати свідчать про достатньо високу ефективність проведених гігієнічних і лікувальних заходів. Значне покращення гігієнічного догляду після лікування відзначили в основній групі, він відповідає в «оптимальному» рівню, в контрольній «достатньому».

Використання моршинської мінеральної води у комплексному лікуванні подовжує тривалість дії білізці зпального процесу в тканинах пародонта зменшує кількість побічних ефектів лікування та несприятливих наслідків (бсцедування, виділення зубів тощо). Порівняно з контрольною групою, при застосуванні мінеральної води отримано кращі результати лікування ГП у пацієнтів із захворюваннями ШКТ.

УДК 616.311.01.006.4-253.91

©О. І. Мрочко

Стоматологічний центр Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Гігієнічний стан порожнини рота у працівників спиртового виробництва

Метою дослідження було визначити гігієнічний стан у тканинах пародонта у груп дослідження, який характеризувала розбіжністю суб'єктивних даних та об'єктивних досліджень.

Методи і методи. Згідно з даними суб'єктивного опитування регулярний (1–2 рази на день) догляд з ротовою порожниною здійснювали (48,10±2,81) % осіб основної групи та (50,51±5,08) % осіб порівняльної групи, причому ця група опитаних була найбільшою. Нерегулярний догляд з порожниною рота, з їх власним свідченням здійснювали (29,43±2,56) % опитаних основної групи та (28,87±4,60) % осіб порівняльної групи при $p < 0,01$.

Отже, незважаючи на регулярність догляду з ротовою порожниною у груп спостереження не виявлено статистично значущої різниці в обсте-

жених та покз в досить високу обізнаність опитаних у гігієнічних середниках по догляді з ротовою порожниною, в основному зважаючи з соціальними соціальними інформціями.

Однак ефективність догляду з ротовою порожниною, з допомогою індексних оцінок, виявлено діаметрально протилежну закономірність у груп дослідження, особливо в осіб основної групи, що контролюють негигієнічними чинниками спиртового виробництва.

Інтерпретація індексних балих при дослідженні індексу ОНІ-S у обстежених з лежкою відсутньої роботи при статистичній достовірності в усіх інтервалах покзала, що грішні та здовільні стани гігієни порожнини рота визначені у 81 особи основної групи (25,63%), що було у 2,9 рази менше стосовно нелогічного середнього покзника досліджуваних

груп порівняння (73,2%). Разом з тим, нездовільну та погану гігієну ротової порожнини з індексом ОНІ-S констатували у 235 працівників основної групи (74,37%) та тільки у 26 обстежених порівняльної групи (26,8%).

Стан гігієни ротової порожнини тільки у віці 20–25 років у працівників основної групи ОНІ-S тріктиввся як здовільний, зі значенням $1,82 \pm 0,93$. У віковому інтервалі 26–35 років у робітників групи ОНІ-S ($2,47 \pm 1,26$) характеризуввся як нездовільний, у 36–55 років з показниками $2,94 \pm 1,82$ та $3,95 \pm 1,44$ – як поганий.

Стан гігієни ротової порожнини в порівняльній групі характеризуввся більш позитивними даними: у віці 20–25 років та 26–35 років індекс ОНІ-S зі значеннями $0,42 \pm 0,21$ та $0,58 \pm 0,34$ ($p < 0,001$) розцінюввся як добрий; у віковому інтервалі 36–45 років ($1,54 \pm 0,73$) тріктиввся як здовільний; у

старшій віковій групі (46–55 років) характеризуввся як нездовільний.

Середнє значення індексу ОНІ-S у основній групі ($2,79 \pm 1,36$) перевищує логічний показник групи порівняння ($1,12 \pm 0,52$) у 2,5 рази.

Висновок. Результати дослідження індексу ОНІ-S у обстежених злежно від стажу роботи свідчують зростаюче значення ОНІ-S із збільшенням стажу роботи у осіб як основної, так і групи порівняння. Однак відмінності динаміки ОНІ-S в основній групі стосовно порівняння, незліз кореляції співзв'язання із кменеутвореннями дють підставу стверджувати, що причиною суттєво гіршого гігієнічного стану порожнини рота працівників спиртового виробництва є не лише недостатній догляд з порожниною рота, а й значною мірою вплив несприятливих чинників виробничого середовища.

УДК 616.314.17–008.1–085.242

© **В. Р. М. Чоган, О. В. Вдєєв**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Комплексне лікування хворих на генералізовані пародонтит з використанням синбіотик «Біотулін»

Для об'єктивної оцінки ефективності синбіотик «Біотулін» був проведений рівномірний випадковий розподіл хворих на групи спостережень з урахуванням ступеня розвитку генералізованого пародонтиту. У хворих основної групи і в групі порівняння пародонтит І та ІІ ступенів зустрічався у 80,33 і 80,95% випадків відповідно. Решту випадків (1/5 хворих) в кожній групі склали ІІІ ступінь пародонтиту. Відміни між відсотковими показниками були недостовірними – тобто з ступенем розвитку пародонтиту групи були сформовані однорідними.

Пацієнтам контрольної групи проводили традиційне лікування з показниками, пацієнтам основної групи додатково місцевозастосовували суспензію препарату «Біотулін» у вигляді пликцій на ясна. З наявності пародонтальних кишень суспензія «Біотулін» вводилася безпосередньо у кишень. Для

збільшення тривалості контакту тканин пародонт з суспензією «Біотулін» ми використали методику несення цього препарату в екстемпорально виготовлену зубну пасту з силіконового відбиткового матеріалу. Процедуру проводилися пацієнтам з ІІ та ІІІ ступенями тяжкості пародонтиту 3–4-го ступеня після проведення професійного чищення зубів та усунення етіологічних факторів. Окрім того, перорально призначався «Біотулін» по 2 таблетки 3 рази в день з рекомендацією тримати таблетки в роті до повного розсмоктування.

Клінічне обстеження стану тканин пародонт хворих кожної групи спостереження проводили до лікування, після завершення курсу лікування та через 6 місяців після лікування. В осіб основної групи на 2–3 добу визначалося зниження ознак запалення ясен у 50 пролікованих (81,97%). В контрольній групі хворих зменшення ознак запалення відбуло-

ся на 4–6 добу в 49 хворих (77,78 %). Тобто включення синбіотик в схему лікування зменшує частоту дисбіотичних явищ, які присутні при пародонтиті, що значно швидше сприяло зменшенню частоти патологічних явищ. При клінічні показники достовірно підтверджують позитивний вплив біфідобактерій на перебіг пародонтиту в хворих основної групи. Також відбулось покращення ГІ в хворих на локалізований пародонтит І ступеня на 50,4 %, через 6 місяців цей показник був меншим від показника до лікування на 35 %. У групі порівняння ГІ покращився після лікування на 41,4 %, через 6 місяців ГІ зберігся кращим на 30,1 % ніж до лікування. У хворих на локалізований пародонтит ІІ ступеня ГІ покращився на 54,8 та 45,2 і 28,3 % – через 6 місяців у основній і порівняльній групах відповідно. В хворих на генералізований пародонтит ІІІ ступеня ГІ покращився на 55,8 та 32,5 % після лікування, на 38,5 і 15,4 % – через 6 місяців у основній і порівняльній групах відповідно.

Отже, запропонований комплекс лікування – профілактичних заходів із використанням синбіотик «Біфідобактерія» при лікуванні хворих на генералізований пародонтит зменшує частоту рецидивів захворювання у 3 роки, покращився гігієнічний стан порожнини рота – ГІ у 2 роки відміну від групи порівняння.

Отже, запропонований комплекс лікування – профілактичних заходів із використанням синбіотик «Біфідобактерія» при лікуванні хворих на генералізований пародонтит зменшує частоту рецидивів захворювання у 3 роки, покращився гігієнічний стан порожнини рота – ГІ у 2 роки відміну від групи порівняння.

УДК 612.111.7+616.314-085+616.314.17-008.1

© **О. В. Довганич, В. І. Герелюк, Н. В. Нейко**

Івано-Франківський національний медичний університет

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит методом синглетно-кисневої терапії

Метою роботи стало підвищити ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит шляхом синглетно-кисневої терапії.

Матеріали і методи. 140 хворих на ГП І–ІІ ступенів, хронічний перебіг. Хворим І групи (20 осіб) проводили базову терапію з використанням медикоментозних середників, ІІ групи (35 осіб) лікування доповнювали синглетно-кисневою терапією перорально, ІІІ групи (35 осіб) – базову і синглетно-кисневу терапію (інгаляції), ІV групи (50 осіб) – базову та синглетно-кисневу терапію (інгаляції і перорально). Визначили індекс ОНІ-S Грін-Вермільйон, пародонтальний індекс, пародонтально-м'якотьовий індекс, пародонтально-м'якотьовий індекс, індекс кровоточивості з Н. R. Muhlemann, S. Sonum модифікації I. Cowell, індекс Рамфорта, визначення рентгенологічних змін у щелепових кістках. Дослідження проводили до лікування, через 3, 6 та 12 місяців після терапії.

Результати досліджень та їх обговорення. Через 3 місяці після лікування стан гігієни ротової порожнини у більшості пацієнтів покращився, проте більш виражен позитивний динамічний до нормалізації цієї простежувався у хворих ІV групи ($p < 0,05$). Індекс оцінки стану пародонтопатології на достовірну різницю отриманих результатів порівняно з результатом до лікування ($p < 0,05$). Через 12 місяців у всіх групах хворих простежували динаміку до погіршення індексних показників стану пародонтопатології та стану гігієни ротової порожнини, однак тільки у ІV групі результати недостовірно відрізнялись від інших – отримали через 6 місяців після лікування. При рентгенологічному дослідженні через 12 місяців у більшості хворих ІІІ та ІV груп спостерігалися білізція процесу.

Висновки. Запропонований комплекс лікування хворих на генералізований пародонтит забезпечує білізцію патологічних змін у стану пародонтопатології.

УДК 616.314 – 089.27..615.46..678.7] – 073..53.082.17

© Н. І. Микиєвич, І. І. Ногчевський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Порівняльне вивчення модуля пружності мікрогібридних фотополімерних композитних матеріалів

Тверді тканини зубів (емаль і дентин) значно відрізняються в будові та механічних властивостях, які змінюються з віком та під впливом різних факторів навколишнього середовища.

В останні роки з'ясувалося, що на міцність дгезії композитного матеріалу до стінок порожнини істотний вплив має модуль пружності (модуль Юнга) матеріалу. Міцність дгезії прямо пропорційна модулю пружності матеріалу, який відіграє в живу роль у зменшенні напруження межі «композит – тверді тканини зубу» під час полімеризації матеріалу. Модуль пружності композиту залежить перш за все від складу і властивостей полімерної матриці матеріалу та кількості наповнювача. Чим вищий модуль пружності, тим стійкіший матеріал до деформації.

Метою цього дослідження було визначити модуль пружності деяких мікрогібридних фотополімерних композитних матеріалів.

Вимірювання модуля Юнга здійснювалось методом ННТ (Nano-Hardness Tester) на нанотвердомірі виробництва компанії «CSM Instruments» (Швейцарський Центр Електроніки і Мікротехнологій) при різній глибині введення модифікованого алмазного індентора Берковича в матеріал.

Для проведення порівняльного аналізу модуля пружності вивчали зрізки прямих і непрямих реставрацій, виготовлених із фотополімерних композитних матеріалів Filtek Z 250 (3M ESPE, Німеччина), Charisma (Heraeus Kulzer, Німеччина) та Dipol (Оксонт – Україна). Усі зрізки виготовляли у формі пластин

товщиною 4 мм шляхом пошарового нанесення композиту (по 2 мм). Полімеризацію прямих реставрацій здійснювали пошаровим подвійним двадцятисекундним УФ-опроміненням, непрямих – УФ-опроміненням та під дією температурного чинника (термообробка в проті Cure Lite Plus (Pentron, США) при температурі 120° С протягом 10 хв).

Модуль Юнга визначали у чотирьох точках поверхневих шарів вищезгаданих фотополімерних композитних матеріалів. Випробування проводили за стандартною методикою в три етапи: навантаження, витримка протягом 10 с при максимальному навантаженні, розвантаження.

Результати дослідження показали, що найбільшим модулем пружності характеризується непрямі реставрації з матеріалу Filtek Z 250 – 16,4 ГПа, найменшим – зрізці прямої реставрації з матеріалу Dipol (6,53 ГПа).

При порівнянні модуля Юнга прямих та непрямих реставрацій з матеріалів Filtek Z 250 та Charisma достовірної різниці не спостерігали ($p > 0,05$), у випадку виготовлених з фотополімерного композитного матеріалу Dipol, виявили достовірне збільшення пружності ($p < 0,01$), порівняно з пломбами.

Результати дослідження переконливо доводять, що досліджувані матеріали відрізняються значно меншою міцністю порівняно з емаллю зубів, модуль пружності якої становить 82,5 ГПа. Значна відмінність модуля пружності матеріалів і твердих тканин зубу може спричинити деформацію і скол відновлюваного матеріалу на межі емаль-реставрація.

УДК 615.273:615.454.123

©І. С. Гриновець, В. С. Гриновець, В. В. Бумценко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Удосконалення стоматологічної допомоги шляхом застосування стоматологічних лікарських плівок

Упродовж останнього часу в Україні спостерігається збільшення стоматологічних хвороб різної етіології у хворих різних вікових категорій.

Вивчаючи традиційні терапевтичні схеми, можна стверджувати, що найбільш доступними і високоефективними засобами лікування локальних інфекційно-зпальних захворювань нині є лише антисептичні засоби місцевої дії. Локальна терапевтична допомога у стоматологічній практиці має низку особливостей, пов'язаних зі складним рельєфом слизової оболонки рота, постійною зволоженістю порожнини рота тощо. Вживаючи проблемою залишається підтримання достатньої концентрації необхідного активного формувального інгредієнту у вогнищі зпального процесу упродовж тривалого часу. Застосування традиційних рідких лікарських форм створює певні незручності для пацієнтів через тривалість процесу, необхідність дотримання певного інтервалу між процедурами. Окрім цього, лікарський засіб використовується неефективно, відсутня пролонгована дія, часткове руйнування активних формувальних інгредієнтів у слизистій мембрані з ферментивними слини.

Нашою метою було розробити ефективну лікарську форму антисептичного типу з різноміждіючими речовинами та провести її клінічну пробіцію. Розроблена нами лікарська форма у вигляді стоматологічних лікарських плівок має низку переваг, а саме: високу біологічну доступність, пролонговану дію, виражений терапевтичний ефект, точність дозування, зручність у застосуванні, відсутність протипокликання зниження больового синдрому.

У процесі роботи розроблено складі технологію як полімерної основи (плівконосія), так і лікувальної плівки з різноміждіючими речовинами. Для нової лікарської форми ви-

вчені лише фізико-механічні, фізико-хімічні, технологічні, мікробіологічні, токсикологічні та органолептичні властивості.

Виготовлені стоматологічні лікарські плівки полімерного типу проявляли виражену біоцидну дію до стрептококів, грибів, деяких вірусів і найпростіших, мали відповідний рівень гіперосмолярної активності та характеризувалися доброю адгезією до слизової оболонки.

Під час спостереженням знаходилося 35 пацієнтів з хронічними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота – виражено-некротичним стоматитом, декубітальною і трофічною виразкою, ерозивними ушкодженнями різної етіології, у тому числі й механічними та термічними ураженнями. Хворих контрольної групи (18 чоловік) лікували з допомогою традиційних методик, решту – за використанням стоматологічних лікарських плівок.

Вивчаючи ефективність терапевтичної допомоги вказує, що ліквідація зпальних змін у тканині епітеліального дефекту в дослідній групі пацієнтів відбулася за 2–4 дні раніше, ніж у контрольній групі. Кількість відвідувань лікаря до цілковитого видужання у контрольній групі становила 7,4 разів, у дослідній – 4,8. У пацієнтів, які проходили курс лікування із застосуванням стоматологічних лікарських плівок, не зафіксовано проявів алергії чи інших побічних реакцій.

Таким чином, позитивний ефект запропонованого засобу досягається відповідним підбором компонентів полімерної плівки гідрофільного типу, забезпечуючи ефективне лікування профілактику захворювань слизової оболонки порожнини рота, виражену протимікробну дію, без побічних ефектів, що дозволяє досягти стійкої ремісії у терапевтичному процесі.

©Т. І. Дзецюх

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Порушення гуморального імунітету з умов експериментального пародонтиту на тлі гіпотиреозу

Згідно з даними М. Тимченка і К. В. Місюри (2007), загальні показники розповсюдження гіпотиреозу серед населення України підвищилися протягом 2000–2005 рр. на 30% (з 115,2 до 151,9 випадку на 100 тис. осіб населення). Дані літератури також свідчать про часте ураження пародонта на фоні вторинної імунної недостатності при дисфункції щитоподібної залози, причому ступінь і характер ураження пародонтального процесу залежать від тяжкості тривалості гіпотиреозу. Складні взаємозв'язки між імунною й ендокринною системою відводиться в живильну роль в етіопатогенезі різноманітних стоматологічних захворювань (О. Л. Шнейдер і співавт., 2008; Т. Г. Мухомов і співавт., 2009). Зважаючи на це, метою нашої роботи стало дослідження впливу зниженої продукції тиреоїдних гормонів на гуморальну ланку імунної системи та встановлення взаємозв'язку між ними.

Дослідження проводили на білих безпородних щурів х-смісячм вагою тіла 180–200 г, отриманих з віварію ТДМУ, відповідно до вимог Проведення робіт з використанням експериментальних тварин. Тварини знаходилися на повноцінному раціоні віварію з вільним доступом до води. Гіпотиреоз моделювали щоденним введенням регоса з допомогою спеціального зонда фермакопейного тиреостатик меркзолілу («Крихин», Росія) у дозі 25 мг/кг протягом 21-ї доби. Контроль здійснювали з рівнем тироксину, трийодтироніну і тиреотропного гормону, також з митохондриальною руховою активністю. До групи порівняння входили тварини, яким меркзоліл не вводили. Вплив гіпотиреозу на перебіг запального процесу при пародонтиті вивчали на моделі запалення, викликаного гострою тривалою м'яких тканин ясен (Патент на корисну модель 65771: В. Р. Мочога, О. В. Вдєєв / Спосіб моделювання пародонтиту // Бюлетень 23. – 2011 р.).

У тварин визначили вміст імуноглобулінів основних класів А, М і G у сироватці крові іму-

ноферментним методом з використанням лізотор StatFax (USA). Вміст загального тироксину (T_3), загального трийодтироніну (T_4) і тиреотропного гормону (ТТГ) у сироватці визначили імунофлуоресцентним методом з використанням стандартних тест-борів «Immulite 1000» на вміст тироксину і трийодтироніну фірми «Elecsys 2010» Roche Hitachi. Концентрацію гормонів визначили в пкмоль/л. Отримані цифрові дані обробляли методом варіаційної статистики. Статистичну обробку цифрових даних здійснювали з допомогою програми з безпечення «Excel» («Microsoft», США) та «STATISTICA» 6.0 («Statsoft», США) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки одержаних даних. Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки (M), її дисперсії і помилки середньої (m). Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначили при нормальному розподілі з критерієм Ст'юдента, в інших випадках – з допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Аналіз кореляційних зв'язків отриманих результатів проводили з використанням статистики Спірмена.

Ми встановили статистично значиме зниження рівня досліджуваних показників у тварин, яким протягом 14-ти діб вводили меркзоліл, зокрема рівень IgG зменшився в 1,8 разів, IgM – в 1,6 разів і IgA – в 1,7 разів ($p < 0,01$). Врховуючи дані про регуляторну роль тиреоїдних гормонів в імунотропічності, що впливає на порушення функцій щитоподібної залози зумовлює зниження гуморального імунітету відповідно до антигенної стимуляції. Це підтверджує існуючі дані про те, що гіпотиреоз супроводжується розвитком вторинних.

У тварин з гострим пародонтитом на 1-шу добу рівень IgG був вищим на 25,9%, IgM – на 101,3% і IgA – на 41,2% стосовно контрольної

групи. Ктив ця гумор льного імунітету з н дшишковим синтезом всіх імуноглобулінів у крові свідчить про ендотоксемію й нтигенемію з умови експеримент льного гострого п родонтиту. Через 7 діб після гострої мех нічної тр вми м'яких тк нин ясен спостеріг лося зн чне зниження рівнів IgG н 27,6 %, IgM — н 40,0 % при пр ктично незмінному пок знику Ig відносно д них н 1-шу добу. В рто з зн чити, що вміст IgG у сиров тці крові щурів з гострим п родонтитом н 8-му добу був вищий стосовно д них інт ктих тв рин н 7,4 %, IgM — н 20,8 % й IgG — н 31,6 % ($p < 0,05 - 0,001$). Отрим ні результ ти свідч ть про те, що н 1-шу добу відбув л ся ктив ця мобіліз ції імуноглобулінів з кровосного русл з н ступним зривом д пт - ційних мех нізмів.

З умови модельов ного гострого п родонтиту н тлі гіпотиреозу відміч лося пригнічення гумор льної л нки імунної системи вже н 1-шу добу, яке х р ктеризув лось достовірним зниженням імуноглобулінів усіх кл сів. Т к, вміст IgG у сиров тці крові був менший в 1,7 р з , IgM — у 2,2 р з й Ig — в 1,9 р з стосовно групи контролю ($p < 0,001$). Порівнюючи отрим ні результ ти потрібно відмітити, що в експеримент льних тв рин при п родон-

титі н тлі гіпотиреозу вміст імуноглобулінів усіх кл сів був достовірно вищим групи тв рин з модельов ним гіпотиреозом, проте зн чно меншим стосовно вмісту IgG, IgM і Ig у групі тв рин з гострим п родонтитом.

Результ ти н шого дослідження пок з ли, що поєдн ння двох досліджув них п тологій поглиблює імунодепресію. Функціонув ння імунної системи у режимі н пруження може свідчити про зрив д пт ції з умови гострого п родонтиту н тлі гіпотиреозу.

З умови експеримент льного гострого п родонтиту н фоні гіпотиреозу відбув ються порушення функціонув ння імунної системи, які х р ктеризуються імунодепресією н 1-шу добу досліду т гіперергічною ре ктивністю місцевого імунітету н 8-му добу, що зумовлює вихід імуноглобулінів у системний кровотік.

При гострому п родонтиті н тлі мерк зол індуков ного гіпотиреозу н 1-шу добу експерименту в гомий внесок розвиток дисб л нсу імуноглобулінів н системному рівні вносить дисфункція щитоподібної з лози, тоді як н 8-му добу досліду н гумор льну л нку імунної системи діють обидв п тогенетичних чинник — гіпотиреоз і гострий п родонтит.

УДК 616.314.17.108.2-323.21

© **О. М. Виногр дов , Л. М. Хорос**

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького

Дослідження дин міки пок зників електроодонтоді гностики т кислоторезистентності ем лі при вибілюв нні зубів

Метою дослідження було простеження дин міки пок зників ЕОД т Тер-тесту при різних метод х вибілюв ння зубів.

М тері ли і методи. Для оцінки ефективності різних методів вибілюв ння зубів було обстежено 217 п цієнтів у віці від 18 до 50 років. З лежно від методу вибілюв ння, п цієнтів поділили н три групи спостереження:

I груп — 142 п цієнти, які виконув ли процедуру вибілюв ння зубів з рекоменда цією стоматолог в дом шніх умов х;

II груп — 26 п цієнтів, яким проводилось професійне вибілюв ння зубів з рекоменда ціями комп нії-виробник преп р ту;

III груп — 49 осіб, яким професійне вибілюв ння виконув лось із з стосув нням лікув льно-профіл ктичного лгоритму.

Для визн чення к рієсрезистентності ем лі використовув ли ТЕР-тест: метод віт льного з б рвлення ем лі 2 % водним розчином метиленового синього. Протр влені соляною кислотою ділянки ем лі з б рвлюв лись у

різної інтенсивності синій колір, який оцінювали з 10-бальною шкалою.

Для оцінки порогу електростимуляції пульпи зубів використовували метод електроодонтодіагностики (ЕОД) з допомогою приладу «Scoprio» (Болгарія), який вирізняється високою точністю покриттів.

ТЕР-тест у пацієнтів усіх груп спостереження здійснювали, починаючи від 7–14 дня, з метою виникнення ускладнень при виземодії «емаль-кислоти» та супутньому зформуванню зубів. Найнижчі покриття зникли ТЕР-тесту з фіксованою I групі, який у всі терміни спостереження дорівнював у середньому $(1,56 \pm 0,07)$ бал. Найвищі покриття зникли з другого тесту в інтервалі $(2,33 \pm 0,31)$ бал через 4–7 днів після вибілювання та $(2,63 \pm 0,31)$ бал через 12 місяців після процедури досліджували у II групі професійного вибілювання, де не стосувалися всі опрацьовані профілі ктичний комплекс. У пацієнтів III групи через 7–14 днів ТЕР-тест відповідав $(1,96 \pm 0,42)$ бал та поступово зменшувалися, через 12 місяців становив $(1,47 \pm 0,35)$ бал, що свідчить про підвищення резистентності емалі у результаті проведеної профілактичної корекції вибілювання.

Електроодонтодіагностику проводили у II та III групі відразу після вибілювання зубів. У I групі дослідження відбулося на 4–7 день після процедури вибілювання. До вибілювання покриття ЕОД у всіх групах був практично однаковим та у середньому склав $(3,18 \pm 0,79)$ мк.

У I групі покриття ЕОД протягом усього експерименту практично не змінювалися ($p > 0,05$).

Через 12 місяців покриття зникли становили $(3,06 \pm 0,83)$ мк, що є підставою припускати, що домашнє вибілювання не подразнює пульпу зубів.

У II групі відразу після вибілювання покриття ЕОД відповідав значенню $(6,45 \pm 0,82)$ мк, яке було максимальним стосовно інших груп ($p < 0,05$). Через 7–14 днів ЕОД практично не змінився становив $(6,42 \pm 0,84)$ мк. Через 1 місяць значення покриття зменшилися з $(5,85 \pm 0,83)$ до $(4,95 \pm 0,82)$ мк через 12 місяців досліджень. Слід зазначити, що у всі терміни експерименту у II групі верифікували найвищі значення ЕОД, що ймовірно пов'язано з відсутністю профілактичних заходів після вибілювання у цієї групи.

У III групі, де після проведення вибілювання пацієнти активно проводили профілактику ктичний зходи, відразу після вибілювання покриття ЕОД становив $(5,53 \pm 0,81)$ мк, що було у 1,7 раз більше стосовно вихідних даних ($p < 0,05$). Через 4–7 днів покриття не змінився. Починаючи з 7–14 днів, значення ЕОД зменшувалися з $(4,12 \pm 0,82)$ до $(2,76 \pm 0,78)$ мк через 12 місяців після вибілювання.

Висновок. Отримані результати переконливо демонструють, що у пацієнтів III групи, де стосувалися всі профілактичні алгоритми, дані електроодонтодіагностики та кислоторезистентності емалі суттєво коригуються у позитивний бік, що, у свою чергу, підтверджується відсутністю гіперестезії у даній групі. Це слугує суттєвим спектром при вибілюванні зубів.

УДК 616.213.17.012.3-148.62

© Н. Н. Бондрівськ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Комплексне лікування зпальних захворювань пародонту у працівників цементного виробництва

Метою дослідження було планування та призначення комплексного лікування та профілактики захворювань пародонту у працівників цементного виробництва на основі лікування індивідуальних клінічних проявів захворювання, та кож з врахування особливостей мікробіологічних, біохімічних та гісто-

логічних спостережень при різних ступенях тяжкості уражень зубоутримуючих тканин.

Матеріали та методи. Комплексне лікування зпальних захворювань складалося із застосування прийнятих методів місцевого впливу на тканини пародонту, скерованих на ліквідацію симптомів захворювання, покриття покриттів функ-

ціон льного ст ну тк нин п родонт , норм - ліз цію мет болічних процесів, т з г льного лікув ння, спрямов ного н ліквід цію явищ ХОЗЛ, покр щ ння нтиоксид нтного ст ну орг нізму, остеотропну тер пію, віт мінотер пію, корекцію дієти т якості життя.

Корекція порушень бронхо-легеневої системи проводил сь пульмонологом в умов х ст ціон ру МЦРЛ і бул скеров н н ліквід - цію респір торної симптом тики, віт мінотер пію, дієтотер пію.

Для з г льного лікув ння ГП для пр цівників ЦВ із хворюв ннями п родонт , н м нез яких був обтяжений хронічними обструктивними з хворюв ннями легень, ми рекомендув ли преп р т «Ліпін» (U /3528/01/02 від 01.08.2006 до 18.08.2011).

Для оптиміз ції лікув ння остеопорозу ми рекомендув ли преп р т «Бів лос», виробництв комп нії Servier, Фр нція (UA 4943/01/01 від 18.08.2006 до 18.08.2011). Згідно з д ними клінічного з стосув ння відбув л сь регенер ція тр бекулярної т кортик льної кістки, вже через 1 рік після лікув ння «Бів лосом» об'єм кістки достовірно збільшув вся н 30%.

Місцеве лікув ння, нез лежно від ступеня тяжкості т ктивності з п льного процесу, почин ли із усунення місцевих подр зників: зняття зубних відкл день з н ступним полірув нням доступних поверхонь коренів зубів; пломбув ння к ріозних порожнин; проводил сь з мін н вис ючих пломб, невірно створених міжзубних конт ктних пунктів, нер ціон льно виготовлених ортопедичних конструкцій: зверт ли ув гу н перев нт ження опорних зубів під мостоподібними протез ми, н явність тр вм тиз ції ясен коронк ми тощо. При генер лізов ному п родонтиті II т III ступенів, з пок з ннями, і вр ховуючи мотив цію хворих, проводили з критий бо відкритий кюрет ж. Велике зн чення н д в - ли інструкт жу хворих н предмет пр вильного т ефективного догляду з ротовою порожниною, контролю гігієни, н вч ли п льцевому утом с жу ясен.

Як з сіб п тогенетичної місцевої ф рм ко- тер пії з стосовув лигель «П нтестин – Д р- ниця» (Panthestin – Darnitsa) у вигляді гелю (И /1488/01/01 від 07.07.2004 до 07.07.2009).

З для покр щ ння і корекції місцевого лікув ння з стосовув ли світлофізіотер певтичний метод лікув ння з допомогою п р ту «Біоптрон-Комп кт-III» фірми «Zepher».

У контексті профілі ктичних з ходів хворим т кож рекомендув ли ротові в ночки з реополіглюкіном (UA 8553/01/01 від 07.07.2008 до 07.07.2013).

Ортопедичне лікув ння передб ч ло при- шліфовув ння зубів з метою усунення вузлів тр вм тичної оклюзії т н ступним покриттям їх фторл ком, з пок з ми – протезув ння т шинув ння рухомих зубів дротяними бо композитно-ліг турними шин ми.

Оцінк результ тів лікув ння у груп х спостереження проводил сь безпосередньо після з кінчення повного курсу лікув ння т у відд - лені терміни – через 6 т 12–18 місяців.

У якості хірургічного лікув ння з хворюв нь п родонт ми рекомендув ли з критий т відкритий кюрет ж у д ного контингенту хворих.

Висновок. Предст влені результ ти клінічних спостережень із з стосув нням н лізу об'єктивних індексних оцінок ст ну тк нин п родонт т д ні мікробіологічних, біохімічних методів дослідження достовірно з свідчують ефективність т перев ги лікув льних схем, розроблених н ми для пр цівників цементного виробництв (гель «П нтестин – Д рниця», фізіотер певтичн світло- в лмп «Біоптрон – Комп кт – III», нтиоксид нт т нтигіпокс нт «Ліпін», остеотропний преп р т «Бів лос»). З стосу- в ння цього комплексу дозволило скоротити кількість відвідув нь, досяг ючи при цьому кр щих результ тів т ст більшої ремісії з хворюв ння, позитивних результ тів дося- г ли при кур ції ГП III ступеня, що у робіт- ників ЦВ був резистентним до тр диційного лікув ння.

УДК 616.314-089

©М. К. Добровольськ, В. М. Гелей, Н. І. Гелей, С. Ухтюк

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Комплексне лікування хворих з пародонтальними хроніосептичними вогнищами інфекції

Вступ. Серед пародонтологічних хворих все частіше зустрічаються особи зі складними перманентними утвореннями пародонтальних бацил, погіршення загального стану, відчуття слабкості токсині, неефективність курсів антибіотикотерапії.

Метою дослідження стали розробка і клінічне пробіція медикоментозного комплексу, дія якого була бінпривлеченням купірування бацидувальної форми генералізованого пародонтиту.

Методи і методи. Під час спостереженням знаходилося 30 хворих з бацидувальною формою генералізованого пародонтиту I–II ступенів. Серед них було 18 жінок і 12 чоловіків віком 24–35 років. Тривалість захворювання у них складала 3–5 років.

В процесі обстеження хворих з'ясувалися клінічні і спеціальні методи: визначення ступеня кровоточивості ясен і рухомості зубів, проб Шиллер – Писрев, пародонтальний індекс Рссел (1956 р.), комунікаційний індекс потреби в лікуванні CPI.

Рівень гігієни ротової порожнини визначали за індексом Грін – Вермілліон. Стан кісткових структур альвеолярних відростків оцінювали за допомогою ортопантомограми. Вміст зубоаясневих клінічних кишень підлягав бактеріологічному обстеженню і визначенню чутливості патогенної мікрофлори до антимікробних засобів. Хворих поділили на дві групи: контрольну (14 пацієнтів) і основну (16 чоловік).

В контрольній групі у якості загального лікування призначали антибіотики згідно з чутливістю мікрофлори, визначеної бактеріологічно. Найчастіше це були цефалоспорины, макроліди, тетрацикліни, а також долінкоміцину, який тривалий час застосовується в парадонтології, чутливість мікрофлори практично була втрачена.

В основній групі спостереження хворі отримували комплекс локальних засобів

(поліміксин – суму фторхінолону 200 мг та орнідазолу 500 мг по 1 таблетці 2 рази на добу) протягом 10 днів. Ензимний препарат серратіпептиду (серрату) по 10 мг 3 рази на день.

Виходячи із принципів гомотоксикології, як розглядається план лікування як спробу організму звільнитися від гомотоксинів, що накопичилися в зоні бацил триксу і лімфовузлів, ми призначили лімфоміозот по 10 крапель 30 хв до їжі. В якості протизапального засобу – триумель, по 1 таблетці 4 рази на день; імуномодулятор ехінацею композитум – по 2,2 мл підшкірно 1 раз на тиждень в кількості 3–5 ін'єкцій. Окрім того, ми розробили новозоди, що входять до складу препаратів: філококовий, стрептококовий, грипозний, піогенний. В якості загальнозміцнюючих препаратів використовували скорутин та кальцієві.

Місцеве лікування було ідентичним в обох групах хворих і включало: полоскання гівлексом, гелі гелю метр гел – дент, розсмоктування таблеток "Лісобіт".

Результати досліджень та їх обговорення. Найближчі результати лікування значною мірою різнилися між собою. В контрольній групі після завершення курсу антибіотикотерапії лише 37,2% хворих констатували зникнення симптомів захворювання ясен. У іншій частині хворих через певний період часу, інколи вже через 4–5 днів, загальний стан погіршувався, місцево знову виникали пародонтальні бацили. Інколи доводилось чергувати 2–3 антибіотики для отримання позитивного ефекту лікування.

Через 10–15 днів перевищує більшість пацієнтів основної групи (74,2%) відмічало покращення загального і місцевого стану, підтвердженою низкою пробіт-індексів.

У віддалені терміни спостереження через 6 місяців відсоток пацієнтів основної групи зі значущою парадонтологією становив 82,3%. В контрольній же групі – 51,3%.

Через 12 місяців н ортоп нтомогр м х п цієнтів основної групи спостеріг лось ущільнення комп ктних пл стинок, зменшення ділянок остеопорозу, структурне відновлення губч стої кістки львеолярних відростків. В контрольній групі хворих подібні позитивні зміни виявились лише у 34,1 % п цієнтів.

Висновки. Отрим ні результ ти лікув ння хворих з п родонт льними хроніосептични-

ми вогнищ ми інфекції із з стосув нням лоп тичного нтиб ктері льного т ензимного преп р ту в комплексі із нтигомтоксичними з соб ми дрена жної, протиз п льної т імуномодулюючої дії є ефективним у н й-ближчі т відд лені терміни спостереження і може бути рекомендов ний у широку стом -тологічну пр ктику.

УДК 616.716/.4 – 002.4:615.212.7] – 089 – 08

© О. В. Риблов, Д. С. ветіков, О. С. Івницьк

ДВНЗУ «Укрїнськ медичн стом тологічн к демія», м. Полтв

Токсичний некроз щелепних кісток у н ркоз лежних п цієнтів: оцінк відд лених результ тів комплексного лікув ння

Вступ. У суч сній Укр їні, як і в усьому світі, н рком ння перетворил сь н спр вжне соці льне лихо, яке оберт єтьс я втр тою здоров'я, то й життя десятків тисяч людей. Одним із розповсюджених п тологічних процесів у щелепно-лицевій ділянці, що виник ють в н с лідок вжив ння н ркотичних речовин, є токсичний некроз щелепних кісток. Вр ховуючи існуючу тенденцію до поширення цього з хворюв ння, тяжкість перебігу, високий відсоток рецидивів т інв лідності, проблем комплексного лікув ння токсичного остеонекрозу, вид єтьс я кту льною т пр ктично зн чимою.

Метою дослідження ст ло спостереження з результ т ми комплексного лікув ння н ркоз лежних п цієнтів із фосфорним некрозом щелепних кісток упродовж трив лого терміну (протягом 3-х років).

М тері ли і методи. Під н шим спостереженням зн ходилось 11 п цієнтів із субтот льним токсичним некрозом щелепних кісток (некротичний процес н верхніх щелеп х в 6 осіб, н ніжній – у 5). Усіх хворих обстежув ли з єдиною схемою, як передб ч л поряд із клінічними т л бор торними дослідженнями (з г льний н ліз крові т сечі, біохімічний н ліз крові, ко гулогр м , дослідження крові н RW, HBsAg, виявлення нтитіл до ВІЛ т Anti-HCV-total, мікробіологічне дослідження виділень із норицевих ходів т некротизов них ділянок), проведення рентгеногр фії щелепних кісток т електроміографії жув льних м'язів.

Результ ти досліджень т їх обговорення. Вст новлення ді гнозу токсичного некрозу щелеп здійснюв лось н основі вивчення ск рг п цієнтів (припухлості т нориці у щелепно-лицевій ділянці, рухливість декількох зубів т їх вип д ння, осід ння ясен, відторгнення невеликих ділянок кісткової тк нини),

н мнєзу з хворюв ння (довготрив ле вжив ння с моробної н ркотичної речовини – первитину) т д них об'єктивного обстеження (н явність «оголення» зн чної ділянки львеолярного відростк т тіл щелепної кістки сірого бо світло-коричневого кольору, відсутності темпер турної ре кції т інтенсивного больового синдрому). Ді гноз було підтверджено результ т ми рентгеногр фічних досліджень щелеп, що з фіксув ли фр гмент рні ділянки деструкції з великими секвестр ми н фоні розрідження всіх відділів щелепної кістки, т л бор торними н ліз ми.

Всім п цієнт м із токсичним остеонекрозом було проведено поет пне хірургічне і консервативне лікув ння із злученням т ких спеці лістів, як: лік р-тер певт, інфекціоніст, імунолог, н рколог т психолог-консультнт. Н першому етапі хірургічного лікув ння н ркоз лежних осіб здійснюв лось усунення осередків хронічної інфекції у порожнині рот т розкриття підокісних бо білящелепних бсцесів і флегмон, н другому – секвестрнекретомія. Консервативне лікув ння поляг ло у призн ченні нтибіотиків широкого спектра дії т протиз п льних преп ртів, т кож проведенні тер пії, спрямов ної н покр щення життєво в живих пок зників орг нізму (дезінтоксик ція, підвищення рівня гемоглобіну й еритроцитів, імунокорекція). Н ступним етапом комплексного лікув ння п цієнтів із фосфорним некрозом бул їх ортопедичн ре біліт ція. Н шим п цієнт м було виготовлено скл дні ортопедичні конструкції, які дозволили не тільки мех нічно з крити дефекти щелеп, ле й поновити функцію жув ння т покр щити зовнішній вигляд обличчя, що підтверджено як клінічно, т кід ними електроміографії жув льних м'язів.

Спостереженнями протягом 2–3 років з хворими, які отрим ли комплексне лікув ння

т повністю звільнились від вживання наркотиків, було встановлено відсутність у них рецидивів з хворобами та досягнення доброго функціонально-естетичного стану щелепно-

лицевої ділянки. З забезпечення стійкої ремісії у цих пацієнтів створює необхідні умови для проведення в подальшому ендопротезування та інших видів відновлювального лікування.

УДК 616.724-073.75-001.6

© Д. С. Ветіков, І. В. Яценко, С. О. Ствицький, К. П. Локес, О. О. Розколуپ
ДВНЗУ «Український медичний стоматологічний академія», м. Полтава

Можливості тепловізійної фізії у діагностиці з хворобами на скронево-нижньощелепного суглоба

Велика кількість клінічних випадків патологічних процесів у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС), схожість симптомів різних урвань суглоба, складності діагностики можуть призводити до призначення непродуктивного методу лікування.

Метою дослідження стало вивчення можливості застосування тепловидчення в діагностиці з хворобами на СНЩС. Обстежено 34 пацієнта з патологією СНЩС та 12 практично здорових осіб.

Проводили електроміографічні дослідження. Реєстрували ЕМГ-активність м'язів нижньої та передньої пучки скроневої м'язів у спокої, під час розмови ядрісого горіха, при максимальному зімкненні зубних рядів у положенні центральної оклюзії. Для визначення резервних можливостей жувальних м'язів (ЖМ) використали зоровий оборотний зв'язок. Дослідження термограм (ТГ) проводили з допомогою тепловізора «Рубин-2» із записом на електрохімічний папір. Абсолютну температуру і її перепад вимірювали електротермометром ТПЭМ-1 в 10 зонах СНЩС, скроневої, ЖМ, та кожної щелепної ділянки і шиї. Хворих обстежували в урвні години при нормальній температурі тіла з попереднім періодом адаптації впродовж 20 хв при температурі повітря ($22,0 \pm 1,0$)°. Використали серію з 10–12 ТГ. Досліджені знаходилися в стоматологічному кріслі на відстані 0,5 м від об'єкта тепловізора. Зйомку проводили в 3 проекціях: прямій і двох бічних.

При вивченні термограм фізії досліджуваних ділянок у практично здорових осіб виявлено підвищення температури в ділянці СНЩС порівняно з температурою шкірного покриву

на скронево-нижньощелепними м'язами в межах $0,2 - 0,4$ °С. Середнє значення температури шкіри в ділянці суглоба дорівнювало $34,4$ °С, температурний градієнт між симетричними ділянками обох сторін складав в кожну $0,2 - 0,4$ °С. Визначалися зони зниженого теплового випромінювання в ділянці носа, вилицевих, щічної зон і вушних раковин. Підвищення теплового випромінювання спостерігалося в ділянці лоба, орбітальних і скроневої зон, губ, ділянці підборіддя і в проекції судинного пучка шиї. Проміжними за інтенсивністю інфрачервоного випромінювання були: привушно-жувальна, підщелепні ділянки, з дна верхньої шиї.

При дослідженні хворих із гострим хронічним артритом рентгенологічні картини з лишилися в межах норми. НТГ був виражен зон гіпертермії у ділянці суглоба з відносно невеликою площею вогнищ світіння. Температурний перепад коливався в межах від $0,6$ до $+0,9$ °С. У хворих з артритом, коли рентгенологічно виявлялися деформуючі зміни, що дозволяло з'ясувати, у поєднанні з грубими порушеннями форми елементів суглоба, ТГ характеризувалися симетричним зниженням температури в ділянці СНЩС. Температурний перепад коливався від $0,4$ до $0,9$ °С. При електроміографії у хворих із гострим хронічним артритом й артрозу спостерігалося зниження скорочувальності ЖМ при максимальному стискуванні в 1,8 разів і при жуванні у 1,6 разів порівняно з електроміографічною характеристикою ЖМ при інтактному ортогнатичному прикусі. При розмові горіха відмічено погіршення скорочувальності м'язів, особливо у хворих з артритом СНЩС. У процесі дос-

лідження м ло місце порушення синхронності дії вла снє ЖМ і скроневого м'яз , т кож відповідність ч су біоелектричній ктивності й ч су біоелектричного спокою.

Под льш розробк пит нь тепловізіографії

з їх н уквим тр ктув нням д є можливість включити цей об'єктивний метод дослідження в рсен л ді гностичних прийомів для диференці льної ді гностики різних п тологічних процесів у СНЩС.

УДК 616-089.844

© Д. С. ветіков, В. М. Соколов, І. В. Яценко, С. О. Ст вицький
ДВНЗУ «Укр їнськ медичн стом тологічн к демія», м. Полт в

Методики підйому т мобіліз ції шкірно-жирових кл птів у різних топогр фо н томічних ділянк х голови, вр ховуючи їх біомех нічні можливості

Серед існуючих естетичних опер цій, пов'яз них з підйомом т мобіліз цією шкірно-жирових кл птів голови н йбільш вжив ною є ритидектомія. Пл нув ння цього опер ційного втруч ння, ет пи опер ції т технік викон ння опис ні у б г тьох літер турних джерел х. ле д них щодо методик, пов'яз них з глибиною т меж ми відш рув ння шкірно-жирових кл птів під ч с проведення ритидектомії м йже не зустріч еться.

Метою дослідження було м тем тичне обґрунтув ння методики відш рув ння шкірно-жирових кл птів т величин н тягу їх у меж х пл стичної деформ ції.

Топогр фо н томічні дослідження було проведено н 24 свіжих труп х людей. Об'єктом дослідження було 55 хворих з інволюційним птозом шкіри різних зон голови.

Під ч с опер ції н тягнення шкіри проводиться уручну, отже, кожен хірург може по своєму оцінюв ти і ре лізовув ти н тягнення шкіри. Більшість пр гне н тягнути шкіру якомог сильніше для отрим ння якн йкр щого візу льного ефекту, ле сильніше не оз н ч є кр ще, оскільки шкір почин є випробовув ти сильні внутрішні перев нт ження, що може н д лі звести н нівець весь ефект опер ції і з подіяти серйозну тр вму шкірі.

Для з безпечення як н йкр щого косметичного ефекту і зменшення несприятливих н слідків необхідно з безпечити оптим льне н тягнення шкіри. Недост тне н тягнення не д є н лежного ефекту омолоджув ння, оскільки нен тягнут шкір утворює зморшки.

Н дмірне н тягнення призводить до н ступних несприятливих н слідків: появ келоїдного рубця, розвиток некрозу шкіри.

Порушення живлення пов'яз не з відш рув нням шкіри від н лежних тк нин і відсутністю кровоз безпечення від сусідніх тк нин ун слідок перетиск ння судин. Відш рув ння тк нин є необхідною дією при опер ції і уникнути її неможливо, перетиск ння судин можн не допустити, вст новляючи не обхідне н тягнення шкіри.

В процесі опер ції хірург робить розріз у скроневій, привушно-жув льній, соскоподібній і потиличній ділянк х. Потім проводиться відш рув ння шкіри від н лежних тк нин з підтяжкою і прошивкою пл тизми, як н д лісприйм є н себе основне н в нт ження щодо утрим ння шкіри в необхідній формі для з безпечення кр щого косметичного ефекту. Основн проблем поляг є в перен тязі відсеп ров ної ділянки шкіри, оскільки при н дмірному н тягненні відбув еться перетиск ння к пілярів у шкірі й н ст є некроз. Ун слідок відш рув ння шкіри, к піляри підходять до відш ров ного кл птя тільки через невідш ров ну ч стину шкіри. Живлення від н лежних ш рів припиняється.

Т к, як кривизн шкіри голови в д ній ділянці пр ктично відсутня, то з вд ння вирішув лося в термін х ст ну пл скої н пруги. Глибин відш рув ння скл д є 3–6 см. Товщину кл птя приймемо одиничною. Основними точк ми кріплення шкіри є: козелок вух і верхня ч стин вушної р ковини.

Хірург спочатку не тягне шкіру з цієї точки.

При вирішенні подібних завдань виникають невизначеності при відшукуванні пруги і деформцій в точках додотку сили. Тому прикладється розподілене навантаження, що моделює сили, які виникають в місці розрізу після швилення тканини.

Деформація відбувається в двох етапах:

1. Розтягнення постійним навантаженням.
2. Релаксація розтягнутого шкірного клаптя.

При вирішенні цього завдання вважеться, що перший етап, тобто розтягнення постійною силою відбувається достатньо швидко. Тому основним завданням є розгляд релаксації, що відбувається в шкірному клапті з часом.

При післяопераційній реабілітації в шкірі відбувається релаксація пруги. Від перебігу цього процесу багато в чому залежить косметичний ефект операції. З експериментальних даних відомо, що живлення шкіри потоком крові припиняється при нарузі $\sigma_{\max} = 10 \text{ кПа}$. Проте, якщо шкіру не тягнути саме з таким навантаженням, то в процесі релаксації пруги спече, і шкіра почне знову зморщуватися. З цієї точки зору потрібно задати у ній вели-

чину пругу. Але й цим теж не потрібно зловживати, оскільки шкіра при надмірному навантаженні не зможе релаксувати нижче σ_{\max} . Метою цієї оптимізації є підбір такої пруги і деформцій, що задуються, при яких досягнеться максимум косметичний ефект і тежчасно пруги в шкірі спечуть нижче σ_{\max} .

Як видно з отриманих даних, необхідне для отримання якнайкращого косметичного ефекту злежно від віку, лежить в інтервалі від 22 до 31 Н, що відповідає найширшим спостереженням в клініці. Під час операції хірург прикладє зусилля від 2 до 3 кг. Час навантаження з віком збільшується, оскільки шкіра стає менш податливою і потрібно більше часу, щоб волокна колагену встигли розтягнутися.

Враховуючи проведені біомеханічні дослідження шкірно-жирових клаптів скроневої, виличної, привушно-жувальної та соскоподібною ділянкою, було отримано покращення оптичного навантаження злежно від віку пацієнтів. Розроблено також можливість використання математичної моделі для великих та малих деформцій шкіри та підшкірної клітковини.

УДК 616.716 + 617.52]-089.168-084

© А. І. Волошин, М. Г. Скікевич, В. М. Гвирільєв, Н. Соколов, І. В. Бойко
ДВНЗУ «Український медичний стоматологічний департамент», м. Полтава

Про необхідність урахування рівня тривожності пацієнтів для профілактики післяопераційних ускладнень в клініці щелепно-лицевої хірургії

У своїй роботі щелепно-лицевому хірургу часто припадає спілкуватися з пацієнтами, у яких крім значного больового синдрому визначається психоемоційне напруження, що підкріплене страхом перед хірургічними втручаннями на обличчі. Відомо, що певний відбиток на виникнення, перебіг та вихід з хворювання є особистістю пацієнта. Так, вважають, що ускладнення частіше виникають в осіб з лівальною психікою, для яких характерна наявність певних емоцій, зокрема тривожності. Певний рівень тривожності — природна обов'язкова особливість діяльності особистості. Вирізняють особистісну

тривожність (стійка індивідуальна характеристика, котра вирождається людиною до тривоги) та ситуативну, бо реактивну тривожність (стан, що характеризується суб'єктивно переживаними емоціями). Вимірювання тривожності, як властивості особистості, ми вважаємо доцільним, тому що вони визначають поведінку суб'єкта. Методик, запропонованих Ч. Д. Спилбергером (Е. І. Рогов, 1996), дозволяє диференційно вимірювати тривожність і як особистісну якість, і як стан. Шкала «прояву тривожності» (Manifest Anxiety Scale, MAS), запропонована Дж. Тейлором в 1953 р., дозволяє розрізняти осіб

з хронічними реакціями тривоги (J. A. Taylor, 1953). Люди з тривожністю, як рисою характеру, знають більшого впливу емоційного стресу, ніж ті, у кого тривожність виник лише у небезпечних ситуаціях.

Ми обстежили 100 чоловіків у віці від 25 до 55 років з переломом кісток лицевого скелета (40 осіб), доброякісними пухлинними щелепно-лицевої локалізації (30 осіб) та сім'ю денітми різного генезу (30 осіб). Серед обстежених 15 (15%) мали вищу освіту, 17 (17%) – неповну вищу, 40 (40%) – середню спеціальну освіту та 28 (28%) середню освіту. Безробітні склали 32% (32 особи).

Рівні тривожності з Ч. Д. Спілбергером та Дж. Тейлор вимірювали відразу після госпіталізації у відділення щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського, ситуативної – до операції та 2 доби після операційного втручання.

Встановлено, що особистісна тривожність мала високий рівень у 27 осіб (27%), середній – у 55 (55%), низький – у 18 (18%). До проведення операційного втручання в усіх хворих визначився високий рівень ситуативної тривожності $55,3 \pm 0,1$. На другу добу спостереження показник ситуативної тривожності знизився дещо підвищеним ($47,1 \pm 0,2$). При обстеженні встановлено, що у хворих з високим рівнем особистісної тривожності та у 35 хворих з середнім рівнем особистісної три-

вожності (63,6%) місце коливання артеріального тиску в межах 10–15 мм рт. ст., пітливість обох долонь, зміни частоти пульсу, розлади сну та відсутність апетиту, періодичні кишково-шлункові розлади (пронісобо з крепи), що спонукало провести консультації у лікаря-невролога, який констатував наявність вегетативного неврозу. Ці ж пацієнти (62 особи) мали високий рівень тривожності ($37,50 \pm 0,5$) балів за шкалою Дж. Тейлора (41 особа – 66,1%) та середній – ($16,87 \pm 0,5$) балів (21 особа – 33,9%).

Ми не виявили кореляції між рівнем освіти та рівнем тривожності, серед соціально дезадаптованих 18 осіб мали високий рівень особистісної тривожності та 24 – високий рівень тривожності за шкалою Дж. Тейлора.

Усі пацієнти отримували фармакологічну допомогу згідно зі стандартами медичної допомоги. Однак в осіб з високим та середнім рівнем особистісної тривожності частіше виникли гнійно-запальні ускладнення (у 26% випадків).

Таким чином, пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності мали більший відсоток ускладнень, ніж з низьким. Наші спостереження переконливо доводять, що згідно з контингентом пацієнтів слід проводити корекцію стану особистісної тривожності для профілактики запальних ускладнень у післяопераційному періоді.

УДК 616-001/-009

©Х. Р. Погрничн, Р. З. Огоновський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Оцінка ефективності методів променевої діагностики при переломі суглобового відростка нижньої щелепи

Вступ. Променева діагностика є основним методом констатації травматичних переломів суглобового відростка нижньої щелепи (СВНЩ). Наявність у низці випадків виникають певні складності при її інтерпретації, що пов'язано з особливостями топографічної анатомії СВНЩ та складністю будови скронево-нижньощелепового суглоба (СНЩС), і може стати причиною помилки при постановці діагнозу. З пізньої діагностики пошко-

дження СВНЩ нерідко негативно впливає на перебіг лікування і може призвести до виникнення різноманітних ускладнень та деформацій. Насьогодні для діагностики переломів СВНЩ, окрім традиційних рентгенологічних методів, застосовують комп'ютерну томографію (КТ) та магніторезонансну томографію (МРТ).

Метою дослідження було оцінювання ефективності різних методів променевої діагностики

при трімтвичних переломах СВНЩтпошкодженнях СНЩС.

Метеріли і методи. Підншим спостереженням перебувало 65 хворих з трімтвичними переломами СВНЩ. Усімпцієнтам обстеження починили з виконаннястандртної рентгенографії— оглядової рентгенографіївпрямійтбокових проекціях, ортопнтомографіїтприцільних знімків СНЩС. Комп'ютерну томографію (КТ) проводили пізніше, коли нліз рентгенограм не дозволяв повністю виключити перелом, бо не д в досттньої інформції про його хрктер, тип зміщення улмків, і для подльшого вибору лікувальноїттики. МРТ проводили з потреби при склдних, множиннихтпереломах СВНЩзі зміщенням суглобової головки, ткож при підозрі нпошкодження структурних елементів СНЩС.

Результати досліджень т їх обговорення. Дігностикпереломів СВНЩн підствісмих рентгенограм впрямійтбоковій проекціях є дещо утрудненою, особливо при високих переломах СВНЩтпереломах суглобової головки. нліз ортопнтомограм не з вжди дозволяв підтвердити н явність перелому без зміщення. Н томість, КТ розширює можливості візу ліз цієї кісткових улмківтхрктеру їх зміщення, виявлення пошкодження суглобової головки, ткож н д є 3D-зображення ділянки тріми. Н ж ль, вк з ні методи висвітлюють лише стнкістковоїткнини і не д ють жодної інформції про м'якоткнинні компоненти СНЩС. Тому підствою для признчення МРТ були клінічні ознаки контузій СНЩС, щонзнімках проявлялись гемртрозом, зміщенням, з-

щемленнямтдеформцією суглобового диска, пошкодженнякпсулярно-зв'язковогопрту, особливо при зміщенні суглобових головок до середини тзмінконфігурціїкрилоподібних м'зів. Зглом визнчитись з дігнозомтпланом лікуваннян підствітрдиційних рентгенологічних досліджень вдалось лише у 15 (23,07%)пцієнтів, 27 (41,53%) хворих потребували проведення КТ, у 34 (52,30%)— необхідним було з стосування МРТ для повноцінної дігностики тлікування переломів СВНЩтпошкодженнях СНЩС.

Висновки. нліз результатів рентгенологічних досліджень свідчить про їх низьку інформтивність у більшості клінічних випадків, і є обґрунтуванням для признчення КТтМРТ. Зокрем, МРТ є н йціннішим методом дігностики переломів СВНЩтпошкодженнях СНЩС, оскільки дозволяє повноцінно оцінити стнкісткових фрментів СВНЩтм'якоткнинних елементів СНЩС т д є змогу комплексно підійти до лікування переломів СВНЩтпошкодженнях СНЩС.

Перспективи подльших досліджень. Перментне зростання кількості переломів СВНЩ, н слідком яких є пошкодження структурних елементів СНЩС, розвиток посттрімтвичних ртритівтртрозів, можн пов'язати з несвоєчсною бо недосттньою дігностикою, і відповідно хибно обрним методом лікування. Тому дослідження углузі променевої дігностики є особливо ктульними і перспективними. Особливу увагу слід приділити дослідженню стну м'якоткнинних елементів СНЩС при трімтвичних переломах СВНЩ, щоз порукою успішного лікування.

УДК 616-002-008.853-092.9:612.821.41

©О. Я. Мокрик, О. В. Шмлян

Львівський нціонльний медичний університет імені Дніла Глицького
Центр льннуково-досліднлборторія промислової токсикології

Вплив д л ргінунвмістгістміну у вогниці гострого зпленнятбольовуре кцію

Відкриття хімічної структури ендогенних опітів, щоволодіють морфіноподібною нль-

гезуючою дією: ендорфінів, динорфінів тенкефлінів привело до створення їх синте-

тичних н логів. Однією із т ких сполук, що ктивно з стосовується у клінічній пр ктиці при лікув нні післяпер ційного больового синдрому, є д л ргін. Одн к мех нізм його впливу н процес тр ндукції ноцицепції, зумовлений льтер цією тк нин, ще не до кінця вивчений. Мет д ної роботи — дослідити в умов х експерименту вплив д л ргін у н вміст гіст міну у вогнищі гострого з п лення т бо льову ре кцію.

Експеримент льні дослідження проведено н 90 безпородних щур х м сою 180–200 г. Модель гострого септичного з п лення відтворюв ли з допомогою субпл нт рного введення у з дню л пу гризунів 0,1 мл 1 % розчину к р геніну. Щурів поділили н три групи по 30 особин у кожній. Тв рин м першої піддослідної групи з 20 хв до відтворення з - п лення у хвостову вену вводили 0,04 мг/кг д л ргін у. У щурів другої піддослідної групи перед індукцією з п лення з стосов но не селективний блок тор опі тних рецепторів н - локсон — 2 мг/кг. У контрольній групі медик ментозн корекція з п льного процесу не проводил ся. По 10 тв рин із кожної групи виводили з експерименту через 30, 60 т 90 хв від поч тку з п льної ре кції. З допомогою онкометр вимірюв ли об'єм л пи, вир ховув ли його збільшення у відсотк х по відношенню до норми. Больовий поріг у кожної тв рини визн ч ли з методом Randall — Selitto (1957) шляхом поступової мех нічної компресії ур женої л пки до моменту її рефлекторного відсмикув ння т появи вок ліз ції. Вміст гіст міну в з п лених м'яких тк нин х визн ч ли флуоресцентним методом з допомогою спектрофлуориметр «Hitachi MPF -4»

(Японія). Ст тистичну обробку результ тів дослідження проводили з допомогою комп' ютерної прогр ми «Statistica7».

У контрольній групі тв рин м ксим льний н бряк виявили через 90 хв, приріст об'єму л пок ст новив (75,3±5,2) %, що супроводжу в лось їх зрост ючою гіпер лгезією. Прогресивно збільшув вся вміст гіст міну в ур же них тк нин х: із (0,27±0,09) мкг/г ст ном н 30 хв до (0,41±0,05) мкг/г до 90 хв. Н тлі з стосув ння д л ргін у тв рин першої піддослідної групи спостеріг ли г льмув ння розвитку з п лення. Приріст об'єму л пок до 90 хв ст новив (56,4±6,1) % (p<0,05). Больов ре кція у всіх вип дк х бул менш вир женою впродовж 60 хв й дещо зрост л до 90 хв. Вміст гіст міну у вогнищі з п лення н 30 хв дорівнюв в (0,15±0,06) мкг/г (p<0,01) і ст тистично достовірно різнився від т кого у контрольній групі до 90 хв — (0,29±0,08) мкг/г (p<0,05). Блокув ння під впливом н локсону опі тних стреслімітуючих мех нізмів зумовило появу вир женої ексуд тивної ре кції у ділянк х з - п лення. Вже через 60 хв об'єм л пок досяг (60,1±4,3) % й н д лі прогресивно збільшув в ся до (91,2±3,5) % у кінці експерименту. Це відбув лось н фоні різкого зниження больового порогу в тв рин упродовж досліду. Вміст гіст міну був т кож постійно високим: н 30 хв — (1,25±0,09) мкг/г, н 90 хв — (2,63±0,1) мкг/г (p<0,001).

Проведені експеримент льні дослідження виявили зд тність д л ргін у вплив ти н ексуд тивний процес при гострому з п ленні шляхом зменшення вмісту гіст міну в ур же них ділянк х. Це г льмує появу больового синдрому.

УДК 616.31-06:616.89-008.441.13]-085.322

©Н. І. П терег , В. В. Вин рчук—П терег

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького

Дослідження ефективності родіоли рожевої у лікув нні р н порожнини рот при н ркоз лежності

Зловжив ння н ркотичними преп р т ми є серйозною проблемою сьогодення. Лікув ння н ркоз лежних хворих, зокрем з п тологією щелепно-лищевої ділянки, є довготрив лим і не

з вжди ефективним. Комплексний підхід до ліку в ння п тологічних процесів ротової порожнини н тлі н ркоз лежності зумовлює пошук нових шляхів до вирішення д ної проблеми.

Мет роботи стало вивчити в експерименті вплив на процес згоєння ротової порожнини у неркоз лежних щурів мезевої композиції на основі екстрактів родіоли рожевої.

Експериментальні дослідження було проведено на 18 щурів лінії Wistar масою 80 г, яких поділили на 3 групи. Тварини з 2 груп відтворили експериментальну модель фізичної опіоїдної неркоз лежності із використанням препарату «Нібуфін» (методика О. Фітько, Є. Пальтов, Р. Онисько, 2012), 3 групи – контрольні. Через 6 тижнів від початку дослідження щурів мезевої композиції створили опікові рани нижньої губи. Тварини з 2 груп рани щоденно змізували мезевою композицією на основі екстрактів родіоли рожевої. На 3 день рани фотографували, на 5 і 7 день тварин з кожної групи виводили з дослідження шляхом передозування ефірного неркозу, фотографували, відбирали матеріал для гістологічного дослідження.

При гістологічному дослідженні тканин нижньої губи щурів із модельним процесом неркоз лежності було виявлено набряк стромы, в тому числі сальних і потових залоз, спотворення і обтурцію більшості волосяних фолікулів, зумовлене тривалим введенням неркотичного набгетика. Спостерігалися також зтоншення епітелію і помірна зпільна

інфільтрація у підепітеліальному шарі.

Візуально на 3 день рани щурів 1 групи були більші за площею, більш набряклі й покриті гнійним вмістом, ніж у тварин контролю.

У щурів з модельним процесом неркоз лежності при зістосуванні впродовж 7 днів мезевої родіолою рожевою (2 дослідні групи) відбувся повний епітелізація рани, у тварин 1 групи на 7 день рани нового процесу ще спостерігався дефект епітелію. Гістологічно на 7 день рани нового процесу в той час, коли у тварин 1 групи у підепітеліальному шарі спостерігалися вижені змішано-клітинні інфільтрації, то у тварин 2 групи лімфоїдна інфільтрація була помірною, у підепітеліальному шарі з'являлись вогнища молодої грануляційної тканини,

а також ровий плоский епітелій створював гіперплазуючим, що свідчило про згоєння.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження виявлено позитивний вплив процесу згоєння ротової порожнини у неркоз лежних щурів мезевої композиції на основі екстрактів родіоли рожевої, що спонукає до подальших клінічних досліджень способів місцевого згоєння неркоз лежності при лікуванні ушкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки у пацієнтів з неркоз лежності.

УДК 616.216.1-002 – 036.12-003.6 – 073.75

© Г. Гулюк, С. Д. Вржпетян

Інститут стоматології НАМН України

Рентгенологічні диференційні діагностичні чужорідних тіл гайморових пазух при хронічних одонтогенних гайморитах

Вступ. Врховуючи те, що зміни слизової оболонки верхньощелепного синуса безпосередньо залежать від часу перебування в його просвіті чужорідного тіла, тактичний обсяг хірургічного лікування – відхрестеру цих змін і природи тіла (Н. І. Збівін, 2008), то питання диференційної чужорідних тіл в просвіті синуса набувають особливої важливості.

Метою роботи стало виявлення та узгодження їх характерніших рентгенологічних ознак різних чужорідних тіл, виявлених у просвіті гайморових пазух.

Матеріали і методи. У результаті аналізу рентгенограм комп'ютерних томограм 36 пацієнтів з чужорідними тілами у гайморовій пазусі з подальшою інтраопераційною та гістологічною ідентифікацією ми визначили рентгенологічні ознаки, що найбільш характерно врховуються в діагностичні цих чужорідних тіл. Зістосовували метод Н. Р. Бухіної (1991), цифрову інформацію обробляли на ПК.

Прямі ознаки:

- 1) ознак форми і контурів чужорідного тіла;
- 2) ознак локалізації чужорідного тіла у гайморовій пазусі;

3) ознак рентгенологічної щільності чужорідного тіла (НУ);

4) ознак кількості чужорідних тіл;

5) характерні ознаки — це ознаки, що визначаються тільки у цього типу чужорідного тіла, наприклад ознак конструкції імплантату.

Непрямі ознаки:

6) ознак контуру чужорідного тіла з «причинним» зубом;

7) ознак «порожньої» ямки «причинного» зуба;

8) ознак порушення цілості дна ймовірної пазухи.

Висновки. 1. Виділення прямих та непрямих рентгенологічних ознак чужорідних тіл забезпечує найбільш точну верифікацію.

2. Рентгенологічна ідентифікація чужорідного тіла ймовірних пазух при хронічних одонтогенних гайморитах визначає точність формулювання діагнозу.

3. Визначення виду чужорідного тіла значною мірою визначає тактику передопераційного ведення пацієнта, та кож обсяг операційних втручань.

УДК 612.397 + 616.31-002-085]-001.5

© .Є. Демкович, Ю. І. Бондаренко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Порушення оксидативних процесів при експериментальному постекстракційному львеоліті та їх корекція тіотризоліном

Експерименти проводили на білих щурках масою 150–200 г в умовах вивільненого ритму ризику, збалансованому з основними елементами харчування. Тварин поділили на 3 групи: 1 — інтактні тварини (n = 10), 2 — тварини з експериментальним постекстракційним львеолітом (n = 6), 3 — тварини з експериментальним постекстракційним львеолітом, які отримували тіотризолін (n = 6). При дослідженні сироватки крові тварин з львеолітом виявлено підвищену активність вільнорадикальних процесів з утворенням активних форм кисню, порушення прооксидантної антиоксидантної системи. Так, в розпалі пального процесу (5 день) відмічалося різке підвищення активності ліпопероксидаз, свідченням чого було збільшення у сироватці крові вмісту ТБК-активних продуктів (у 3,19 раз; p < 0,01), дієнових (у 4,06 раз; p < 0,01) та трієнових кон'югатів (у 4,07 раз; p < 0,01), продуктів окисної модифікації білків (у 3,14 раз; p < 0,01), та NO₂-ніону (у 2,52 раз; p < 0,01) відповідно, порівняно з інтактними тваринами. Одночасно порушувалася антиоксидантна система, що проявлялось підвищенням

ферментивної активності супероксиддисмутаз (у 90,9%; p < 0,01, та 350,0%; p < 0,01, відповідно, порівняно з інтактними тваринами). Слід зауважити, що кож зниження показників неферментивного захисту — відновленого глутатіону. Вміст його в сироватці крові тварин з експериментальним львеолітом виявився у 2,15 раз (p < 0,01) меншим, ніж в інтактних тварин. Слід відмітити і зниження прооксидантної активності показників сироватки крові з львеолітом групи після корекції тіотризоліном. Показники ТБК-активних продуктів зменшилися на 32,99%; p < 0,01, дієнових кон'югатів на 58,49%; p < 0,01 та трієнових кон'югатів на 58,81%; p < 0,01, показників окисної модифікації білків на 49,38%; p < 0,01, та NO₂-ніону на 38,46%; p < 0,01 відповідно, порівняно з тваринами з постекстракційним львеолітом на 5 добу. Так, у сироватці крові тварин третьої групи істотно знижувалася активність ферментів антиоксидантної системи. Позитивний вплив тіотризоліну на перебіг пального процесу при експериментальному львеоліті можна підтвердити зниженням активності суперок-

сиддисмут зит к т л зи в сиров тці крові у 1,44 т 2,02 р з відповідно, вміст відновленого глут тіону підвищився в 1,57 р з порівняно з тв рин ми другої групи. Як свідч ть результ ти досліджень, з стосув ння преп -

р ту тіотри золіну (100 мг/кг м си тв рини) впродовж 5 діб, сприяє зниженню в крові продуктів ліпопероксид цієї підвищення ктивності системи нтиоксид нтного з хисту.

УДК 616.314.17.008.7-663.93

©Ю. Л. Б ндрівський, О. О. Ст х нськ

ДВНЗ «Тернопільський держ вний медичний університет імені І. Я. Горб чевського»

Дин мік порушення структурно-функціон льного ст ну кісткової тк нини у пр цівниць кондитерського виробництв , хворих н генер лізов ний п родонтит

Мет дослідження. У 300 пр цівниць кондитерського виробництв (КВ) (основн груп т 100 осіб групи порівняння, які не кон т ктув ли з нег тивними чинник ми д ного виробництв) з метою з'ясув ння ч стоти появи т вз емозумовленості структурно-функціон льних порушень кісткової тк нини т генер лізов ного п родонтиту (ГП) було проведено денситометричне дослідження проксим льної ділянки ліктьових кісток обох кінцівок біля шилоподібного відростк .

М тері ли і методи. З д ними ехоостеометрії, сум рну п тологію кісткової тк нини (остеопенія/остеопороз) у пр цівниць КВ основної групи виявлено у 78,3 % обстежених, що перевищує цей пок зник у групі порівняння в 1,9 р з (42 %). Р зом з тим, пок зник «норм » з фіксов ний в обстежених порівняльної групи у 2,7 р з більше, ніж н логічний пок зник в основній групі. Ймовірно, що трив лий конт кт з ксенобіотик ми КВ інтенсифікує остеопоротичні зміни в орг нізмі пр цюючих.

Для вст новлення вз емозв'язку між системними порушеннями кісткової тк нини скелет т ступеня ГП досліджув ли щільність кісткової тк нини нижньої щелепи з допомогою ехоостеометрії. Вивчення структурно-функціон льного ст ну кісткової тк нини (СФСКТ) провели у 96 робітниць КВ, хворих н ГП (основн груп т 51 особ групи порівняння з інт ктним п родонтом без сом тичної п тології).

Отрим ні д ні дозволили вст новити достовірну відмінність пок зників структурно-функціон льного ст ну кісткової тк нини нижньої щелепи у хворих н ГП з пок зник ми групи порівняння. Т к, зрост ння ч су проходження ехосигн лу н нижній щелепі ліворуч спостеріг лось: при ГП I ступеня у 1,2 р з , при ГП II ступеня – у 1,4 р з , при ГП III ступеня – у 1,4 р з від пок зник групи порівняння. Пр -воруч н логічні пок зники зрост ли при ГП I ступеня у 1,2 р з , при ГП II ступеня у 1,4 р з , при ГП III ступеня у 1,4 р з стосовно групи порівняння, у передній ділянці зрост ння було для ГП I ступеня у 1,2 р з , для ГП II ступеня – в 1,4 р з , для ГП III ступеня – у 1,4 р з від пок зник групи порівняння.

Порівняння пок зників ч су проходження ехосигн лу н нижній щелепі ліворуч з лежно від ступеня тяжкості ГП пок з ло, що зрост ння пок зників при ГП II ступеня було в 1,1 р з , при ГП III ступеня – в 1,2 р з при порівнянні з пок зником при ГП I ступеня.

Проходження ехосигн лу н нижній щелепі пр -воруч було більшим при ГП II ступеня – у 1,2 р з , при ГП III ступеня – у 1,2 р з ніж при ГП I ступеня.

У передній ділянці нижньої щелепи н логічні пок зники були при ГП II ступеня у 1,2 р з , при ГП III ступеня – у 1,2 р з порівняно з пок зник ми при ГП I ступеня.

Висновок. Отрим ні д ні свідч ть про процеси п зушного розсмоктув ння, що х р ктерно для втр ти кісткової тк нини. Отже,

остеопоротичні процеси були більш виражені при більш тяжкому перебігу ГП.

Налізуючи отримані дані, можна констатувати, що з реєстрів ніхоостеометрії нижньої щелепи явні остеопоротичні зміни в кістковому компоненті підодонту при ГП не

тільки порушень інших ділянок скелета (з результату ніхоостеометрії ліктьових кісток) вказують на загальний характер дистрофічно-деструктивного процесу, тобто комплекс загальних ендотекзоциніків, що створює погіршення перебігу ГП.

УДК 616.716.8-001.5-002-085

© О. О. Вітковський, С. В. Ткачук, В. В. Бедик, І. І. Дроник

Буковинський державний медичний університет

Лікування переломів нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами, із застосуванням дилататорів із нікелід-титану з ефектом пам'яті

Метою дослідження було перевірити ефективність лікування хворих з переломом нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами, шляхом введення в післяопераційну руну дилататорів із нікелід-титану з ефектом пам'яті.

Використовували ретрозширювач із нікелід-титану марки ТН-10. Дилататор мав форму корони і складається з 4–8 дротових повертлючих витків.

Виготовлення приладу з нікелід-титану марки ТН-10 дозволяє в охоложеному стані (0–5 °С) легко зменшити діаметр дилататора більш ніж в 20 раз. Це спрощує введення приладу в післяопераційну руну з зменшенням травматичності його встановлення. Під впливом температури м'яких тканин прилад поступово приймає свою початкову форму, сформовується в руні, виконуючи ділаторні функції.

Хворих із переломом нижньої щелепи, ускладненими гнійно-запальними процесами, зокрема бісцевими інфекціями щелепних м'яких тканин, було поділено на дві групи.

В основній групі (18 осіб) проводилося лікування із додатковим введенням дилататорів із нікелід-титану в післяопераційну руну, в контрольній групі (20 осіб) — лікування із використанням традиційних методів.

Для оцінки клінічної ефективності застосування ми вивчали наступні показники: зменшення набряку м'яких тканин (доб),

припинення виділення з руну (доб), розсмоктування інфільтрату (доб), перші ознаки грануляції та епітелізації руну (доб), рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі (доб).

Результати лікування хворих основної та контрольної груп були наступними: зникнення набряку в післяопераційній основній групі відбувалося за (3,7±0,3) днів, в післяопераційній контрольній — за (4,5±0,4). Припинення ексудату в післяопераційній основній групі спостерігалося за (4,8±0,4) днів, тоді як в контрольній — за (6,7±0,7). Розсмоктування інфільтрату: основна група — (5,3±0,4) днів, контрольна — (7,8±0,9). Перші ознаки грануляції та епітелізації руну у післяопераційній основній групі спостерігалися за (7,8±0,5) днів, тоді як у післяопераційній контрольній — за (8,6±0,8). Рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі: основна група — (14,2±0,9) днів, контрольна — (16,5±0,6).

Отримані результати клінічних досліджень свідчать про достовірну ефективність використання дилататорів із нікелід-титану в комплексному лікуванні гнійно-запальних процесів, які виникають внаслідок ускладнення переломів нижньої щелепи. Лікування післяопераційних дилататорним методом дає змогу попередити розвиток посттравматичного остеомієліту та нормалізувати процес регенерації кісткової тканини.

УДК 616.314-089.87:611.715.0118.4

©М. П. Продан, С. І. Трифуненко, Л. В. Кузняк

Буковинський державний медичний університет

Оптимізація репараційного остеогенезу після типового видення зубів із згустом тромбоцитної плазми

У поліклінічній стоматологічній практиці найпоширенішою операцією є саме видення зубів, тому актуальність даної проблеми пояснюється тенденцією до зростання кількості ускладнень, зокрема після типового видення зубів терміном з гоєння післяекстракційної рани. Дослідження останніх років довели, що природним м'яким лоскутом із специфічними властивостями і, зокрема, можливістю стимуляції процесів репарації, є згусток тромбоцитної плазми крові, як покриття поверхні твердих і м'яких тканин після хірургічних втручань.

Метою дослідження стало порівняння ефективності лікування хворих, котрим було проведено операцію типового видення зубів шляхом введення в післяекстракційну рану згустку тромбоцитної плазми (ЗТП) крові, як уrogenного джерела факторів росту.

У результаті центрифугування ЗТП містять тромбоцити в концентраті, що в 5 разів перевищує вихідну кількість, але цього не є достатньо, оскільки після проходження усіх етапів центрифугування тромбоцити мають злишитись неушкодженими для того, щоб перед згустом провести їх штучну коагуляцію з допомогою кальцієвотромбінового комплексу.

Для оцінки клінічної ефективності згустку в післяекстракційній рані пролікували 54 хворих із після-

екстракційними дефектами щелеп, яких поділили на дві групи.

В основній групі (28 осіб) проводилося лікування із додатковим введенням згустку тромбоцитної плазми у післяекстракційний дефект щелепи, в контрольній групі (26 осіб) – традиційне лікування без згустку ЗТП.

Клінічні показники, на основі яких ми оцінювали ефективність згустку ЗТП: зменшення болю в ділянці виденого зуба (доб), зменшення набряку м'яких тканин (доб), перші ознаки утворення кісткової тканини – оцінювали рентгенологічно (доб).

Отримані результати були наступними: зменшення болю в ділянці виденого зуба в основній групі відбулось на $(1,6 \pm 0,5)$ добу, в контрольній – $(3,2 \pm 0,5)$. Зменшення набряку м'яких тканин – основна група $7,2 \pm 0,95$, тоді як в контрольній – $9,2 \pm 0,42$. Перші ознаки утворення кісткової тканини – основна група $(12,1 \pm 1,0)$ доб, в контрольній – $16,4 \pm 1,1$.

На основі клінічних та рентгенологічних досліджень встановлено, що введення ЗТП в післяекстракційну кісткову рану прискорює репарацію кістки, попереджує виникнення післятравматичних ускладнень та прискорює терміни реабілітації хворих.

УДК 616.716.85-089.43

©Ю. О. Рошк , О. А. Кушнір, Я. В. Горицький

Буковинський державний медичний університет

Застосування кетивної проти львеолітної пов'язки на основі сорбентів при лікуванні львеолітів

Питання профілактики та лікування післяопераційних гнійно-запальних процесів з лишається актуальним для сучасної хірургічної стоматології. Актуальність даної проблеми пояснюється тенденцією до зростання кількості ускладнень після типового й нетипового виділення зубів зокрема, та терміном згоєння післяекстракційної рани. Одним з найефективніших післяопераційних ускладнень при виділенні зубів є львеоліт. Особливо вживання м'яких лікувальних гнійно-некротичних і некротичних львеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомиєлітом ямки. Серед лікарських засобів, що застосовуються при місцевому лікуванні післяекстракційних ран, предметом цього подальшого дослідження був препарат «Целоформ», що є біосумісним матеріалом, володіє не тільки достатнім сорбційним рівнем, але і дренажним ефектом, має виражену бактеріцидну, протипальну, знеболюючу, протинабрякову дію і створює в ямці оптимальні умови для кетивного перебігу репаративних процесів.

Даний сорбент, отриманий шляхом компресійного впливу на бавовняне волокно (хірургічне в'язання) до розмірів 20–50 мкм, являє собою напівпрозорі голки з дуже гострими косозрізаними кінцями. Такі голки мають хороше зчеплення з мембранними поверхнями клітин як мікроорганізмів, так і тканин людини, легко утримують не тільки воду, але й елементи крові й лімфи і саме зрештою цього добре фіксуються в ямці.

Хворих на львеоліт поділили на дві групи.

В основній групі (26 осіб) проводилося лікування із використанням проти львеолітної кетивної пов'язки препаратом «Целоформ», саме: ревзія, медикаментозна обробка комірки зуба та подальше введення в післяекстракційну рану сорбенту «Целоформ», в контрольній групі (24 осіб) – лікування тільки традиційними методами.

У всіх пацієнтів основної групи вже наступний день відмічалося зменшення болювого синдрому. При місцевому огляді було зниження запальних явищ, ямка була заповнена згустком з целоформу, просоченим тканинною рідиною. Потім відбувалося поступове зміщення целоформу грануляціями, починаючи з 5-ї доби, на 5–6-ту добу починалося епітелізація ямки.

У хворих контрольної групи біль із запальними явищами з тих пор тільки на 3–4 добу, очищення ямки відбувалося на 3–4 добу, появи перших грануляцій спостерігалося на 6–7 добу, початок епітелізації – на 8–9 добу.

При цьому терміни лікування хворих основної групи, порівняно з контрольною, знизилися в середньому на 3–4 дні.

Досвід застосування целоформу в якості місцевого засобу лікування львеоліту показує, що він є відносно недорогим, біосумісним матеріалом, володіє достатнім рівнем не тільки сорбційної, але і дренажної здатності, має виражену бактеріцидну, протипальну, знеболюючу, протинабрякову дію і створює в ямці оптимальні умови для кетивного перебігу репаративних процесів.

УДК 616.314-089.5-031.85

©Л. М. Герсим, . . Г л гдин , С. Ю. П ліс

Буковинський державний медичний університет

Місцеве знеболювання в хірургічній стоматології та щелепно-лицевій хірургії

Покращення якості лікування стоматологічних захворювань нероздільно пов'язане з вдосконаленням і впровадженням у клінічну практику нових засобів і методів знеболювання. Якісне знеболювання дозволяє стоматологу спокійно, не поспішаючи проводити необхідні втручання на високому технічному рівні, створює сприятливі умови для лікування, видалення зубів або їх протезування.

Для досягнення певного знеболювання м'яких тканин ЩЛД використовують препарати, які ефективно впливають на чотири компоненти больової реакції: сенсорний, емоційний, вегетативний та руховий. Формування цих компонентів відбувається при проходженні нервових імпульсів від тканин, які оперують, по нервових волокнах до ЦНС. Інтенсивність потоку нервових імпульсів по окремих групах нервових волокон і особливості функціонального стану ЦНС визначають як порівняльну величину окремих компонентів, так і больову реакцію в цілому.

Згадані нестетичні впливають на всі чотири компоненти больової реакції, діючи переважно на ЦНС і викликаючи гальмування свідомості, відчуттів і рефлексів. Але використання наркозу при лікуванні стоматологічних хвороб дещо обмежене з ряду причин: а) медичний ризик проведення наркозу перевищує ризик стоматологічного втручання; б) для проведення наркозу необхідні спеціальні підготовлений персонал, що значно

збільшують технічну складність і вартість стоматологічного втручання; в) для якісного лікування стоматологічних хвороб інколи необхідне збереження свідомості пацієнта.

Місцеве анестезія з її особливе місце в арсеналі анестезіологічних засобів. Її використання дозволяє досягти максимального ступеня гальмування всіх компонентів больової реакції. Так висока знеболююча ефективність дуже важлива для стоматології, оскільки тканини щелепно-лицевої ділянки мають високу щільність іннервації і внаслідок цього високу больову чутливість. Для досягнення блокування нервових волокон необхідно, щоб було створено депо розчину місцевого анестетика, здатного пригнічувати їх збудливість. Це зумовлено високою больовою чутливістю тканин щелепно-лицевої ділянки, як правило, невеликим простором втручання і необхідністю збереження свідомості при проведенні лікувальних процедур. Такі ж високі ефективність та відносна технічна простота виконання роблять цей анестезіологічний метод незамінним у стоматології. Саме тому збільшення ефективності місцевого знеболювання пов'язане з вирішенням питань технічного забезпечення сучасними інструментами і препаратами, так само впровадження способів місцевої анестезії, враховуючи індивідуальні анатомічні особливості. Але дотримання принципів етичної є першою умовою успішної діагностики та лікування стоматологічного хворого.

УДК 616.716.4-002.3-085

© Н. Б. Кузняк, С. І. Грифенко

Буковинський державний медичний університет

Клінічна ефективність зстосування ділізторів з сорбентом при лікуванні одонтогенних бсцесів підщелепової ділянки

Суть методу полягає у виділенні токсичних метаболітів мікробних клітин і бактеріальних токсинів із вмісту рани при прямому контакті з сорбентом.

Мета дослідження: вивчити ефективність лікування бсцесів підщелепової ділянки препаратом сорбційної дії «Лізетокс», створеним на основі сорбенту полісорбу.

Хворих бсцесив підщелепової ділянки поділили на 2 групи: основну і контрольну. В 1-й, основній, групі (26 осіб) проводили традиційне лікування, в 2-й, контрольній (28 осіб), змість перфорованих трубчастих дренажів зстосовували ділізтор із сорбентом. Після розкриття бсцесу в рану вводили ділізтор, виготовлений із негідратованої мембрани повністю пористою порошковою «Лізетокс». Після зв'язку рани, під час якої ділізтор змінювали на новий, проводили один раз на добу. У більшості хворих другої групи не виникла необхідність в призначенні згілого лікування.

Порошкоподібна композиція «Лізетокс» включає в якості основи полісорб (стандартизований лікувальний форм дисперсного кремнезему, ТФС 42-2148-92), трипсин кристалічний (ДФХ ст.703) або хімопсин, етоній (ФС 42-1599-87). Склад композиції: полісорбу – не менше 96%; трипсину – 1–2% (залежно від

ктивності ферменту); етонію – 1–2%.

Лізетокс має детоксикаційну, осмоларну (водопоглинаючу), протимікробну і протеолітичну ктивність. Досвід показує, що препарат для місцевого лікування гнійних ран в 1-й фазі нового процесу.

Результати клінічних спостережень свідчать, що в основній групі пацієнтів, котрі отримували традиційне лікування, більша інфільтрація тканин ділянки рани зменшилася на $(5,72 \pm 0,15)$ дня, у пацієнтів контрольної групи – на $(4,53 \pm 0,16)$. Збільшення контур нижньої щелепи і порушення когезії в основній групі – $(4,35 \pm 0,27)$, в контрольній – $(3,28 \pm 0,25)$ дня; повне очищення рани і поява грануляцій, основна група – $(4,42 \pm 0,12)$ дня, тоді як в контрольній – $3,64 \pm 0,14$. Більше у пацієнтів основної групи зменшився на $(3,46 \pm 0,12)$ дня, в пацієнтів контрольної – на $(2,38 \pm 0,15)$. Повне очищення рани і поява грануляцій спостерігалося на $(3,46 \pm 0,16)$ дня в пацієнтів основної групи, в пацієнтів контрольної – на $(2,52 \pm 0,18)$.

Проведені дослідження показують, що зстосування порошкової композиції «Лізетокс» при місцевому лікуванні бсцесів, має перевагу над традиційним лікуванням та якісно пришвидшує очищення рани та її загоєння.

УДК 611.216.2.013

© В. Б. Мбуляк, Н. Б. Кузняк, Б. Г. Мокрич

Буковинський державний медичний університет

Вікові зміни лобових пазух в онтогенезі людини

Вивчення розвитку, становлення топографічних форм і розмірів органів у різних вікових періодах є одним із провідних у підході до організму людини, ктими з якими є вивчення ембріології, анатомії, тератології, хірургії.

В останні роки хірургія (та інші клінічні спеціальності) все більше прагне чітко враховувати анатомо-фізіологічні особливості віку.

Поряд з хірургією дорослих і дітей виникає хірургія новонароджених, хірургія похилого

т ст речого віку. Суч сн клінік вим г е більш точних д них щодо індивіду льної н - томічної мінливості у постн т льному періоді розвитку. Тому велике зн чення м є вивчен- ня морфологічних особливостей і вз смовід- ношень суміжних орг нів у різні вікові періо- ди після н родження.

Вст новлено, що з ч ток лобових п зух впер- ше з'являється н 5-му місяці внутрішньоутроб- ного періоду розвитку ділянки середнього но- сового ходу у вигляді невеликої з глибини, як сліпо з кінчується. З ч ток лобової п зухи спрямов ний л тер льно і доверху. По пери- ферії його розт шов н хрящов к псул нос . З ч ток лобових п зух межує з хрящовою к п- сулою верхньої стінки носової порожнини. Вхід у п зуху обмежений г чкув тим відростком і решітч стим пухирем. Форм з ч тк лобових п зух н ближується до ов льної.

Проте рентгеногр фічно чіткі н томічні озн ки меж лобових п зух у плод 7-місяців відсутні. Рентгеногр фічно в передній проекції у 9-місячного плод простежуються острівці окостеніння в ділянці меді льних стінок очних ямок. Н йбільший їх інтенсивний розвиток відбув еться у 9–10-місячного плод .

У новон роджених лобові п зухи м ють виг- ляд щілини з врост ючою у неї слизовою обо-

лонкою у вигляді мішкув того випин ння. Ви- готовлення 3D-реконструкції голови дитини грудного віку пок з ло, що п зухи н йбільш вир жені у вертикальному н прямку. В дитя- чому віці п зухи уже межують із середніми комірк ми решітч стога л біринту.

Пневм тиз ція лобових п зух досить інте- сивно відбув еться в період першого дитин- ств і підлітковому віці. У віці 8–12 років ло- бові п зухи збільшуються в розмір х. У д ній віковій групі виявлен пр вобічн пневм ти- з ція. У підлітковому періоді розвитку вияв- ляється симетрія в їх будові. Більш пневм - тизов ні пр ві лобові п зухи. В юн цькому віці виявляється різном нітн форм і топог- р фічні вз смовідношення п зух з н вколиш- німи структур ми. Відзн ч еться їх в рі- нтність і мінливість, що не д є можливості зн йти н йбільш х р ктерні форми п зух. Н ч стіше зустріч ються п зухи ов льної і тригр нної форми. У людей зрілого віку пер- шого періоду лобові п зухи м ють ст більну будову. У зрілому віці другого періоду лобові п зухи м ють ст більну форму, в ряді вип дків почин ють проявлятися інволютивні зміни.

У похилому т ст речому віці н ст ють інво- лютивні зміни: трофуються слизов оболон- к і її з лози, стоншуються стінки п зух.

УДК 616.314-089+616-002.31+616-003.4

©С. Т. Г врильців

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького

Цитокіновий ст тус у хворих із різним типом з п льної ре кції при нгноєнні р диккулярних кіст нижньої щелепи

Відомо, що при гнійно-з п льних ур жен- нях щелеп, спричинених нгноєнням р дик- лярних кіст, у відповідь н б ктерійну інв зію відбув еться ктив ція неспецифічних ф к- торів з хисту орг нізму і з пуск імунологіч- них процесів (Г. П. Ничипорчук, 2007; О. М. Гендугов , 2011). У них беруть уч сть не лише імунокомпетентні клітини, ле і ціл низк біологічно ктивних речовин, у тому числі й цитокінів. Ді гностик цитокінового ст тусу у хворих д є можливість об'єктивно оцінити х р ктер перебігу одонтогенних гнійно-з - п льних процесів, м є в жливе прогностичне

зн чення (. В. М льшев , 2006; Н. А. Уд ль- цов , 2007; Г. Д. хмедов, 2012). Мет дослід- ження: вивчити цитокіновий ст тус у хворих із нгноєними р диккулярними кіст ми щелеп з лежно від типу перебігу з п льної ре кції.

М тері ли і методи. Об'єктом клінічних спостережень ст ли 30 хворих віком від 20 до 55 років із нгноєними р диккулярними кіст - ми нижньої щелепи. Тип перебігу гострої з - п льної ре кції виявляли н основі д них клінічної симптом тикит деяких пок зників з п льної ре кції у крові. Для оцінки імуноре- ктивності орг нізму обстежув них визн ч -

ли у крові рівень прозапальних цитокінів: інтерлейкіну-1 β (IL-1 β), фактор некрозу пухлин – α (TNF- α) та протизапального – інтерлейкіну-10 (IL-10) в динаміці з хворювання. Підрунок цитокінів у сироватці крові визначили імуноферментним методом з допомогою реагентів фірми «Bachem – Peninsula». Хірургічне лікування хворих рідкопарних кіст включало: виділення зокрема з ними «причинних» зубів, періостотомію, дренаж у вигляді лізрозчиним антисептиків гнійних вогнищ. У післяопераційному періоді всім хворим проводили згальну антибіотикотерапію (внутрішньом'язово лінкоміцин), десенсибілізуючу (внутрішньом'язово та вегі) і протизапальну (кетопрофен – per os) терапію. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з допомогою персонального комп'ютера і програми «Statistica-8».

Результати досліджень та їх обговорення. У 19 хворих із хронічними рідкопарними кістками нижньої щелепи спостерігалися гіперергічний перебіг з хворювання, який супроводжував підвищенням температури тіла до $(38,9 \pm 0,4)^\circ\text{C}$, значною інтоксикацією організму та вираженою місцевою запальною реакцією – поширенням запального інфільтрату м'яких тканин на дві та більше анатомічних ділянок, прилеглих до нижньої щелепи. Виявлено значне ($p < 0,01$) підвищення рівня IL-1 β до $(131,0 \pm 12,2)$ пг/мл і TNF- α до $(49,7 \pm 2,4)$ пг/мл, що корелювало з тяжкістю патологічного процесу. Їх концентрація у крові в перші три доби з хворювання була максимальною й надалі до 7 днів злишалася високою. Вміст IL-10 в усіх

хворих на цей час був суттєво знижений – $(11,3 \pm 1,8)$ пг/мл, що є проявом дисбалансу цитокінового статусу. Такі зміни імунологічних показників організму можна розглядати як прогностичну ознаку сповільненого переходу з хворювання у підгостру фазу перебігу з важкого періоду реконвалесценції (Е. В. Рюшин, 2012). У хворих нормалізація рівня IL-10 до 10 доби від початку з хворювання не відбулася. Концентрація прозапальних цитокінів поволі зменшувалася до норми лише на $(15,0 \pm 1,2)$ доби. У 11 хворих було виявлено нормергічний перебіг з хворювання, який супроводжував підвищенням температури тіла до $(37,8 \pm 0,4)^\circ\text{C}$, незначною інтоксикацією організму та поширенням запального інфільтрату м'яких тканин переважно на одну анатомічну ділянку, прилеглу до нижньої щелепи. Зростання у крові прозапальних цитокінів у гострий період з хворювання було помірним: IL-1 β до $(89,0 \pm 14,3)$ пг/мл; TNF- α – до $(35,2 \pm 3,6)$ пг/мл, рівень IL-10 статистично достовірно ($p < 0,05$) різнився від того у хворих із тяжким перебігом гнійного запалення – $(19,9 \pm 1,7)$ пг/мл. У процесі медикоментозного лікування до 10 доби спостереження виявлялись клінічні ознаки одужання тих пацієнтів.

Висновок. У пацієнтів із тяжким перебігом хронічних рідкопарних кіст нижньої щелепи відбуваються функціональні порушення імунної системи. З метою оптимізації лікування цього патологічного процесу необхідно проводити імунокорекцію тих хворих, зокрема шляхом збалансування цитокінового статусу.

© О. В. Ружицьк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Нітрооксидний статус у хворих із оронтральними сполученнями на фоні хронічних кіст рідкопарних гайморитів

Вступ. Лікування хронічного одонтогенного гаймориту є актуальною проблемою хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. Основним завданням комплексного консервативно-хірургічного лікування кіст рідкопарних форм цього з хворювання є виділення «причинного» зубу, ліквідація хронічного

запального процесу в гайморовій порожнині та створення оптимальних умов для загоєння післяекстракційної рани. Відомо, що при хронічних одонтогенних запальних процесах, натлі в'ялоперебігуючої інтоксикації в організмі відбуваються метаболічні зміни, в тому числі й димривні процеси перекисного

окиснення ліпідів (ПОЛ). У сучасній клінічній хірургічній практиці діagnosticі порушень ПОЛ приділяється значення.

Метою дослідження стало дослідити зміни перекисного окиснення ліпідів у хворих із хронічними одонтогенними катаральними гайморитами та особливості цих змін при виникненні післяекстракційних оронтральних сполучень.

Методи і методи. Під час спостереженням знаходилося 15 хворих із хронічними одонтогенними гайморитами, у яких після екстракції «причинних» зубів утворилися оронтральні сполучення. У всіх хворих з стосовувалися традиційні методи лікування. Верхньощелепову порожнину передпластичним криттям ретельно промивали 0,02% розчином фурициліну та післяопераційний період проводили ним антисептичну обробку порожнини рота. У всіх хворих перед початком лікування поряд із загальноклінічними обстеженнями оцінювали стан ПОЛ з вмістом у крові та слині вторинних продуктів вільнорадикального окиснення — малаоновидного діальдегіду (МД), який визначали з зміною інтенсивності збільшення з тіобітуровою кислотою на спектрофотометрі. Про стан системи антиоксидантної захисту організму судили за кативністю каталази (К) і церулоплазмину (ЦП) у сироватці крові та насиченістю з лізом трінісферину (ТФ). Крім рентгенологічного обстеження верхньощелепової порожнини для виявлення характеру

томорфологічних змін виконували їх ендоскопічну візуалізацію через оронтральне сполучення. Отримані дані обробляли статистично з допомогою комп'ютерної програми «Statistica-7».

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені нами дослідження показали, що у всіх хворих із хронічними одонтогенними катаральними гайморитами спостерігалися стійкі порушення процесу перекисного окиснення ліпідів. Після проведених місцевопластичних операцій у перші дні рівень МД у плазмі крові хворих збільшувався від 46 до 68%, в слині зроставав у 2–2,5 разів. Одночасно спостерігалося зниження загальної антиоксидантної кативності сироватки крові. У хворих, які отримували традиційне лікування, упродовж першого тижня показники МД і рівень антиоксидантної кативності не змінювалися. Впродовж наступного тижня процес нормалізації ПОЛ тривав із значним сповільненням.

Висновок. У хворих із хронічними одонтогенними гайморитами розвиваються стійкі порушення процесів перекисного окиснення ліпідів, які поглиблюються після операційного пластичного криття сполучення ротової порожнини із гайморовою порожниною внаслідок недостатньої тривалості терапії. З стосовання традиційних схем медикamentозної терапії не дозволяє швидко скорегувати антиоксидантний статус, що потребує пошуку нових підходів у вирішенні цієї проблеми.

©Р. С. Турчин, В. П. Пюрик, Г. Б. Проць

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
КЗ МОЗУ «Івано-Франківська обласна стоматологічна поліклініка»

Спосіб лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, із стосованням тунельної ревіскуляризації

Перебіг генералізованого пародонтиту (ГП) в осіб похилого віку характеризується переважно деструктивними процесами, збільшенням явищ клітинного пошкодження, зниженням остеогенної кативності, мікроциркуляції, прогресуючої тканинної гіпоксії, зниженою репаративною здатністю зв'язкового пародонтального зв'язку.

Проведено порівняльний аналіз ефективності лікування осіб похилого віку, хворих на ГП, під впливом базової терапії та способу поєднаного використання тунельної ревіскуляризації та кверцетину (патент 75253 від 26.11.2012р. «Спосіб проведення тунельної ревіскуляризації при лікуванні генералізованого пародонтиту в осіб похилого віку»).

Обстежено т проліков но 19 осіб віком 59–75 років без вир женої сом тичної п тології, хворих н ГП II–III ступенів тяжкості. Клінічне обстеження включ ло індексу оцінку ст ну тк нин п родонт до і після лікув ння. Курс б зового лікув ння скл д в у середньому 15 днів. П цієнтів поділили н 2 групи по 8 осіб в кожній. Критерієм для їх поділу були методики проведеної ім тер пії з приводу ГП. Обом груп м п цієнтів проводилося з г льноприйняте лікув ння, згідно із з твердженням МОЗУ протоколом н д ння медичної допомоги (МКХ к. 05.31). В 1-й групі, крім тр - диційного лікув ння, з стосовув л ся «тунельн рева скульяриз ція» з поєдн ним використ нням кверцетину перор льно. Опер ція «тунельної рева скульяриз ції» проводил сь під місцевим знеболуванням т поляг л в утворенні дугоподібних субперіост льних тунелів у ділянці між першими моляр ми відповідної щелепи. Метою проведення д ного втруч ння було створення умов для н пр вленого судинного росту в ур жені ділянки п родонт . Д ну опер цію проводили н п'ятий день б зового лікув ння. Кверцетин (гр нули по 2 г) призн ч вся в дозі 1 г тричі н добу протягом всього періоду лікув ння. Ст тистичн зн чимість зміни клінічних пок зників оцінюв л ся з критерієм М нн – Уїтні – Вілкоксон . Н 7 добу зменшув лися ск рги п цієнтів н

кровоточивість в обох груп х. Н 15-ту добу всі п цієнти відзн ч ли зменшення рухомості зубів і дискомфорту при жуваннях. Індекс Грін – Вермільйон (1 гр. у.о.: до лікув ння – $2,43 \pm 0,21$, після – $1,55 \pm 0,09$; 2 гр. у.о.: до – $2,24 \pm 0,28$, після – $1,65 \pm 0,20$). Індекс Мюлем - н (1 гр. у.о.: до – $0,76 \pm 0,10$, після – $1,35 \pm 0,07$; 2 гр. у.о.: до – $0,68 \pm 0,18$, після – $1,51 \pm 0,15$). Індекс Флез р (1 гр. у.о.: до – $1,72 \pm 0,16$, після – $1,51 \pm 0,15$; 2 гр. у.о.: до – $1,88 \pm 0,18$, після – $1,80 \pm 0,16$). Глибин п родонт льних кишень (1 гр. мм.: до – $4,93 \pm 0,32$, після – $3,46 \pm 0,27$; 2 гр. мм.: до – $4,98 \pm 0,11$, після – $4,44 \pm 0,13$). ПМ (1 гр. % : до – $47,62 \pm 5,46$, після – $41,87 \pm 5,10$; 2 гр. %: до – $49,25 \pm 5,32$, після – $45,62 \pm 4,66$), індекс Р ссел (1 гр. у.о.: до – $2,71 \pm 0,26$, після – $2,39 \pm 0,19$; 2 гр. у.о.: до – $2,76 \pm 0,39$, після – $2,59 \pm 0,39$).

У результаті з стосув ння «тунельної рева скульяриз ції» відбув еться ктивіз ція реп р - тивних процесів в ур жених тк нин х п родонт , як клінічно відобр ж еться в зменшенні рухомості зубів, позитивній індексній дин міці, зменшенні з п льних явищ в п родонті, ст біліз ції рентгенологічних змін.

З стосув ння кверцетину спр вяє нтиоксид нтний, мембр ност білізуючий, к піляропротекторний, протиз п льний, проостеокл стний ефектит вплив є н под льші процеси ремоделування ур женої кісткової тк нини.

УДК 616.314-089.843:546.82-022.532

© С. О. Чертов, І. В. Возн

З порізький держ вний медичний університет

Досвід з стосув ння дент льних імпл нт тів з н ноструктурного тит ну

кту льність. Н д ний момент при виробництві стом тологічних імпл нт тів високі х - р теристики тит ну з забезпечуються шляхом легування його різними елементами. Одн клебуючі елементи – люміній і в н дій роблять шкідливий вплив н кісткові тк нини. Експеримент льно доведено, що один з н йбільш корозійностійких тит нових спл вів Ti-6Al-4V н д є помірно токсичний вплив н остеобласти у зв'язку з н явністю люмінію і в н дію в біологічному середовищі

при функціонуванні імпл нт тів. Тому особливо кту льним є використ ння спл вів, що не містять з зн чених елементів, ле які володіють необхідною міцністю і корозійною стійкістю.

Метою дослідження ст ло клінічне обгрунтування з стосув ння стом тологічних імпл нт тів з н ноструктурного тит ну при ортопедичній ре біліз ції беззубих п цієнтів.

М тері ли і методи. Для викон ння пост вленої мети було проведено стом тологічне

лікувння 26 пцієнт м, які потребув ли відновлення зубів з допомогою імпл нт тів. Для ре біліт ції д них пцієнтів використовув лися стом тологічні імпл нт ти «ImpLife®» (Укр ін), вироблені н виробничому об'єдн нні ТОВ «Конмет» (Москв) з н півф брик тів н ноструктурного тит ну медичного призн чення, розробленого підприємством ТОВ «Н ноМет» при Н уково-дослідному інституті фізики перспективних м тері лів т Уфімському держ вному ві ційному технічному університеті.

Було вст новлено 64 стом тологічних однокомпонентних імпл нт ти системи SOLO ImpLife® ді метром 3,0 мм, 3,5 мм, 4,0 мм і довжиною 10 мм, 12 мм, 14 мм з одноет пною методикою з безпосереднім н в нт женням. Для отрим ння порівняльних результ тів використовув л сь груп з 30 пцієнтів з 83 однокомпонентними імпл нт т ми системи «Віт пл нт» (Укр ін) з тит ну м рки Ti-6Al-4V.

Результ ти досліджень т їх обговорення. Для контролю ефективності проведеного лікув ння використовув ли тр диційні методи обстеження (рентгеногр фія, огляд) т дод ткові – ступінь стійкості імпл нт тів оцінюв ли з допомогою ді гностичного приладу «Periotest» фірми «Siemens» в різні терміни після їх вст новлення. Оцінюв ли ступінь з п льної реакції і терміни з гоєння кісткової тк нини н вколо імпл нт т . Критеріями успішно викон ої імпл нт ції були: стійкість імпл нт т , відсутність резорбції кісткової тк нини в ділянці імпл нт т , відсутність болю і з п лення н вколо імпл нт т , висок функціон льн ефективність використ ння зубних протезів, що опир ються н імпл нт т.

Трирічні спостереження з імпл нт т ми з н нотит ну пок з ли певні перев ги використ ння н ноструктурного нелегов ного тит ну в якості м тері лу для стом тологічних імпл нт тів. 63 імпл нт ти з н нотит ну

м ли остеінтегр цію з щелепною кісткою – 98,4 % успішних результ тів (у контрольній групі відсоток вижив ння імпл нт тів протягом 3-х років скл в 94,5 %). Рентгенологічно приляг ння кісткової тк нини до поверхні імпл нт тів з н нотит ну було н якісно кр щому рівні, ніж у імпл нт тів контрольної групи, у 15 % яких спостеріг вся різний ступінь кр йової резорбції кістки н вколо шийки імпл нт т . Це, н н шу думку, свідчить про те, що н ноструктуров ння тит ну змінює морфологію т скл докисної плівки, зн чно збільшуючи протеїнову вз ємодію т под льшу дгезію клітин, що, у свою чергу, підвищує п р метри остеінтегр ції н ноструктурного тит ну в живому орг нізмі.

Тестн стійкість імпл нт тів т кожм в вищі пок зники в групі пцієнтів, яким були вст новлені імпл нт ти з н нотит ну.

Висновки. 1. Відсутність токсичного в н дію т люмінію в н ноструктурному тит ні зн чно знижує ризик ускл дненя, порівняно з іншими тит новими спл в ми, в яких д ні елементи містяться н віть в незн чній кількості.

2. Формув ння н ноструктури підвищує корозійну стійкість, порівняно із звич йним тит ном, що зн чною мірою покр щує зд тність стом тологічного імпл нт т функціонув ти в умов х рідкого середовищ порожнини рот .

3. Міцність н ноструктурного тит ну не поступ ється відповідному для спл вів з люмінієм і в н дієм при одноч сному зн чно вищому рівні пл стичності при вигин нні й крученні гвинтів, що вкр й в живо при використ нні двокомпонентних (розбірних) імпл нт тів.

Вищевк з ні перев ги н нотит ну відкрив ють перспективні можливості виготовлення стом тологічних імпл нт тів нового покоління.

УДК 616.314.22-089.87-02:616-089.28]-008.87

© Я. П. Н. Гірний, Р. В. Ощипко, А. В. Пясецьк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Вплив остеопластичного матеріалу «Колпол КП-3 ЛМ» на мікробну континенту оперційної рани після типового виділення нижніх третіх молярів

Вступ. Порожнини рота, як відкритий біотоп, на селені зростає великою кількістю мікроорганізмів — непатогенних, умовно-патогенних, іноді — патогенних. Від хронічності мікрофлори порожнини рота зростає мірою зростає ризик формування прогресуючих захворювань твердих тканин зубів, пародонтиту слизової оболонки. Відомо, що після проведення операції виділення зубів в роті формується відкритий новий поверхня, як континентує з вмістом рота. Операція виділення ретенційних третіх нижніх молярів відрізняється від звичайних виділень своєю складністю, великою операційною тривалістю, саме тому підвищується ймовірність розвитку різного роду ускладнень.

Метою роботи було вивчення впливу остеопластичного матеріалу «Колпол КП-3 ЛМ» на мікробну континенту операційної рани після типового виділення нижніх третіх молярів.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети хворих, яким була проведена операція типового виділення нижніх третіх молярів, поділено на дві групи. Хірургічне втручання в обох групах хворих проводилось під місцевою анестезією з відшаруванням слизово-окисного клаптя і остеотомією вестибулярної стінки щелепи в ділянці нижнього третього моляра з допомогою бормашини на малих обертах під водяним охолодженням. Після виділення зубів комірку ретельно вишкребали кюретажною ложкою, фрезою згладили гострі краї кісткової рани, рана рясно орошували слабким розчином антисептика і накладали зближучі шви кетгутон на слизову оболонку. Основну групу склали 15 хворих, яким після виділення нижніх третіх молярів кістковий дефект виповнювали синтетичними остеопластичним матеріалом у вигляді блоків «Колпол КП-3 ЛМ». Дані матеріал містить протимікробний препарат «Лінкоміцин» та протипротозойний і протимікробний

препарат «Метронідазол». В контрольну групу входили 12 хворих, у яких після операційного втручання кістковий дефект відновлювався під кров'яним згустком.

Бактеріологічне дослідження рани нового вмісту (ексудату) проводили на біологічній території мікробіологічних досліджень ТДМУ імені І. Я. Горбачевського. З матеріалу проводився до початку лікування, на 1-й, 3-й, 7-й день після втручання. Матеріал зростає, саме з ділянки вертикального розрізу, збиралася стерильною ватною паличкою, як помістили в стерильну пробірку із м'ясо-пептонним бульйоном; пробірку стерильно струшували 10–15 хв. Далі готували десятикратні розведення матеріалу, з сівали його на елективні живильні середовища і інкубували при температурі 37 °С. Для висівання еробних, фототрофно-еробних мікроорганізмів, мікроерофілів використовували м'ясо-пептонний ґрунт, кров'яний ґрунт, жовтково-сольовий ґрунт, середовище Ендо, лактозний ґрунт, біфідум ґрунт. Для виділення еробних бактерій — напіврідке тіогліколеве середовище, грибів — середовище Сабуро. Посіви проводили з методом секторів на щільні живильні середовища, що дозволяло змогу виявити максимумно можливий спектр еробної фототрофно-еробної мікрофлори і визначити ступінь мікробного обсіменіння.

Ідентифікацію виділених штамів проводили згідно з визначником бактерій Берджі. Всі числові результати підлягали статистичній обробці згідно з прийнятими методами.

Результати досліджень та їх обговорення. Дослідження мікрофлори після операційної рани після типового виділення нижніх третіх молярів доводить фактично континенту остаточної умовно-патогенною флорою, що може свідчити про етіологічну роль даного чинника у розвитку гнійних ускладнень (табл.).

Т блиця. Частота виявлення мікроорганізмів в екссудаті після операції

Вид мікроорганізмів	Частота виявлення, %	
	контрольна група	основна група
Streptococcus spp. з α -гемолізом	95,8	74,6
Streptococcus spp. з β -гемолізом	92,5	73,8
Neisseria spp.	98,5	90,5
S. epidermidis	46,3	17,5
S. haemolyticus	37,8	–
Bacteroides spp.	84,5	75,8
Corynebacterium spp.	48,3	18,5
Peptostreptococcus spp.	82,4	68,7
Micrococcus catharalis	33,3	13,5
Veilonella spp.	76,2	54,9
Candida spp.	24,8	–
Fusobacterium spp.	76,4	54,9

Порівняльні характеристики мікробного пейзажу ротової порожнини у хворих із виповненням кісткового дефекту остеопластикою терілому «Колпол КП-3 ЛМ» свідчать про зменшення кількості в них β - та α -гемолітичних стрептококів, умовно-патогенних грамнегативних бактерій. Ці результати можна пояснити антибіотичними властивостями остеопластики терілому, що містить лінкоміцин і метронідазол, оскільки дії антибіотиків миксимально активні стосовно грамнегативної бактеріальної флори. З іншого боку, зберігється достатня

кількість сапрофітних мікроорганізмів ротової порожнини, які виконують свою імунологічну функцію шляхом колонізації ротової порожнини ційною резистентності.

Висновок. Застосування остеопластики терілому «Колпол КП-3 ЛМ» для виповнення кісткового дефекту після типового видавлення нижніх третіх молярів сприяє швидкій санації нової поверхні, якісній нормалізації мікрофлори ротової порожнини, елімінації умовно-патогенних представників кокової флори, що потенційно можуть бути збудниками гнійних ускладнень.

© О. Й. Комриця

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вивчення сорбції та десорбції хлоргексидину дгезивно-активним полімером

При різноманітних хірургічних втручаннях у ротовій порожнині, при місцевому лікуванні слизової оболонки порожнини рота, для попередження ускладнень встановлюється контакт із лікарською формою. Класичне лікування ускладнюються не тільки підтримки відповідної концентрації діючих речовин при умов хронічного застосування. Традиційне введення лікарських засобів не дозволяє цілеспрямовано доставити лікарські речовини до ротової порожнини, пролонгувати дію лікарського середника та досягнути бажаного терапевтичного ефекту.

Нові вирішення цих проблем уможливує перспективний напрям, що нині інтенсивно розвивається шляхом синтезу нових полімерів та мінерально-полімерних композитів – біомедичного терілому. Сьогодні синтетичні гідрогелі широко досліджуються та впроваджуються у щелепно-лицевій хірургії, оториноларингології, офтальмології, травматології та ортопедії.

Характерною особливістю просторовозшитах полімерних гідрогелів є властивість дозволити вбирати в себе воду та інші полярні рідини з подальшим виділенням речовин сорбованих

ного медик менту під дією змін зовнішнього середовища (рН, температури), що можна з успіхом використовувати при потребі локального стосування. Особливо позитивною стороною того типу лікарської форми є можливість створення підтримання стільної концентрації лікарського середника при місцевому стосуванні протягом довшого терміну. Гідрогелеві пластини перспективні також для виготовлення різних пластинок, у тому числі стоматологічних, завдяки медикментозній активності пролонгованої дії і з кономірному вивільненню лікарських речовин.

Використання антисептиків після хірургічних маніпуляцій забезпечує легший перебіг післяопераційного періоду, зменшення кількості ускладнень, уряді випадків знижує потребу в системній антибіотикотерапії. Нині, оптимальним вибором антисептика у хірургії, акушерстві та гінекології, урології, венерології та стоматології вважається хлоргексидин біглюкон.

Для подальшого використання у клінічній практиці, метою наших досліджень було вивчення сорбції та десорбції 0,05 % хлоргексидину дгезивно-активним полімером. Робот виконано на спектрофотометрі «Specord M-40» (Німеччина).

Для вивчення сорбції (поглинання) попередньо підготовлений (оброблений) гідргель із заданою концентрацією помістили у хімічну посудину і покрили 0,05 % розчином хлоргексидину. Далі, через певні проміжки часу, вимірювали методом спектрофотометрії поглинання медикменту. Встановлено, що для повного насичення дгезивно-активного полімеру лікарським середником достатньо 9–10 год при нормальних умовах.

На другому етапі ми проводили дослідження десорбції (вивільнення) лікарського середника. Для цього полімер залили 5 мл дистильованої води. Кожну годину проводили змивання, одержані розчини вивчали на кількісний вміст хлоргексидину методом спектрофотометрії в ультрафіолетовій ділянці спектра. Дослідження десорбції проводили при температурі, близькій до тіла людини, – 37 °С. Встановлено, що починаючи із другої години, процес вивільняється рівномірно та стільно.

На основі представленої дослідження можна зробити **висновок**, що комбінація 0,05 % хлоргексидину із дгезивно-активним полімером може ефективно використовуватися для створення лікарської форми пролонгованої дії та в подальшому могла б випробуватися клінічно.

УДК 616.314-089.843-06-038

© Р. Р. Павличко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Фактори ризику виникнення ускладнень в дентальній імплантації

Вступ. Пацієнти групи ризику – це пацієнти, в яких з стосуванням надружованого підходу не дозволяє отримати оптимального результату лікування. Нинішньому етапі розвитку стоматології пріоритетним методом зміщення дефектів зубного ряду та у випадках повної відсутності зубів при ортопедичній реабілітації стоматологічних хворих є методика дентальної імплантації. Чому імплантати? Імплантати збільшують можливості стоматолога при відновленні дефектів зубних рядів і мають цілий ряд переваг перед традиційним протезуванням. Успішність реабілітації тих

пацієнтів залежить від ряду факторів, які не явні на кожному етапі проведення імплантації.

Метою цього дослідження було на основі даних огляду літератури проаналізувати роль факторів ризику виникнення помилок та ускладнень під час проведення стоматологічної імплантації на кожному етапі, провести їх стратифікацію.

Матеріали і методи. Ресурси українського національно-дослідницького центру в галузі медицини М. Угрин, медичні Інтернет-ресурси (PubMed, Cochrane), вітчизняні видання періодики.

Результати досліджень та їх обговорення. Основні фактори ризику, від яких залежить остеоінтеграція: фактори, що залежать від імплантату: матеріал, форма, поверхня; фактори, що залежать від лікаря: підготовка кісткового ложа для імплантату, хірургічний протокол, протокол протезування. Внаслідок метаболізму отримані стратифікації факторів ризику: згальнені — виявляються при: зовнішньоротовому дослідженні, рентгенологічному і періодонтологічному; косметичні фактори ризику: стан ясен, ясенних сосочків, форма сусідніх зубів, величина резорбції кістки, лінія посмішки; фактори ризику зі сторони пацієнта: стан гігієни, зазначені естетичні очікування; біомеханічні фактори ризику: геометричні, оклюзійні взаємовідношення щелеп, співвідношення імплантату — кістки; технологічні фактори ризику: виготовлення, припсування ортопедичної конструкції. За терміном: ранні (відсутність первинної стабільності, хірургічні травми, інфекційний процес), пізні (оклюзійне перевантаження, перимплантатит). Окремі групи — чинники ризику стану здоров'я перед проведенням імплантації, що підвищують свою роль при збільшенні

віку: порушення метаболізму кісткової тканини — остеопенія та остеопороз; цукровий діабет, неконтрольований перебіг; серцево-судинні хвороби — гіпертонічні хвороби, стенокардія. Вживання форм колоїдних препаратів для лікування системних хвороб негативно впливає на стоматологічний стан (викликє сухість в порожнині рота, розростання ясен), що кожне підвищує ризик розвитку поліпрофітації при призначенні лікарських засобів стоматологом. Кількість факторів ризику збільшується з віком.

Висновки. Проведений аналіз показує, що найбільш частими причинами неуспішності імплантації можуть бути: відсутність первинної стабільності, невраховування принципів біомеханіки, особливостей оклюзії, недекватне проведення остеорегенерації та угментування, що, у свою чергу, призведе до суттєвого погіршення результату процесу лікування. Виявлення і аналіз причин дозволить вдосконалити методики дентальної імплантації, що в цілому підвищить ефективність імплантологічного лікування. 95% успіху при усуненні 5% факторів ризику і невдачі відповідно сумарно успіху в 99,5%.

УДК 616.31-002.9+616.995.1-085

©Н. С. Готор, Р. М. Рубіс

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»
Приватний стоматологічний кабінет, м.Тернопіль

Вплив флуореніду на лямблії ротової порожнини

Вступ. Наразі найбільш поширеним залишається пошук ефективних засобів лікування лямблеоліту, саме препарат місцевої дії. Застосування ефективних лікарських засобів, які покращують умови загоєння післяекстракційної рани, є актуально. Вивчено можливість застосування лікарського засобу «Флупетсоль» для профілактики та лікування лямблеоліту основою якого є флуоренід.

Інтерес до заходження лямблій у ротовій порожнині набуває особливого значення як у формі розширення сфери діяльності паразитної інвазії, так і розуміння епідеміології грипу, отже, розроблення дієвих методів лікування та профілактики.

Улабораторній паразитологічній практиці

де найбільш ширшого використання набуває метод поляризованої флуоресценції. Не менш цікавий інтерес при цьому викликає питання впливу на збудників лямблеоліту препаратів з рідкокристалічними властивостями, зокрема флуореніду.

Метою дослідження стало дослідити вплив флуореніду на лямблії ротової порожнини методом цитолоюмінісцентного аналізу у хворих на лямблеоліт із супутнім лямблеозом.

Матеріали і методи. Обстежено 25 хворих на лямблеоліт із супутнім лямблеозом, які лікувалися із використанням флупетсолу.

Хворим на лямблеоліт із супутнім лямблеозом проводили зіскрібок із слизової оболонки язика з подальшою обробкою зразком матеріалу 1,0% розчином «Флупетсоль» на предметному

склі, т кож досліджує ли зміш ну слину, н явність преп р ту «Флупетс ль» у слиніт його дію н лямблій, проводили дослідження *in vitro*. Методом цитолоюмінесцентного н лізу вивч лидин міку біоенергетичних процесів лямблій.

Вр хув ли фізико-хімічну ктивність підібр ного преп р тудя лікув льно-профіл ктично го процесу. Т ким преп р том виявився «Флу ренізид» (основн скл дов композиції флупетс ль) у концентр ції 1,0 % розчину.

Результ ти досліджень т їх обговорення. Особливий інтерес до флуоренізиду був викли к ний н лежністю його до сполук із рідкокри ст лічними вл стивостями. Крист лічн струк тур сполуки з р хунок високої оптичної ктивності її молекул м є х р ктерну к ртину в

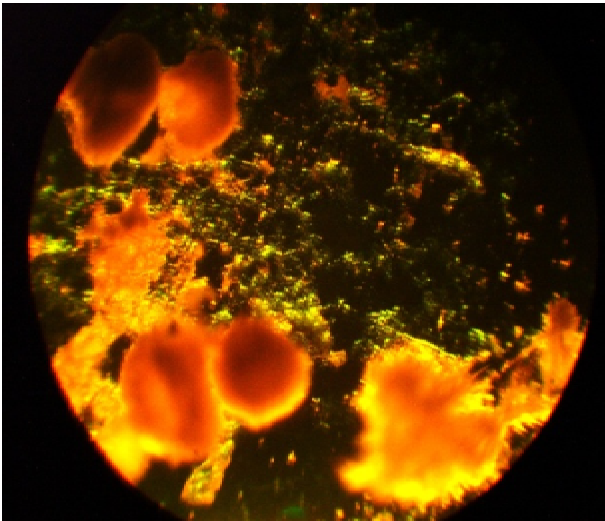


Рис. 1. В з ємодія крист лів флуоренізиду розчину «Флупетс ль» з лямбліями ротової порожнини. Поляриз ційн флуоресценція. ЛЮМ М8-М3; об. × 10; ок. × 7.

Ця в з ємодія вир ж єтьєя фр гмент цією тіл п р зитів під впливом флупетс лю, осл б ленням світіння окремих фр гментів тіл п р зитів т їх лізосом (рис. 2).

У серії дослідів *in vitro* було вст новлено, що мікрокрист ли флуоренізиду індукують струк тур льні зміни клітин лямблій. Цитолітичний ефект відносно клітин п р зитів до флупетс лю чітко проявлявся при розведеннях 1,0 % б зового розчину від 1:100 до 1:800.

Висновки. 1. Флуоренізид як структур з рідкокрист лічними вл стивостями сприяє підвищенню точності мікроскопічного н лі-

поляризов ному світлі (голч сті форми), моле кули якого зд тні специфічно змінює ти рідкокрист лічні вл стивості структурних компонентів одноклітинних п р зитів.

Проведені н ми дослідження пок з ли, що з вдяки вд лому поєдн нню інгредієнтів позитивними озн к ми лік рської композиції «Флу петс ль» є н явність пенетруючих вл стивостей.

У мікропреп р ті зіскрібк із слизової обо лонки рот методом поляризов ної флуоресценції н ми були виявлені цисти лямблій.

Із вр хув нням зд тності крист лів флу ре нізиду до флуоресценції у поляризов ному світлі в з ємодія виділених із ротової порож нини клітин п р зитів із преп р том «Флупетс ль» ст є особливо вир зною (рис. 1, 2).

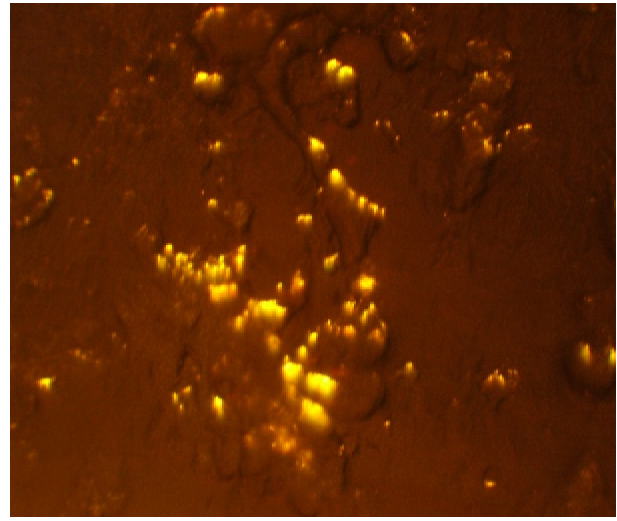


Рис. 2. Поляризов н флуоресценція лямблій у слині після ополіскув ння порожнини рот «Флупетс ль». ЛЮМ М8-М3; об. × 10; ок. × 7.

зу м тері лу з ротової порожнини у хворих н львеоліт н явність лямбліозної інв зії.

2. Флуоренізид володіє цитолітичною дією (при розведеннях 1:100 до 1:800) н лямблій з ротової порожнини у хворих н львеоліт із супутнім лямбліозом.

3. З стосув ння композиції н основі флу ренізиду – флупетс ль рекомендов но вико ристовув ти у хворих н львеоліт з н явні стю лямбліозної інв зії.

Перспективи под льших досліджень. При лікув нні львеоліту доцільно зверт ти ув гу н інші п р зити.

УДК 616.314-77 + 616.314.18-002.4

© Г. Б. Проць, В. П. Пюрик, Т. З. Яців, У. І. Вінтоняк, Т. А. Млендевич,
. П. Івсів

Івано-Франківський національний медичний університет

Ефективність дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит

Основним постулатом пародонтологічного лікування є усунення факторів, що впливають на пародонт, створення умов для нормалізації його властивостей. Оптимальним для ортопедичного лікування визначуються конструкції з достатковими опорними внутрішньокістковими імплантами. В результаті перерозподілу навантаження на зуби та імпланти зменшується, бо й усувається, оклюзійний тиск на пародонт, трофія беззубої ділянки щелепи під дією функціональних перевантажень сповільнюється в 2–3 рази.

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит при частковій відсутності зубів шляхом включення в комплекс лікування таких ходів методу дентальної імплантації.

Матеріали і методи. Ми провели обстеження 240 пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом легкого, середнього і важкого ступенів з частковою відсутністю зубів, яким в подальшому було проведено комплексне пародонтологічне лікування з використанням методів дентальної імплантації. Дослідження проводилося на базі стоматологічного відділення ОКЛ м. Івано-Франківськ з 1995–2012 рр.

Проведено постановку 340 імплантів із титану типу «U-impl», Entegr (Innova, Канада), з них 196 імплантів на нижній щелепі, 71 імплант на верхній щелепі, 73 імпланти встановлено одночасно на верхній і нижній щелепі. Імпланти встановлювалися з двоетапною методикою з приводу включених дефектів – 125 хворим (55,8%), кінцевих – 85 хворим (37,9%), комбінованих – 14 пацієнтам (6,3%).

Для об'єктивної оцінки стану пародонту використовували пробу Шіллер – Пісрев, індекс гігієни Грін – Вермільйон, індекс кровоточивості Мюлемана, індекс Рамфайорда, визначили число Сврьков.

Проводили рентгенологічні методи дослідження стану кісточки пародонту (ортопантомограму, прицільні рентгенограми).

Зниження мінеральної щільності кісткової тканини оцінювали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії та денситометрії «Chelenger» (ДМС-Франція). Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили, визначуючи маркери метаболізму кісткової тканини, які регулюють швидше порівняно з денситометрією. Найбільш специфічним маркером кісткового формування є остеокальцин, рівень циркуляції якого відображає швидкість утворення кістки. Високочутливим і специфічним маркером резорбції є діоксипіридинолін, високий рівень якого в сечі вказує на підвищену резорбцію кісткової тканини.

Подальше результати обстеження 240 хворих з різним ступенем тяжкості генералізованого пародонтиту, яким проводилося хірургічне втручання на кісточки пародонту з використанням дентальних імплантів. Хірургічні втручання на кісточки пародонту виконували з використанням вестибулопластики з Єрохіною, френулопластики з Лімбергом, з пропонуваною миклоптевої оперції із застосуванням остеогенного препарату утворення кісткового мозку. Дентальні імпланти ставилися з загальноприйнятим протоколом. Хворим проводилося поетапне пародонтологічне втручання з наступною дентальною імплантацією та хірургічні втручання на кісточки пародонту і дентальні імпланти ставилися в один етап.

Отримані результати дослідження маркерів резорбції і формування кісткової тканини дозволили цілеспрямовано призначити хворим, в яких були сповільнені процеси кісткоутворення, препарат, який стимулює новоутворення кістки – «Остеогенон» по 1 тбл. 2 рази на день, тривалість лікування 3 місяці. Хворим, в яких підвищене розсмоктування кісткової тканини, призначили тирезорбенти – «Кальцій-Д₃-Нікомед» по 1 тбл. 2 рази на день 3 місяці.

Висновок. Н суч сному ет пі у вип дку необхідності проведення дент льної імпл нт ції у хворих н генер лізов ний п родонтит вв ж ємо з доцільне проводити одномоментне викон ння хірургічного втруч ння н тк нин х п родонт і дент льної імпл нт ції у хворих легкого ступеня тяжкості, що в 1,5 –

2 р зи скоротить трив лість лікув ння без зниження його якості. У хворих н генер лізов ний п родонтит середнього т тяжкого ступенів рекомендуємо проведення п родонтологічних втруч нь з н ступною дент льною імпл нт цією для з побіг ння післяопер ційним ускл денням і втр ті імпл нтів.

УДК 616.716.4-732.7-001.5-073.97

© **В. В. П нькевич¹, І. М. Готь¹, .Р. Кучер^{1,2}**

Львівський н ціон льний медичний університет імені Д нил Г лицького¹
Центр ультр звукової ді гностики «Ультр мед», м. Львів²

Визн чення ступеня післятр вм тичної контр ктури жув льних м'язів у хворих з перелом ми суглобового п ростк т кут нижньої щелепи методом ультр соногр фії

Вступ. В суч сній клінічній медицині широко використовується метод ультр соногр фії (УСГ). До перев г УСГ відносять перш з все високу інформ тивність, відсутність променевого н в нт ження н орг нізм, простоту викон ння, можливість використ ння методу обстеження для моніторингу п цієнтів у процесі лікув ння, т кож одномоментного дослідження усіх структур щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД).

Незв ж ючи н доведену ді гностичну цінність УСГ в обстеженні ЩЛД, цей метод використовується недост тньо при дослідженні ст ну жув льних м'язів у хворих із післятр вм тичними контр ктури ми.

Метою дослідження ст ло визн чити інформ тивність методу УСГ при ді гностиці ступеня післятр вм тичної контр ктури жув льних м'язів.

М тері ли і методи. Ми провели УСГ у 19 п цієнт м (13 чоловіків т 6 жінок) із клінічними озна к ми післятр вм тичної контр ктури ЖМ. Вік хворих скл д в 18 – 50 років, вони не м ли супутніх з хворюв нь. П цієнтів госпіт лізов но у клініку щелепно-лицевої хірургії (ЩЛХ) у перші 3 дні від моменту отрим ння тр вми. Виявлено 6 вип дків двосторонніх переломів нижньої щелепи (НЩ) в мент льній ділянці т ділянці кут , 3 вип дки одностороннього перелому в ділянці суглобового п ростк НЩ, 6 вип дків одностороннього перелому

кут НЩ, 4 вип дки двосторонніх переломів у ділянці суглобового п ростк т кут НЩ.

Після госпіт ліз ції т проведення відповідних обстежень 10 хворим бул здійснен репозиція т фікс ція відл мків НЩ з допомогою бім ксилярних шин, 9 хворим викон но опер цію остеосинтезу фр гментів НЩ з допомогою тит нових міні-пл стин із гвинт ми під з г льним знеболенням.

Спосіб здійснюється н ступним чином: хворого с дять поряд з ультр звуковим н ліз тором «Logiq E», лік р, що проводить ді гностику, зн ходиться н впроти. Обстеження проводиться з допомогою лінійного тр нсдюсер з ч стотою 7,5 – 10 мГц т силою звуку 40 – 60 Дб, який вст новлюють в проекції ЖМ т ким чином, щоб сектор ск нув ння розт шовув вся п р льно ходу м'язових волокон. В процесі дослідження н лізують структуру ЖМ, н явність п тологічних включень. Н першому ет пі в проекції середньої третини ЖМ вст новлюють д тчик, визн ч ють поч ткову товщину ЖМ. Н другому ет пі проводять вимірюв ння товщини м'язів при м ксим льному їх скороченні (просять хворого м ксим льно зімкнути зуби), причому обидв пок зники визн ч ють з двох сторін. В под льшому визн ч ють відсоток потовщення м'язів з формулою: $((B -)/B) \times 100 \%$, де – поч тков товщин м'яз , B – товщин м'яз

при м'якому скороченні. З даними літератури, у здорових осіб відсоток потовщення ЖМ складає більше 25%, після тривалого контртур дігностується при зникненні менш ніж 25%.

Результати досліджень та їх обговорення. Після зняття біомасляних шин (на 21 добу) у всіх хворих виявились клінічні ознаки після тривалого контртуру ЖМ. З даними УЗГ у 13 пацієнтів було підтверджено двосторонній характер після тривалого контртуру, у 6 пацієнтів дігностовано причину після тривалого контртуру лише в одному жувальному м'язі.

Приклад 1.

Хворий М., після проведення операції остеосинтезу фрагментів НЩ з приводу тривалого проросту НЩ із зміщенням фрагментів, на початку післяопераційного періоду відмітив утруднене та болісне відкриття рота до 1 см. Проведено УЗГ ЖМ з метою вище методикою. Визначено потовщення ЖМ в

спокій зліва – 9,6 мм, справа – 11,3 мм; при м'якому скороченні м'язів: зліва – 12,1 мм, справа – 11,9 мм. З формулою: $((B - A) / B) \times 100\%$ визначено: зліва – відсоток потовщення ЖМ – 20,6%, справа – 5,04%. Висновок: УЗГ – ознаки вираженої контртуру справа та незначної зліва.

Висновки. 1. При застосуванні методу УЗГ з низьким рівнем вираженості отриманих результатів з допомогою спеціальної формули ми отримали об'єктивний, швидкий спосіб дігностики після тривалого контртуру ЖМ, який дозволяє встановити ступінь пошкодження та локалізацію м'язу ротової порожнини патологічним процесом.

2. Отримані дані із визначення ступеня після тривалого контртуру ЖМ методом УЗГ свідчать про кореляцію методу з даними клінічних обстежень.

3. Метод УЗГ може бути використаний з метою спостереження за хворими в процесі лікування тривалої щелепно-лицьової травми.

УДК 616.71-089.844-003.93-092.9

© П. П. Лій

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Оцінка регенерації кісткової тканини після остеопластики в умовах експерименту

Вступ. Сучасні біоматеріали, які використовуються в реконструктивній хірургії та стоматології і призначені для заміщення кісткових дефектів, повинні бути остеоіндуктивними або остеокондуктивними, та кожний з них повинен забезпечувати можливість проростання кровоносних судин. Чутливим маркером метаболізму кісткової тканини є остеокальцин – вітамін К-залежний неколагеновий білок, що локалізується переважно в позаклітинному матриці кістки. Зміни його концентрації в крові відображують метаболічну активність остеобластів тканини. Більше 90% синтезованого остеокальцину в людей молодого віку та 70% у людей зрілого віку включається в кістковий матрикс, решта потрапляє у кровотік. У крові циркулює як інтактний остеокальцин, так і його великий N-MID-фрагмент.

Метою дослідження стало визначення рівня остеокальцину крові піддослідних тварин після регенерації кісткової тканини після створення штучних дефектів і заповнення їх різними кістковопластичними матеріалами.

Результати досліджень та їх обговорення. В процесі дослідження піддослідним тваринам (150 щурів лінії Вістар) у створенні кісткових дефектів (в ділянці дорзальної поверхні великогомілкової кістки) було імплантовано кістковопластичні матеріали: утокістку (з дорзальної поверхні протилежної великогомілкової кістки), «BioOss», «Остеопласт», «EasyGraft» та «Коллаген-Л». Остеокальцин вимірювали методом імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи «Stat Fax 2200» з використанням тест-системи N-MID Osteocalcin ELISA (IDS) № 7, 14, 30,

60 та 90 день. У тварин з імплантованим матеріалом «BioOss» спостерігалося коливання середніх значень остеокальцину в межах від 2,0 до 3,65 нг/мл. Показники рівня остеокальцину після імплантації «EasyGraft» були в межах від 1,9 нг/мл до 3,7 нг/мл. Після пластики матеріалом «Коллаген-Л» спостерігалося коливання його середніх значень від 2,07 нг/мл до 2,88 нг/мл. Після імплантації матеріалу «Остеопласт» показники коливалися в межах від 1,75 нг/мл до 2,93 нг/мл. У тварин, яким проводились утварення стиків, показники остеокальцину коливалися від 1,88 нг/мл до 2,2 нг/мл.

В результаті досліджень встановлено: 1) у тварин, яким проводились утварення стиків, рівень остеокальцину в сироватці крові залишався приблизно таким на всьому протязі експерименту з незначним його зниженням на 30 день. Ремодельовання кістки відбувалося рівномірно впродовж усього терміну експерименту; 2) у тварин після пластики матеріалом «Easy Graft» активність процесів ремодельовання кісткової тканини зростала, починаючи з 30 дня експерименту протягом всього подальшого періоду спостереження; 3) у тварин,

яким проводились кісткові пластики матеріалом «Коллаген-Л», ремодельовання кістки сягало піку на 14 день та поступово рівномірно знижувалося на всьому протязі спостереження; 4) у тварин, яким було імплантовано матеріал «Остеопласт», активність процесів ремодельовання кісткової тканини зростала до 30 дня експерименту, після чого відбувалося повільне зниження активності остеобластів до 60 та до 90 дня; 5) у тварин, яким проводились остеопластичні матеріали «BioOss», процеси ремодельовання кісткової тканини відбувалися активно до 60 дня експерименту та поступово сповільнювалися з 60 до 90 дня.

Висновки. Оцінюючи в експерименті регенерацію кісткової тканини після остеопластички і порівнюючи різні кістковопластичні матеріали з утваренням стиків, встановлено незначне підвищення активності кісткоутворення при використанні матеріалу «Коллаген-Л», дещо краще триває лише при використанні «Остеопласту». Значною вищою була активність остеобластів після імплантації матеріалів «EasyGraft» та «BioOss».

УДК 617.52+616.716.1/.4)-002.3/.36-07:616.155.3-07

©У. Д. М. Толич¹, І. Горгот²

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹
Комуністичний міський клінічний лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів²

Зміни показників лейкоцитів у хворих з бактеріальним флегмоном вищелепно-лищевої ділянки з лежністю від тяжкості перебігу

Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з бактеріальним флегмоном вищелепно-лищевої ділянки (ЩЛД) серед загальної кількості стоматологічних хворих хірургічного профілю. Кількісні показники лейкоцитів крові, особливо показники її лейкоцитарної формули, мають важливе значення в діагностиці гострих запальних і гнійно-деструктивних захворювань, ускладнень різної локалізації етіології.

Метою нашого дослідження було порівняти показники лейкоцитів у хворих з бактеріальним флегмоном вищелепно-лищевої ділянки

порівняно з здоровими людьми для характеристики клітиноопосередкової імунітету з лежністю від тяжкості перебігу хвороби.

Основним методом лікування хворих був розтин флегмони, бактеріального насіння «причинного» зуба, проведення загальної та місцевої медикаментозної терапії. Статистичний аналіз даних проводили методом врізної статистики з використанням критерію Стюдента. Для вирішення поставлених завдань ми обстежили 79 хворих. Пацієнтів поділили на 3 групи з лежністю від тяжкості перебігу захворювання їх характеристиками.

стики з г льного ст ну хворих. До першої групи (легкий перебіг – груп) увійшло 48 хворих з флегмон ми, лок лізов ними в одній н томічній ділянці; до 2-ї групи (середньої тяжкості – груп В) – 26 хворих з флегмон ми, лок лізов ними в двох і більше н томічних ділянк ; 3-я – 5 тяжкохворих (груп С) з флегмон ми м'яких тк нин дн порожнини рот , половини обличчя (. . Тимофеев, 2004).

Порівняльн інтерпрет ція формули крові пок з л , що спільними озн к ми під ч с госпіт ліз цієї було достовірне підвищення з г льної кількості лейкоцитів у трьох груп х від пок зників норми. У групі С ці пок зники були достовірно вищі ($28,2 \pm 1,50$) г/л проти ($15,35 \pm 0,90$) г/л групи т ($18,37 \pm 1,20$) г/л проти групи В, $p < 0,05$. Причиною лейкоцитозу є стимуляція лейкопоетичної функції кровотворних орг нів у результ ті дії специфічних збудників і ф кторів з п лення. Слід відзн чити неозинофілію у хворих, що х р ктерно для тяжких форм з хворюв ння в р нній ф зі імунної відповіді. Вст новлено збільшення п личкоядерних нейтрофілів з появою молодих форм (міелоцитів, мет міелоцитів), що свідчить про зсув лейкоцит рної формули вліво і є н слідком б ктері льного ур ження ЩЛД. Т ким

чином, бсцесит флегмони супроводжують ся формув нням вир женої лейкоцит рної ре кції. При уз г льненні результ тів відмічено, що лейкоцит рний індекс інтоксик цієї Я. Я. К льф-К ліф (ЛІ) в обстежених н ми п цієнтів достовірно перевищує в контрольні пок зники і ст новив 17,26 у. о. в групі ; 29,81 у. о. в групі В т 36,01 у. о. в групі С проти ($0,98 \pm 0,16$) у. о. у групі контролю. Після проведеного лікув ння у п цієнтів групи і В достовірно знизил ся кількість лейкоцитів до ($7,91 \pm 0,90$) г/л т ($9,83 \pm 0,75$) г/л ($p < 0,05$) відповідно; достовірно знизилось бсолютне число нейтрофільних гр нулоцитів у 2,67 т у 1,86 р з ($p < 0,05$). Лише у хворих групи С кількість лейкоцитів не відповід л пок зник м норми, ЛІ скл в 19,57 у. о., що свідчить про збереження рівня інтоксик цієї і потребує диференційного підходу до лікув ння.

Дослідження лейкоцит рної формули – в жливий інструмент у своєс сній ді гностиці п тологічних ст нів, моніторингу перебігу з хворюв ння, контролі лікув ння. Виявлені з кономірності перебігу і результ т лікув ння д ної п тології дозволяють н основі лейкогр ми коректув ти тер пію і гомеост з хворих. Пл нується вивчення інших предикторів перебігу бсцесів т флегмон ЩЛД.

УДК 616-089.882 + 616-089 + 616.314.17-008.1

©В. П. Пюрик, Н. П. М хлинець, І. . Ожог н, Н. М. П велко, Л. З. Дерк ч, І. З. Чубій

Ів но-Фр нківський н ціон льний медичний університет

Вестибулоп стик як ет п комплексного лікув ння хворих н генер лізов ний п родонтит із мілким присінком рот

Метою роботи ст ло з безпечити можливість викон ння хірургічної корекції присінк рот методом, розробленим для втруч нь н обох щелеп х, у післяопер ційному періоді зменшити обширні р нові дефекти т попередити рубцеві деформ цієї м'яких тк нин присінк рот шляхом вдоскон лення тунельної вестибулоп стики.

М тері ли і методи. 30 хворим н генер лі-

зов ний п родонтит н фоні мілкого присінк рот (І груп) н І ет пі хірургічного лікув ння проводили модифік цію тунельної вестибулоп стики, в якій покр щено ряд технологічних моментів, в жливим елементом втруч ння є поміщення т фікс ція шв ми вільних мукозних тр нспл нт тів, взятих з піднебіння, в ділянку горизонт льних розрізів біля премолярів. Хворим ІІ групи (30 осіб) прово-

дили тунельну вестибулоплати стики з О. І. Грудяновим.

Результати досліджень та їх обговорення. Через 3 місяці після операції суттєвої різниці між станом хворих двох груп не було. Через 6 місяців у 28 хворих (96 %) І групи і 26 хворих (86 %) ІІ групи глибин присінк рота становили 5–10 мм, в 1 хворого (3,3 %) І групи та у 4 хворих (13,2 %) ІІ групи спостерігали рубцеві деформації м'яких тканин присінк рота. У 96 % хворих І групи при рентгенологічному

контролі виявлено островки осифікації і стовбур біля ції патологічного процесу, в хворих ІІ групи та кісткові зміни з реєстровано меншою мірою.

Висновок. З запропонований спосіб модифікації тунельної вестибулоплати стики дозволяє забезпечити високий ступінь ефективності вестибулоплати стики при виконанні обох щелепних, у післяопераційному періоді зменшити обширні нові дефекти та попередити рубцеві деформації м'яких тканин присінк рота.

УДК 616.71-018-092-02:616.314.18-002.4-001.4]-092.9

©І. О. Суховолець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

Зміни в кістковій тканині та в ринзопродонтитом при різних типах запальної реакції та супутньому дренажному пошкодженні

Запальні захворювання тканин пародонта є актуальною проблемою сучасної медицини, як потребує нових, актуальних шляхів її вирішення. На перебіг запального процесу впливають різні фактори, зокрема реактивність організму та супутні захворювання. Детальне вивчення розвитку пародонтиту при різних типах запальної реакції та супутній дренажній інтоксикації сприятиме більш точній та вчасній діагностиці й формуванню успішних підходів до лікування.

Метою дослідження було вивчити зміни в кістковій тканині та в ринзопродонтиті з різними типами запальної реакції в пародонті та супутньою дренажною інтоксикацією.

Для проведення дослідження у щурів вживали метод моделювання пародонтиту (зметод. І. Воложин, С. І. Виноградов, 1991), на сьому добу вводили кріонекротичну дозу дренажу (І. Р. Мисул, 1996). Типи запальної реакції моделювали з методикою В. Н. Соколюк (1992). Та ринзопродонтит вивчали з експерименту на першу годину, третю та сьому добу після введення дренажу, матеріал досліджень був кісткова тканина нижньої щелепи та ринзопродонтит. На першу годину після введення

дренажу в кістковій тканині всіх груп та ринзопродонтит не виявлено: оксифільні тіла остецитів лежать в ямках, що мають чіткі стінки. Остеоїд між ямками є гомогенне збарвлення. Волокна чітко орієнтовані в пластинках, судини, що проходять в кістковій тканині, без особливостей. Лише в пародонтиті та ринзопродонтиті гіперергічним типом запальної реакції можна виявити незвичне розширення судин біля кістки та фокальне просвітлення волокон зубної зв'язки. В та ринзопродонтиті гіпоергічним та нормергічним зпленням дні зміни проявляються менш виразно. До сьомої години після введення дренажу в групі та ринзопродонтиті гіперергічним зпленням можна відзначити збільшення кровонаповнення судин кістки, видимі форменні елементи крові в просвіті судин, нерівномірне просвітлення між трикутником довкола кунів з остецитів. В двох інших групах та ринзопродонтиті зміни в кістці на цей термін експерименту відсутні.

Отриманий результат свідчить про активніший розвиток запального процесу в тканинах пародонтиті та ринзопродонтиті гіперергічним зпленням та доводять вживість подальшого вивчення цих змін при різних типах зплення.

УДК 616.314.8-089.87

©Н. М. Хомич, Р. З. Огоновський

Буковинський державний медичний університет

Змін пок зників термометричного дослідження післяоперційної ділянки після типового видлення нижніх третіх молярів

Вступ. Післяоперційний відновний процес перебуває в тісній залежності від зовнішніх та внутрішніх чинників, основні з яких – тривалість та інтенсивність термодинамічних змін. Невідповідність умов життя хірургічного втручання та декомпенсація терморегуляційних механізмів призводить до порушення гомеостазу організму. Невідповідність умов життя хірургічного втручання та декомпенсація терморегуляційних механізмів призводить до порушення гомеостазу організму. Невідповідність умов життя хірургічного втручання та декомпенсація терморегуляційних механізмів призводить до порушення гомеостазу організму. Невідповідність умов життя хірургічного втручання та декомпенсація терморегуляційних механізмів призводить до порушення гомеостазу організму.

Метою дослідження було обґрунтувати вплив ступеня гіпотермії на процес загоєння післяопераційної рани у хворих після типового видлення нижніх третіх молярів (НТМ).

Матеріали і методи. Під час спостереження перебувало 48 пацієнтів віком від 18 до 29 років, яким проводили типове видлення НТМ з приводу їх ретенції і/або дистопії. Пацієнтів поділено на 3 групи. Перша група – контрольна (в післяопераційному періоді гіпотермія не з'являється), у другій групі хворим призначили (ЛГ) з С. Г. М. словською, експозиція 15 хв, у третій групі проводили ЛГ

з О. Г. П. суховим, тривалість процедури 30 хв з перервою 2–4 год. Курс лікування – 5 днів.

Термометричне дослідження хворих всіх груп проводили на 1, 3 та 7-му добу післяопераційного періоду з допомогою електронного термометра «Digital Probe – Thermometer» фірми «TFA» (Німеччина). Термометричний метод є інформативним методом дослідження, що дозволяє оцінити ступінь місцевої запальної реакції, та кож темпи її згасання. Для порівняння використовували результат досліджень 20 практично здорових людей, ідентичних групі хворих з віком і статтю. Методичну обробку результатів дослідження проводили з допомогою статистичного модуля пакету Microsoft Excel 2000.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати досліджень з ступеня гіпотермії з метою профілактики післяопераційних ускладнень при проведенні операційного видлення НТМ свідчили про позитивний перебіг післяопераційного періоду, менш виражені прояви прискорені темпи згасання клінічних симптомів. У всіх обстежених хворих у процесі лікування виникають позитивні зміни локальної температури, які відрізняються в основних і контрольній групах. Найдемонстративнішою була різниця, зареєстрована на 3-тю добу післяопераційного періоду, коли локальна температура в рваній зоні у хворих третьої групи відрізнялася від норми менше ніж на 1°C. На 7-му добу пок зник термометрії в третій групі відповідно до початкових – (34,01±0,014)°C, у другій та контрольній групі стеновів (34,5±0,01)°C та (34,79±0,016)°C відповідно.

Висновки. Результати досліджень об'єктивно свідчать, що включення сесій ЛГ у післяопераційну терапію хворих після операційного видлення НТМ сприяє зни-

женню температури післяопераційної ділянки, а також при швидшому репаративних процесів у пошкоджених тканинах.

Отже, розроблення специфічної методи-

ки з стосування ЛГ після операцій типового виділення НТМ є перспективним для впровадження її в клінічну практику хірургічної стоматології.

63-й КИЇВСЬКИЙ МІЖН РОДНИЙ
СТОМ ТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ Т ВИСТ ВК



МЄДВІН: ЕКСПОДЕНТАЛ



4-6
ГРУДНЯ **КИЇВ** вул. С ЛЮТН , 2-Б, ст. м. "НИВКИ"

ДОУВГИ ВТОРІВ

1. До розгляду приймуть оригінали та інші види статей (до 10–12 сторінок, але не менше 6), присвячені вивченню та вирішенню актуальних проблем стоматології. До друку беруть тільки ті матеріали, які ретельно перевірені та не публікувалися ні в жодній з інших журналів чи видань.

Надсилають для друку статті, в яких публікуються результати оригінальних досліджень, якщо кількість осіб не перевищує трьох.

У тому випадку, якщо в дослідженні, яке висвітлюється, брали участь більше науковців, рекомендується їм оформляти з отриманими результатами декілька статей з меншою кількістю вторів.

2. **Стаття повинна мати** напередодні надання у редакцію, кваліфіковану експертизу, візу керівника установи, має бути засвідчена печаткою, підписана її авторами. Додатково потрібно подати **вторську довідку**, в якій обов'язково слід вказати: прізвище, ім'я та по батькові, науковий ступінь, вчене звання, місце роботи та посаду, адресу для листування, контактні телефони (робочий та домашній чи мобільний), обов'язково електронну адресу.

3. Надіслати необхідно 2 примірники статті, надруковані на стандартному ретуші форматі А4, шрифт «Times New Roman», розмір шрифту 14, інтервал – 1,5. Поля: верхнє – 20 мм, нижнє – 25 мм, ліве – 30 мм, праве – 10 мм. Електронний варіант статті необхідно надіслати у форматі *.doc, *.rtf, *.docx на CD. У статтях повинні застосувати системи одиниць СІ.

4. **Таблиці** повинні бути надруковані в текстовому редакторі «Word 6.0, 7.0» по тексту статті та оформлені наступним чином:

Таблиця 1. Назва таблиці.

5. **Рисунки** мають бути встановленими у текст статті й окремо подані у форматі **JPG, TIF, CDR** та оформлені наступним чином:

Рис. 1. Підпис до рисунка (по центру).

6. **Формули** (математичні та хімічні) необхідно подати по тексту статті й вони повинні бути виконані в програмі Word чи сумісних з ним редакторів.

7. При посиланні на публікацію її номер, згідно зі списком літератури, слід вказати у квадратних дужках.

8. **СТАНТЮ ВІКА ДІТЕЙ З НАСТУПНОЮ СХЕМОЮ:**

а) **індекс УДК;**

б) **ініціали та прізвище авторів (ів) українською, російською, англійською мовами** (має бути літерами, не півжирний шрифт);

в) **назва установи, місто** (має бути літерами, звичайний шрифт);

г) **назва статті** (має бути літерами, не півжирний шрифт);

д) **резюме** (українською, російською, англійською мовами);

е) **ключові слова** (українською, російською, англійською мовами).

Вступ (з безцього). У вступі слід узагальнено виокремити постановку проблеми, зробити висновок з висновків досліджень та публікацій, в яких розв'язано розв'язаної проблеми, та виділити ретельно вирішені частини загальної проблеми, якій присвячена стаття; сформулювати мету і завдання роботи.

Матеріали і методи (з безцього). У даному розділі слід дати характеристику використовуваних методів дослідження. В експериментальних роботах вказувати види, ступінь, кількість творчих методик випробувань.

Результати досліджень та їх обговорення (з безцього). У цьому розділі слід подати результати досліджень, провести їх наукове пояснення та обґрунтування, дати висновок з висновків у світлі загальноприйнятих теорій з даної проблеми.

Висновки (з безцього). Формулюються висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямку.

Список літератури (відповідно до вимог Бюлетня ВКУ, 5, 2009 р.)

9. Список літератури подється в порядку цитування та відповідно до вимог, наведених у Бюлетні ВКУ, 5, 2009 р., зокрем:

– **статті:**

1. Кравець Т. П. Диспансеризація дітей з кариєсом зубів / Т. П. Кравець // Профіль катичної дитячої стоматології. – 2010. – 2. – С. 48–52. **(1 втор)**

2. Борисов І. В. Гігієнічні принципи впровадження профілактичної програми в організації колективних серед молодих осіб як стратегічний напрям з метою розповсюдження основних стоматологічних захворювань / І. В. Борисов, Т. П. Муралов // Современная стоматология – 2010. – 2. – С. 77–80. **(2 втори)**

3. Хрюков Л. В. Діагностика кісткових гемангіом щелеп у дітей / Л. В. Хрюков, Л. М. Яковенко, Н. В. Кисельов // Профіль катичної дитячої стоматології. – 2010. – 2. – С. 33–37. **(3 втори)**

4. Особенности стоматологического статуса и рекомендации по его коррекции у детей с заболеваниями крови / Н. О. Свичук, Е. П. Руплей, Л. В. Корниенко [и др.] // Современная стоматология – 2010. – 3. – С. 93–95. **(більше 3 втори)**

– **дисертції:**

5. Гевклюк Н. О. Клініко-лабораторні спектри прогнозування в жорсткості перебігу герпетичного стоматит у дітей: дис. ... кандидата мед. наук: 14.01.22 / Гевклюк Наталія Олександрівна. – Івано-Франківськ, 2003. – 190 с.

– **вторреферти дисертції:**

6. Свичук Н. О. Клініко-патогенетичне обґрунтування комплексного лікування хронічної кандидозно-герпетичної інфекції порожнини рота у дітей : втореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.22 / Н. О. Свичук. — Київ, 2001. — 46 с.

— **вторські свідчення :**

7. Пат. 1458020 ССРСР, МКІЗ ВО 5 С 9/06. Способ для несения пленочных покрытий и твердые лекарственные формы в псевдооживленном слое / И. В. Демчук, Р. В. Беряк, Я. В. Максимович (СССР). — 3360576 / 29-08; заявл. 1.10.85; опубл. 30.03.86, Бюл. № 11.

— **патенти:**

8. Пат. 54177 Укр. ін. № 61К31/00. Стоматологічні плівки з антивірусної дії «Віруспен» / Р. С. Коритнюк, Л. Л. Давтян, О. Я. Коритнюк та ін.; заявл. 31.05.2002; опубл. 17.02.2003, Бюл. № 2.

— **книги:**

9. Тимофеев В. В. Челюстно-лицевая хирургия: учебник / В. В. Тимофеев. — К.: ВСИ «Медицина», 2010. — 576 с. (**1 стор**)

10. Маланчук В. О. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення щелепно-лицьової ділянки та шиї / В. О. Маланчук, В. В. Копчик. — К.: Вид-во «Скандинавія», 2008. — 320 с. (**2 стор**)

11. Максимов И. В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ / И. В. Максимов, В. Б. Недосенко, Л. М. Ломишвили. — М.: Медицинская книга, 2008. — 194 с. (**3 стор**)

12. Ожиріння в практиці радіолога та ендокринолога / [О. М. Біловол, О. М. Ковальов, С. С. Попов, О. Б. Тверетінов]. — Тернопіль: ТДМУ, 2009. — 620 с. (**4 стор**)

13. Стоматологія / [І. І. Кириленко, О. Г. Денисенко, Н. І. Музиченко та ін.]; за ред. проф. М. М. Рожко. — К.: Книго-плюс, 2010. — Т. 2. — 608 с. (**5 і більше стор**)

— **матеріали конференцій, з'їздів:**

14. Гевкелюк Н. О. Вірусно-бактеріальне утворення слизової оболонки порожнини рота у дітей / Н. О. Гевкелюк, І. І. Кириленко, Л. П. Фоменко // Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування: Всеукр. наук.-практ. конф. лікарів-стоматологів, 1996: матеріали конф. — Полтава. — 1996. — С. 64–65.

10. Редакція з листом разом з колекцією скорочення і виправлення сторінок.

11. Статті, оформлені без дотримання введених правил, не реєструються. Перші всі друкують сторінки передплатників журналу, а кожні матеріали, з мовленою редакцією.

12. Публікація статей платна. Оплата здійснюється після рецензування сторінок.

13. Статті необхідно надіслати за адресою: редакція журналу «Клінічна стоматологія», вид-ництво ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Київ, вул. 1, Тернопіль, 46001, Україна. Електронний варіант статті можна надіслати за адресою:

journaltdmy@gmail.com, вказуючи назву журналу.