

ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

**Матеріали науково-практичної конференції
«Інноваційні технології
в стоматології»**

(23 вересня 2016 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конф., 23 верес.
2016 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 124 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

©ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського, 2016

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.12:577.118-02:616-056.52]-092.9

*Антонишин І. В., Шкумбатюк О. В., Левків М. О.,
Суховолець І. О., Паласюк Б. О.*

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

РОЗПОДІЛ КУПРУМУ В ОРГАНІЗМІ ЩУРІВ ЗА УМО- ВИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛІМЕНТАРНОГО ОЖИРІННЯ.

Результати багаточисельних досліджень вказують на збільшення поширеності ожиріння у всьому світі. Таке широке розповсюдження пов'язане із характерним для сучасного суспільства малорухомим способом життя, нераціональним харчуванням, психоемоційними стресами, що зумовлює актуальність даного дослідження. З іншого боку, для нормального функціонування організму необхідне адекватне його забезпечення макро- і мікроелементами.

Метою нашої роботи було дослідити у крові та тканині зуба щурів вміст купруму при експериментальному аліментарному ожирінні.

Вміст купруму та інших мікроелементів у крові визначали на атомно-абсорбційному спектрофотометрі С115-М1. Результати досліджень оброблено загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Для дослідження взаємозв'язку між показниками проведено кореляційний аналіз із розрахунком парних коефіцієнтів кореляцій.

Встановлено високу концентрацію купруму в крові експериментальних тварин, рівень якої у 3,2 раза перевищував контрольні значення ($p < 0,05$). Інші результати виявлені у тканині видалених зубів. Порівнюючи отримані дані встановлено, що на фоні зростання концентрації купруму в крові, її вміст зменшувався у твердих тканинах зуба.

Внаслідок дефіциту купруму в кістковій тканині порушується процес утворення колагену, підвищується вміст його розчинних фракцій, який призводить до зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Отримані нами результати вказують на дефіцит міді, як на один з чинників порушення кісткової архітектоники зуба.

**Герасименко С. Б., Радчук В. Б., Семенова А. К.,
Єрошенко Г. А., Гасюк Н. В.**

*ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»*

ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЕПІТЕЛІЮ ЯСЕН ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

Сталість клітинного складу епітелію ясен забезпечується безперервним утворенням епітеліоцитів у базальному шарі шляхом поділу малодиференційованих попередників, з подальшим зміщенням у вищеприлеглі шари і наступною десквамацією. Проте механізми, які контролюють неоднорідний характер диференціювання епітелію ясен в різних її ділянках, та клітинний склад залишаються маловивченими та зазнають істотних змін упродовж віку індивідуума.

Метою дослідження стало визначення клітинного складу епітелію ясен у осіб зрілого віку.

Матеріалом для цитологічного дослідження слугував ясенний епітелій, який після забору наносили на стерильне предметне скло. Висушування матеріалу проводили методом сухої фіксації при кімнатній температурі, за умов відкритого доступу повітря, з подальшим їх комбінованим забарвленням за Романовським–Гімза. Кількісні показники визначали шляхом підрахунку різних типів клітин у 5 полях зору, при цьому фіксували кількість в абсолютних цифрах та визначали середні показники (мікроскоп «Мікрос-50», Австрія).

Клітинний склад ясен представлений проміжними і поверхневими клітинами та роговими лусочками. Проміжні епітеліоцити за цитологічною організацією відображають регіонарні особливості анатомічної ділянки. Форма клітин здебільшого неправильна, цитоплазма слабобазофільна, рідше еозинофільна, при цьому добре виражені ядра округлої. Поверхневі епітеліоцити характеризуються гексагональною формою та зменшенням ядерно-цитоплазматичного співвідношення в сторону ядер. Ядра переважно щільні, при забарвленні різко гіперхромні. Клітини розміщуються як скупченнями, так і поодинокі. Лусочки переважно мають гексагональну форму, цитоплазма зазвичай слабобазофільна, із центричним розташуванням контурів ядра, втраченого в процесі диференціації епітеліальної клітини. Перинуклеарний простір оточений тонофіламентними включеннями, які утворюють сітчасту структуру. Гранули кератогаліну зберігаються

Кучирка Л. І., Шкумбатюк О. В.

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

ХОЛІНОРЕАКТИВНІСТЬ МІОКАРДА ГОНАДЕКТОМОВАНИХ ЩУРІВ ПРИ РОЗВИТКУ АДРЕНАЛІНОВОГО ПОШКОДЖЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ МЕЛАТОНІНУ

Серцево-судинна патологія у світі виводить наукові дослідження з проблем захворювань серця на перше місце. Адже відкриття нових механізмів у патогенезі некротичного пошкодження серця, результатом якого може бути гостра серцева недостатність, дозволяє знаходити нові мішені для ефективної корекції.

Метою дослідження було вивчення впливу мелатоніну на холінергічну реакцію пошкодженого адреналіном серця тварин різної статі за умов гонадектомії та корекції порушеного гормонального фону замісною терапією статевими гормонами.

Досліди провели на 216 статевозрілих білих лабораторних щурах-самцях та самках. Для оцінки участі статевих гормонів у досліджуваних процесах використали 3 групи тварин: 1-ша група – тварини зі збереженими гонадами;

2-га група – гонадектомовані тварини, яких використовували для основного експерименту через 4 тижні після двобічної гонадектомії; 3-я група – тварини, що отримували замісну терапію статевими гормонами. У гострому експерименті через 1 та 24 год вивчали реакцію серця тварин на електричну стимуляцію правого блукаючого нерва за інтенсивністю брадикардії та внутрішньовенне введення ацетилхоліну – за інтенсивністю та тривалістю брадикардичного ефекту.

Було встановлено, що гострий дефіцит статевих гормонів зменшує здатність мелатоніну полегшувати вивільнення парасимпатичного медіатора із закінчень блукаючого нерва більшою мірою в самців. Пошкодження міокарда на такому тлі відбувається в умовах менш виражених, ніж за збережених гонад, змін чутливості серця до стимуляції блукаючого нерва. Застосування замісної терапії статевими гормонами для корекції гормонального фону не відновлює характеру реакції холінергічних структур серця на розвиток некротичного процесу в міокарді, збільшує чутливість серця до стимуляції блукаючого нерва, особливо в щурів самиць.

Посоленик Л. Я., Копилова А. В., Кондратова М. О.
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».*

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН АЦИНУСІВ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

В останні роки дослідники все більше цікавляться артеріальною гіпертензією в малому колі кровообігу і сьогодні вона є актуальною проблемою у зв'язку із значним ростом хронічних обструктивних захворювань легень, хронічних форм туберкульозу, професійних захворювань легень. В той же час деякі автори підкреслюють, що немає чіткої відповіді, які органи найчастіше втягуються у патологічний процес при гіпертензії у малому колі кровообігу та легеневому серці.

Метою даної роботи стало дослідження піднижньощелепної залози в умовах пострезекційної артеріальної легеневої гіпертензії.

Досліджено ацинуси піднижньощелепної залози 20 статевозрілих свиней-самців в'єтнамської породи, які були розділені на 2-і групи. 1-а група включала 8 інтактних практично здорових тварин віком 3,5-4 міс, 2-а – 12 6,5-7 міс. свиней, яким виконували резекцію правої легені. Евтаназію тварин здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу.

Через місяць після проведеної пульмонектомії виявлено зменшення усіх морфометричних параметрів, а саме: висоти сероцитів на 9,2 %, діаметру їх ядер на 15,1%, ядерно-цитоплазматичних відношень досліджуваних клітин на 12,2 %, діаметру ацинусів на 2,4 % та площі їх перерізу на 4,7 % порівняно із контрольною групою, окрім відносного об'єму пошкоджених сероцитів, який зріс майже у 8,2 рази.

Таким чином, морфометричними методами дослідження встановлено виражені зміни стромально-паренхіматозних відношень ацинусів піднижньощелепної залози молодих експериментальних тварин при розвитку у них легеневого серця, які свідчили про порушення клітинного та тканинного структурних гомеостів.

Серватович А. М.

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

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ,
АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ,
ПРОЦЕСІВ ЦИТОЛІЗУ ТА ЕНДОТОКСИКОЗУ
В ДИНАМІЦІ ПІЗЬНОГО ПЕРІОДУ
КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ**

Однією з головних причин смертності та інвалідизації населення є поєднана краніоскелетна травма. В період пізніх проявів – на перший план виступає розвиток поліорганної недостатності, який замикає чергове патологічне «хвибне» із значним накопиченням ендотоксинів, що нерідко стає причиною загибелі організму. Метою роботи було з'ясувати особливості ліпідної пероксидації, антиоксидантного захисту, процесів цитолізу та ендотоксикозу в динаміці пізнього періоду краніоскелетної травми.

Експерименти виконано на нелінійних білих щурах-самцях. В умовах тіопенталонатрієвого знеболювання в дослідній групі моделювали краніоскелетну травму. Контрольну групу склали тварини, яких вводили в наркоз. Через 14, 21, 28 і 35 діб оцінювали такі маркери травматичної хвороби, як інтенсивність ліпопероксидації, стан ферментативної ланки антиоксидантного захисту, рівень цитолітичних процесів та ендогенної інтоксикації.

В умовах краніоскелетної травми у період пізніх проявів травматичної хвороби відмічали підвищений рівень маркерів травматичної хвороби. До 35 доби після нанесення краніоскелетної травми більшими від рівня контролю був вміст у тканині печінки дієнових кон'югатів і ТБК-активних продуктів, нижчими активність супероксиддисмутази і каталази. У сироватці крові в цей термін суттєво перевищував контрольний рівень вміст продуктів ендогенної інтоксикації та активність аспартатамінотрансферази. Таким чином, до 35 діб в організмі тварин не згасають механізми, які стимулюють процеси ліпопероксидації, цитолізу та ендотоксикозу.

Слобода М. Т.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ПОКАЗНИКИ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПАТОГЕННОЇ МІКРО- ФЛОРИ ТКАНИН ПАРОДОНТА І МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.

Вступ. У розвитку хвороб пародонта значну роль відіграють автоімунні процеси, які розвиваються внаслідок пошкодження тканин бактеріальними факторами патогенності – ферментами та токсинами. Пошкоджені тканини набувають властивостей автоантигенів. У наслідок імунної відповіді на бактеріальні і тканинні компоненти розвивається імуноопосередкований запальний процес з участю клітинних елементів – макрофагів, нейтрофілів, мастоцитів, натуральних і імунних кілерів, а також системи комплементу. З другого боку, при дорсопатіях, які розвиваються при механічному ушкодженні міжхребцевих дисків та інших паравертебральних тканини, також виявляють автоімунні процеси щодо вказаних тканин. Отже, є підстави вважати, що автоімунні процеси є спільними етапами патогенезу хвороб пародонта та певних деформуючих дорсопатій.

Мета. Визначити наявність спільних ланок у патогенезі захворювань пародонта та деформуючих дорсопатій на основі експериментальних досліджень сенсibilізаційних властивостей мікробних модельних культур, тканин пародонта і міжхребцевих дисків.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводили на морських свинках. У кожному варіанті досліді використовували 6 тварин. Тканини пародонта та міжхребцевих дисків забирали у щура. Забрані тканини по 10 мг вносили у лунки полістиролових пластинок, в яких в спеціальному середовищі культивували мікроорганізми, одержані при посіві матеріалу з пародонтадних кишень хворих. Після 72-годинного культивування матеріал із лунок вводили внутрішньошкірно морським свинкам. Через 7 днів у свинок забирали кров із серця і одержували сироватку. Тваринам контрольної групи сенсibilізацію не проводили. Перитонеальні мастоцити одержували шляхом промивання очеревинної порожнини щура розчином Хенкса. До одержаної суспензії мастоцитів вносили матеріал, яким здійснювали сенсibilізацію у розведенні 1:100. На предметне скло, пофарбоване нейтральним червоним наносили краплю (0,02 мл) суспензії мастоцитів та си-

роватку морської свинки (0,02 мл), накривали покривним скельцем, краї якого змазані вазеліном. Таким чином одержували мікрокамеру, яку витримували 15 хв. у термостаті, після чого за допомогою мікроскопа визначали відсоток дегранульованих і зруйнованих мастоцитів.

Результати дослідження. При введенні морським свинкам бактерій з модельних культур, у тварин розвивається стан сенсibiliзації, який визначено на основі дегрануляції перитонеальних мастоцитів щура: відсоток дегранульованих клітин виявився у 5 разів вищим, ніж у контролі ($27,5 \pm 2,2\%$). При додаванні до модельних бактеріальних культур тканини пародонта щура ступінь сенсibiliзації була вищою - в модельних культурах, які містили тканину пародонта або міжхребцевих дисків – відповідно $54,7 \pm 3,7\%$ і $58,3 \pm 3,5\%$. Сенсibiliзацію виявлено також при введенні морським свинкам окремо тканин пародонта та міжхребцевих дисків, але її ступінь був нижчим – відсоток дегранульованих клітин становив $24,2 \pm 1,8\%$ та $24,2 \pm 1,8\%$ відповідно.

Висновки. Таким чином, в умовах експерименту виявлено сенсibiliзаційні властивості бактерійних культур, одержаних від хворих з пародонти-том, а також тканин пародонта та міжхребцевих дисків. На основі одержаних результатів можна передбачити наявність спільних ланок у патогенезі захворювань пародонта та певних форм деформуєчих дорсопатій.

УДК: 616.314.17-018.4-091.8-02:617-001.3/6

Федірко Г. В., Щерба В.В., Лучинський В. М.

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

**ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН
ТКАНИНАХ МІОКАРДУ НА 10-ТУ ДОБУ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПОЄДНАНІЙ
ТРАВМІ НА ФОНІ ГІПОКІНЕТИЧНОГО
ОСТЕОПОРОЗУ В ЕКСПЕРЕМЕНТІ.**

Численні дослідження показали вплив поєднаної травми на патоморфологічні зміни в паренхіматозних органах і міокарді у посттравматичний період. Проте, в літературі не в повній мірі висвітлено зміни в тканинах міокарду після важкої травми на фоні гіпокінетичного остеопорозу.

Мета роботи: Вивчити вплив політравми на структурні зміни в тканинах міокарду на 10-ту добу посттравматичного періоду у тварин з гіпокінетичним остеопорозом.

Для гістологічного дослідження забирали серце тварини, з попередньо викликаним гіпокінетичним остеопорозом. Міокард фіксували в 10 % розчині формаліну з наступним ущільненням у парафіні. Отримані на санному мікротомі зрізи фарбували гематоксилін-еозином. Використовували мікроскоп ЛОМО Биолам II і систему цифрового виводу зображень гістологічних препаратів.

На 10-ту добу експерименту нами було виявлено помірно виражене кровонаповнення судин артеріального типу в епікарді та незначне розширення і повнокров'я судин венозного типу. Спостерігався слабо виражений периваскулярний набряк та поодинокі діapedезні крововиливи. В окремих полях зору спостерігались поліморфні клітини. Перивазальна строма була дещо розрихлена набряком, який поширювався на міжклітинні простори. Клітинні інфільтрати були незначними, локалізувались як периваскулярно так і в стромі міокарда. Кардіоміоцити в полі зору візуалізувались добре. Проте, в окремих полях зору в товщі міокарда виявлялись поодинокі клітини із осередковим внутрішньоклітинним міоцитолізом та пікнотично зміненими ядрами, що свідчило про наявність вогнищевих дистрофічно-некротичних змін.

УДК 616.314-77-06:616.311-083

Шманько В. В., Котик М. І.

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

ВПЛИВ НЕЗНІМНИХ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ НА СТАН ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Захворювання тканин пародонта – одна з найскладніших проблем сучасної стоматології і клінічної фармакології. Вони відрізняються широкою різноманітністю перебігу, клініко-рентгенологічними і морфологічними особливостями. Основною причиною виникнення даних захворювань рахують пагону гігієну ротової порожнини, а також несвідомість пацієнтів, які звертаються надто пізно.

Ми провели обстеження ротової порожнини 35 пацієнтів. Основну групу склали 22 особи (12 чоловіків і 10 жінок), які перебувають на лікуванні аномалій прикусу незнімними ортодонтичними конструкціями. У контр-

ольній групі обстежено 13 осіб (6 чоловіків, 7 жінок), які не потребують ортодонтичного лікування. Стан гігієни ротової порожнини визначали за допомогою індексу Грін-Вермільона, ступінь важкості гінгівіту індексом РМА, стан тканин пародонту пародонтальним індексом Russel, кровоточивість ясен – індексом кровоточивості ясенних сосочків Мюллемана.

Аналіз результатів дослідження показав, що у пацієнтів контрольної групи середнє значення індексу Грін-Вермільона становить $1,15 \pm 0,12$ балів, індекс РМА – $0,37 \pm 0,11$, індекс Мюллемана – $0,35 \pm 0,02$, пародонтальний індекс Russel – $0,09 \pm 0,01$. Це свідчить про задовільний стан гігієни ротової порожнини з проявами гінгівіту легкого ступеню важкості та клінічно здоровими тканинами пародонту.

У пацієнтів основної групи середні показники індексу Грін-Вермільона визначаються на рівні $1,96 \pm 0,15$ балів, РМА – $1,51 \pm 0,15$, індекс Мюллемана – $1,22 \pm 0,01$, пародонтальний індекс Russel – $0,65 \pm 0,06$. Згідно цих показників у даної групи пацієнтів незадовільний стан гігієни ротової порожнини, наявний гінгівіт середнього ступеню важкості та початковий ступінь пародонтиту.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що наявність у пацієнтів незнімних ортодонтичних апаратів сприяє погіршенню стану гігієни порожнини рота. Це вказує на доцільність застосування у таких осіб, засобів профілактики розвитку захворювань тканин пародонта, а саме оральних антисептиків у комплексі із допоміжними спеціалізованими механічними засобами (флоси, йоржики, монопучкові зубні щітки). У разі недотримання цих рекомендацій ризик виникнення захворювань тканин пародонту значно вищий ніж у групі порівняння.

УДК 614.235-012

Щерба В. В., Лаврін О. Я., Руцька А. В.

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

ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ У ТКАНИНАХ ПАРАДОНТУ ЩУРІВ НА ТЛІ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ

В результаті куріння щорічно в світі помирає близько 6 мільйонів осіб, в тому числі в Україні -120 тисяч. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у ХХ столітті тютюнокуріння стало причиною передчасної смерті 100 млн осіб по всьому світу, а в ХХІ столітті ця цифра зросте до

1млрд. Більшість пов'язаних з тютюном смертей відбувається в віці 35-69 років. Вивчення впливу куріння на стан порожнини рота є великою медико-соціальною проблемою, адже ротова порожнина - це перший бар'єр на шляху тютюнового диму в організмі людини. З курінням пов'язують істотне підвищення ризику ряду захворювань органів і тканин порожнини рота, перш за все патології парадонта та онкологічних новоутворень порожнини рота. Отже, вивчення впливу різних екзогенних та ендогенних факторів, в тому числі і тютюнового диму, на механізм локальної тканинної реакції є на сьогодні актуальною проблемою парадонтології.

Дослідження зарубіжних авторів та наші власні дослідження патогенезу ураження парадонта вказують на достовірну інтенсифікацію процесів пероксидного окиснення ліпідів на тлі дії тютюнового диму. Тому, метою нашого дослідження було вивчити вплив тютюнового диму на вміст відновленого глутатіону в тканинах парадонту. Експериментальні дослідження виконані на 20-ти статевозрілих самцях білих щурів масою 160-180 г. Тварин утримували на стандартному раціоні, з вільним доступом до води і їжі. Щурі були поділені на 2 групи: контрольну (10 особин) і дослідну (10 особин).

Моделювання пасивного тютюнокуріння здійснювалось шляхом поміщення щурів в спеціально сконструйовану камеру, в якій розподілявся тютюновий дим від цигарок «Прилуки». Розрахунок еквівалентної дози нікотину і часу експозиції тварин тютюновим димом проводився на підставі апробованої моделі Соломіної А.С., 2011 р. та розрахунків Лізурчик Л.В. та Шейди О.В. 2014 р.: якщо середньостатистичний курець викурює одну пачку (20 цигарок) на день, то в організм при цьому потрапляє 20 мг нікотину. Виходячи з цього, еквівалентна доза нікотину для щура, від середньої маси людини 70 кг, складе 0,043 мг на день. З огляду на розрахункові дані, в камеру поміщали по 5 тварин. Задимлення проводили протягом 30 хвилин шляхом спалювання 2-х цигарок. Піддослідні щури проходили процедуру «пасивного куріння» 2 рази на добу. Таким чином, одна тварина в експерименті отримувала максимум 0,048 мг нікотину, що відповідало добовій дозі для людини. Після закінчення кожного 30-хвилинного сеансу тварин витягали з камери і поміщали в стандартну клітку віварію. Щурів контрольної групи поміщали в камеру без задимлення 2 рази на добу протягом 30 хвилин. Тривалість експерименту склала 21 день.

Вміст відновленого глутатіону визначали за загальноприйнятою методикою.

На 22-у добу експерименту нами зафіксовано достовірне зниження вмісту відновленого глутатіону в гомогенаті тканин парадонту на 24,4 % відносно контрольної групи.

Відомо, що SH-групи (зокрема цистеїнових і метіонінових фрагментів білкових молекул) найлегше окиснюються активними формами кисню з

утворенням зворотних і незворотних модифікацій. Цей вид модифікацій призводить до зменшення фонду транспортних тіольних молекул для перенесення нітроген (II) оксиду, тим самим знижується його біодоступність, що є одним із механізмів розвитку ендотеліальної дисфункції. Окиснення SH-груп у білкових молекулах призводить до порушення чи модифікації їх функції.

Зниження вмісту SH-груп за умови пасивного тютюнокуріння може бути пов'язане як з інтенсифікацією вільнорадикальних процесів, так і з підсиленням катаболізму глутатіону.

Отже, у щурів на тлі дії тютюнового диму, в тканинах парадонту достовірно знижується вміст відновленого глутатіону, що вказує на виражений дисбаланс вільнорадикального гомеостазу.

Чорній Н. В., Бойцанюк С. І.

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

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ «ІКСОДОВИХ КЛІЩОВИХ БОРЕЛІОЗІВ»

Актуальність теми. Значного поширення на даний час набрали захворювання людей спричинені іксодовими кліщами. За рівнем захворюваності ця інфекція займає в нашій країні одне з перших місць серед всіх природно-вогнищевих зоонозів. В Україні офіційна реєстрація захворювання на хворобу Лайма ведеться із 2000 року, проте, про перші випадки захворювання людей стало відомо ще в 1994 р., а із покращанням діагностики кількість випадків безперервно зростає. Лише за 2000–2004 рр. було виявлено 562 випадків на території України.

Мета дослідження. Вивчити епідеміологію, патогенез та клінічні прояви, «іксодових кліщових бореліозів» або «хвороби Лайма» за даними літературних джерел.

Матеріали та методи дослідження. Пошук літератури відбувався у бібліотечних джерелах та пошукових системах <http://www.dovidnyk.org>, <http://dentalit.lviv.ua>, <http://studopedia.org>, <http://ukrhealth.net>, <http://cyberleninka>.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними літературних джерел хвороба Лайма розглядається як природновогнищеве, інфекційне, полісистемне захворювання зі складним патогенезом, що включає комплекс іммуноопосередованих реакцій. Клінічні прояви хвороби Лайма були

давно відомі і описані як самостійні захворювання або як синдроми неясної етіології: хронічна мігруюча еритема, еритема Афцеліуса, кліщова кільцеподібна еритема, акродерматит, хронічний атрофічний акродерматит, лімфоденоз шкіри, серозний менінгіт, радикулоневрит, лімфоцитарний менінгорадикулоневрит Баннварта (синдром Баннварта), хронічний артрит та ін. До недавнього часу вважалося, що збудником хвороби Лайма є Боррель - *Borrelia burgdoiferi*. Однак деякі відмінності в білковому складі ізолятів Боррель з різних природних вогнищ дозволили спочатку припускати, що Лайм-бореліоз етіологічно неоднорідний. В даний час виділено понад 10 геномних груп, що відносяться до комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, які нерівномірно розподілені по земній кулі.

При зараженні в місці присмоктування кліща звичайно розвивається комплекс запально-алергічних змін шкіри, які проявляються у вигляді специфічної, характерної для хвороби Лайма еритеми. Локальна персистенція збудника впродовж певного періоду часу обумовлює особливості клінічної картини - відносно задовільний стан самопочуття, слабковиражений синдром загальної інтоксикації, відсутність інших характерних для хвороби Лайма проявів, запізнення імунної відповіді. При прогресуванні хвороби (або у хворих без локальної фази відразу) в патогенезі симптомокомплексів має значення гематогенний, можливо, лімфогенний шлях поширення Боррель від місця проникнення до внутрішніх органів, суглобів, лімфатичних утворень; периневральний, а в подальшому і ростральний із залученням у запальний процес мозкових оболонок. При попаданні збудника в різні органи і тканини відбувається активація імунної системи, що призводить до системної і місцевої гуморальної і клітинної гіперімунної відповіді. Хвороба Лайма може проявлятися ураженнями шкіри, нервової системи, суглобів та серця. Якщо уражена нервова система (гострий нейробореліоз), може розвинути параліч, наприклад, параліч лицьового нерва (параліч Белла). Крім того відбуваються сенсорні порушення. Рідше зустрічаються менінгіт або енцефаліт із гарячкою та болем у шиї. Ураження серця проявляється у вигляді серцевої аритмії, міокардиту, перикардиту. Може розвинути погіршення слуху та ураження інших органів. Хвороба може стати хронічною. Іноді інтервали між окремими фазами захворювання є довгими і безсимптомними. Проте у літературі відсутні дані про вплив *Borrelia burgdorferi sensu lato* на органи ротової порожнини.

Висновок. Таким чином, виходячи із досліджень багатьох науковців та враховуючи поширеність даного захворювання актуальним залишається вивчення впливу *Borrelia burgdorferi sensu lato* на слизову оболонку ротової порожнини, пародонт, скронево-нижньощелеповий суглоб із метою при потребі ранньої діагностики, лікування та профілактики.

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК : 616.314.18-002:617.012

Ю. Л. Бандрівський¹, В. М. Михайлюк¹, Х. О. Дутко²

¹ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

² Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ВАРІАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ БІЛКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ В ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ РІЗНОЮ ГРУПОВОЮ ПРИНАЛЕЖНІСТЮ.

На сьогодні практично відсутня фактична база даних для індивідуалізації молекулярних основ метаболізму у деяких параметрах, одним з яких, при чому генетично детермінованих, є група крові. Наведені дані дозволять диференціювати значення основних біохімічних показників при генералізованому пародонтиті у зв'язку з АВ0 – приналежністю, що буде сприяти підвищенню ефективності оцінки результатів ключових лабораторних тестів, по новому підійти до рішення багатьох проблем у зв'язку з розкриттям основ впливу групоспецифічних особливостей крові на перебіг патологічних процесів в організмі, а основне – на основі отриманих даних обґрунтувати адекватну стратегію і тактику лікувально-профілактичних заходів та сформувані групи клінічного ризику хворих на генералізований пародонтит.

Метою дослідження було проаналізувати показники білкового метаболізму в хворих на генералізований пародонтит з різною груповою приналежністю.

Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження 230 осіб чоловічої статі, в яких визначено середнє значення загального білка, альбуміну, С-реактивного білка в сироватці крові. Дослідження проводили на автоматичному біохімічному аналізаторі «Hitachi-902», «Унтегра 800», фірми «Roche» виробництва Японії, за допомогою комерційного набору реактивів «Roche» (Німеччина). Внутрішньолaborаторний контроль якості виконання досліджень здійснювали з використанням контрольної сироватки «Precipomт», «Preciprat» «Roche» (Німеччина).

Аналізуючи значення концентрації загального білка, альбуміну, С-реактивного білка в ротовій рідині в осіб груп дослідження, доведено, що концентрація загального білка у хворих на ГП, в середньому, складала

(2,28±0,19) г/л, що було на 3,63% нижче, ніж у осіб порівняльної групи – (2,20±0,29) г/л, $p>0,05$. При цьому встановлено, що максимальні значення вмісту загального білка в ротовій рідині у осіб обох груп дослідження з А (II) групою крові: (2,59±0,13) г/л у хворих на ГП та (2,55±0,31) г/л у практично здорових людей, $p>0,05$. Найнижче значення концентрації загально-го білка в ротовій рідині досліджували у хворих на ГП з О(I) групою крові – (2,13±0,16) г/л, $p>0,05$, та у здорових людей носіїв В (III) групи крові – (1,92±0,12) г/л, $p>0,05$.

Вміст альбуміну у ротовій рідині у осіб основної групи в середньому був на 15,79% нижче, ніж у осіб порівняльної групи (0,32±0,08 г/л проти 0,38±0,08 г/л, $p>0,05$). При цьому у практично здорових людей, носіїв О(I), В (III), АВ(IV) груп крові, вміст альбуміну в ротовій рідині був однаковий і дорівнював, (0,41±0,08) г/л. Однак у носіїв А(II) групи крові вміст альбу-міну у ротовій рідині був мінімальний і складав (0,30±0,05) г/л. У хворих на ГП максимальні значення вмісту альбуміну в ротовій рідині досліджува-лись у носіїв А(II) групи крові – (1,24±0,04) г/л, а мінімальні – у пацієнтів з О(I) групою крові – (0,31±0,03) г/л.

Концентрація С-реактивного білка у ротовій рідині у хворих на ГП в середньому становила (1,01±0,22) г/л, що було 20,24% вище, ніж у осіб порівняльної групи (0,84±0,18) мг/л, $p>0,05$). Максимальні концентрації С-реактивного білка визначались в ротовій рідині в представників обох груп дослідження з А(II) групою крові: (1,47±0,27) мг/л – у основній гру-пі, та (1,40±0,14) мг/л у порівняльній групі, $p>0,05$. Мінімальні значення С-реактивного білка в ротовій рідині визначались у осіб з ГП та практично здорових людей з АВ(IV) групою крові (0,61±0,15) мг/л та (0,44±0,24) мг/л відповідно, $p>0,05$.

УДК 616.31-085

Бойків А. Б., Дрезніцька Р. О.

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

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРОДОНТИТ

Відсутність чітких критеріїв щодо призначення у комплексному ліку-ванні генералізованого пародонтиту антибіотиків спонукала до проведення даного дослідження. Були визначені наступні показання для обов'язкового призначення антибіотикотерапії: пародонтит у стадії загострення (особли-

во при абсцедуванні); швидко прогресуючий пародонтит (ШПП); хірургічні втручання на тканинах пародонта. Зокрема, терапія ШПП призводила до значного покращення показників вже на 5 добу, ефект утримувався до 3 місяців. Використання антибіотиків показано тільки тим пацієнтам, у яких механічною обробкою не вдається зупинити прогресуюче зменшення періодонтального з'єднання. Передумовою успіху при цьому є гарна гігієна порожнини рота пацієнта. Залежно від тяжкості захворювання (гінгівіт – пародонтит, ШПП) мають бути використані різні види антимікробної терапії на різних етапах лікування. 1 етап: підбір раціональної техніки індивідуальної гігієни порожнини рота; професійне чищення зубів; усунення ретенційних пунктів. 2 етап: «закритий» кюретаж (видалення грануляцій та обробка поверхонь коренів зубів). 3 етап (за наявності кишень 6 мм): клаптева операція за Widman («відкритий» кюретаж), апікальне переміщення клаптя (усунення кишень), додаткова загальна антибіотикотерапія. Призначення антибіотиків на 2 етапі може бути двояким – емпіричним (у разі відсутності раніше проведеної терапії антибіотиками) або (у разі раніше проведеної терапії антибіотиками) тільки на підставі антибіотикограми мікроорганізмів пародонтальної кишень. Внаслідок появи високорезистентної мікрофлори антибіотиками вибору у другому випадку є доксициклін, аугментин, кліндаміцин, ципрофлоксацин, амоксициклін, можлива комбінація з метронідазолом.

УДК 616.316

Гасюк Н. В., Левків М. О.

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

ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Відсутність позитивної динаміки терапії генералізованого пародонтиту внаслідок застосування загальноприйнятих схем дає поштовх науковцям до доповнення арсеналу традиційних методів обстеження осіб даного контингенту більш специфічними та індивідуалізованими, а саме, молекулярно-генетичними.

Оскільки дослідження останніх років дали можливість стверджувати, що більшість запальних захворювань тканин пародонта є багатофакторними із генетичним компонентом.

Метою дослідження стало визначення ролі генетичного профілю індивідуума в патогенезі генералізованого пародонтиту.

Виділення поліморфної ділянки гена ядерного фактора транскрипції NF- κ B1 (rs28362491) проводили із клітин букального епітелію 55 осіб, хворих на генералізований пародонтит, шляхом ПЛР (А. Н. Montes, 2006). Математичну обробку отриманих результатів проводили згідно з вимогами популяційної статистики, беручи за основу закон генетичної рівноваги Харді–Вайнберга. Статистичне обґрунтування вірогідності відмінностей розподілу генотипів проводили за допомогою критерію χ^2 із поправкою на безперервність Єтца.

Визначено, що 30 (55 %) мали генотип (Del/Ins) гетерозиготи, ще 16 осіб (29 %) генотип (Ins/Ins) гомозиготи, із розміром фрагменту поліморфної ділянки розміром 94 bp.

Генотип (Del/Del) було визначено у 9 осіб (16 %), хворих на генералізований пародонтит. Клінічний перебіг та інтенсивність запально-дистрофічних змін у тканинах пародонта при цьому відповідала картині швидкопрогресуючого пародонтиту.

УДК 616.316-091.8-02:616.921.5

Гевкалюк Н. О., Пудяк В. Є.

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

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЛЮДИНИ ПРИ ГРИПІ

Впродовж останнього часу увагу вчених привертає наявність зв'язку інфекційних агентів із формуванням запальних процесів слинних залоз. Ураження, які виникають при грипі у великих слинних залозах, приводять до порушення нормальної функціональної активності органів порожнини рота.

Метою було дослідити патоморфологічні зміни слинних залоз при грипі.

Ми провели гістохімічне дослідження слинних залоз 17 хворих на грип, спричинений вірусом типу А (H1N1).

Встановили, що ацинуси слинних залоз при гістохімічному забарвленні Бергман-ШИК-альціановим синім містять слизові гранули ШИК-позитивного секрету. Спостерігається атрофія ацинусів і вставних проток, заповнення просвіту посмугованої протоки великими епітеліальними призматичними клітинами. Частина серозних муцинозних glanduloцитів підлягає слизовій дистрофії, навколо проток відмічається дифузна лімфоцитарна інфільтрація. Слизові відділи збільшені за рахунок гіпертрофії мукоцитів, вивідні протоки нерівномірно розширені, заповнені секретом. Під

базальною мембраною вивідних проток наявні лише поодинокі плазмоцити, які синтезують неактивну форму Ig A.

В основі патоморфологічних змін при гострому вірусному сіаладеніті, спричиненому вірусом грипу типу А, лежить зменшення кількості функціонуючих залоз, ураження секретуючих епітеліальних клітин, дистрофія серозних муцинозних glanduloцитів. Порушуються механізми вироблення Ig A, що приводить до пригнічення місцевого імунітету порожнини рота та проникнення інфекційних агентів.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні факторів неспецифічного захисту ротової порожнини.

УДК 616.314.17+616.31)002.3-085.454.123

Гриновець І. С., Бумаценко В. В., Гриновець В. С.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

РОЗРОБКА І ЗАСТОСУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПЛІВОК, ЯКІ МІСТЯТЬ ДЕКВАЛІНУ ХЛОРИД, З МЕТОЮ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Ми розробили, нову удосконалену лікарську форму для лікування слизової оболонки порожнини рота, дія якої настає швидше від існуючих на сьогодні лікарських форм, має пролонговану дію та забезпечує відповідний рівень терапевтичної концентрації діючої речовини.

Основу плівки одержували полімеризаційно, використовуючи плівкоутворювальні речовини з вираженими адгезивними властивостями: натрій карбоксиметилцелюлоза та полівініловий спирт.

У процесі розробки нової форми проведено низку досліджень:

- мікробіологічні – для підтвердження чистоти лікарської форми у вигляді стоматологічних лікарських плівок;
- фізико-хімічні та механічні – з метою підтвердження якісного складу як плівкоутворювальної основи, так і лікарської форми.

Чутливість до досліджуваних плівок визначали мікробіологічно на різних щільних поживних середовищах: жовтково-сольовому агарі – для *Staphylococcus aureus*, кров'яному агарі – для *Streptococcus pyogenes*, середовищі Ендо – для *Escherichia coli* та Сабуро – для *Candida albicans*.

Клінічні спостереження проводили за згоди двох груп хворих у віці від 20 до 30 років: основна група та група порівняння по 15 осіб, з них із алер-

гічними стоматитом, який супроводжувався афтозними утвореннями на поверхні слизової оболонки – 6, стоматитом 6 та пародонтозом – 3 хворих. Усім пацієнтам проведено базове лікування. Після цього місцево застосовували загальноприйняті антимікробні та протиалергічні препарати шляхом аплікацій, сублінгвальних зрошень та інстиляцій, а також фізіотерапевтичне лікування. В основній групі, окрім базового лікування, на уражену слизову оболонку порожнини рота та пародонта у складі курсу лікування додатково проведено аплікації стоматологічних лікарських плівок з декваліну хлоридом. Курс лікування становив у середньому 6–15 днів, залежно від тяжкості перебігу захворювання, а порівняльні спостереження проводили з контролем у 3 та 6 місяців.

Спостереження у процесі та після проходження пацієнтами курсу лікування показали, що поліпшення клінічного стану в основній групі настало уже на 3–5 день лікування.

УДК: 616.314-002

*Демкович А. Є., Бандрівська О. О., Беденюк О. А.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,*

ЗМІНИ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ В МЕХАНІЗМАХ РОЗВИТКУ І ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПА- РОДОНТА

Генералізований пародонтит, як і будь який інший імунозалежний патологічний процес, супроводжується змінами цитокінового профілю. Оптимальну дію цитокінів визначає рівновага різних за біологічною активністю інтерлейкінів, а порушення цієї регуляції є умовою патологічних процесів і хвороб. Прозапальним цитокінам мононуклеарів властива синергічна дія, вони контролюють усі етапи формування локального запалення. До них відносяться: а) продукція чинників активації гемокоагуляції; б) посилення активності нейтрофілів і моноцитів/макрофагіс; в) індукція морфологічних і функціональних змін в ендотеліальних клітинах. Провідними прозапальними цитокінами при пародонтитах визнано цитокіни першої хвилі – ІЛ-1 і ФНП. Прозапальний цитокін ІФН- γ (ІФН II типу) характерний для хронічного запалення і разом із ІЛ-1 та ФНП- α відіграє центральну роль у його розвитку. Цитокін ІЛ-12 – один із основних прозапальних цитокінів другої хвилі. Деструктивно-запальний процес у пародонті, у першу чергу, стримують ІЛ-4 та ІЛ-10. Баланс про- і протизапальних цитокінів

відображає індекс запальної активності, що визначається за формулою (ФНП- α +ІЛ-6+ІЛ-8) / ІЛ-10. При цьому дисбаланс про- і протизапальних цитокінів може мати несприятливі наслідки в розвитку ускладнень при запальних процесах в тканинах пародонта. При запаленні в пародонтальних тканинах, у першу чергу, відбувається секреція прозапальних цитокінів ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- α , а також регулюючого цей процес протизапального ІЛ-10. Таким чином, макрофаги залучаються до каскаду запального процесу. У ньому активно беруть участь і лімфоцити. Після антигенної стимуляції CD4+ Т-клітини диференціюються в Т-хелпери 1-го і 2-го типу, які здатні до секреції різних цитокінів. Т-хелпери 1-го типу секретують прозапальні цитокіни (ФНП- α , інтерферон- γ , ІЛ-2, ІЛ-12), а Т-хелпери 2-го типу – протизапальні (ІЛ-4, ІЛ-10, ІЛ-13). Отже, заходи патогенетичної профілактики та терапії генералізованого пародонтиту повинні розроблятися з урахуванням цитокінового спектру крові, що відіграє провідну роль в механізмах розвитку пародонтиту.

УДК 616.311.2 + 616.314.(9) - 002 – 031.82 – 085.37

*Денег І. С., Рінецька О. Р., Гриновець В. С.
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького.*

ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОЇ КОМБІНОВАНОЇ ІМУНОКОРИГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Усунення імунного запалення в тканинах пародонта, яке розвивається у хворих на генералізований пародонтит (ГП), повинно передбачати застосування як протизапальних, так і імунотропних препаратів. Враховуючи багатofакторність патологічного пародонтального процесу та неоднакову направленість імунних порушень у різних хворих на ГП, актуальною для ефективної місцевої протизапальної та імунокоригуючої терапії (МПІТ) використовувати декілька препаратів з полівалентною та різнонаправленою дією, згідно з зазначеним принципом комбінованої імунокорекції (Земсков А.М., Караулов А.В., 1994). Виходячи з цього, при одночасній комбінації імуностимуляторів та імуносупресорів, що мають різний механізм дії, відбувається підсилення позитивних впливів цих препаратів та послаблення чи усунення їх негативних ефектів.

Метою роботи було вивчення впливу на місцевий клініко-імунологічний стан хворих на ГП поєднаного застосування у МПТ нестероїдного протизапального препарату натрію диклофенаку, біофлавоноїду кверцетину та вітаміну Е, що володіють різними механізмами протизапальної та імуномодулюючої активності.

Обстеженню підлягали 58 хворих на ГП I–II ступенів, яким досліджували препарати використовували у складі пародонтальних пов'язок та в пастах для інсталяції у пародонтальні кишені в поєднанні з антисептиком хлоргексидином, сорбентом ентеросгелем, а також окисом цинку та метилцелюлозою у відповідних співвідношеннях для отримання потрібної лікарської форми. Виходячи з мети — сформовані три групи. В контрольну I увійшли 14 пацієнтів, яким МПТ проводили з використанням натрію диклофенаку з 10 % вмістом у зазначених пародонтальних пов'язках та інстиляціях. Контрольну групу II склали 16 пацієнтів, у яких аналогічно застосовувався кверцетин та вітамін Е у тій же 10 % концентрації. В основній групі (28 хворих) використовували поєднання натрію диклофенаку і кверцетину та вітаміну Е з однаковим 5 % вмістом кожного у складі пародонтальної пов'язки чи пасті для інстиляцій.

Контроль ефективності лікування проводили за клінічними (швидкість і повнота усунення ознак запалення та нормалізації індексу кровоточивості, пародонтальних індексів) та імунологічними показниками (нормалізація співвідношення регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів СД 4+/СД8+, рівня активаційних маркерів лімфоцитів — СД 25+, СД71+, СД45+, СД38+, СД69+ та С — реактивного білка у пародонтальній крові).

Визначення величин норми досліджуваних імунологічних тестів проведено у 12 здорових осіб з інтактним пародонтом.

Аналіз результатів лікування показав, що усунення запального процесу у хворих основної групи, порівняно з контрольними, проходить швидше (на $(2,6 \pm 0,8)$ дня), з повною нормалізацією індексів, що характеризують інтенсивність запалення.

В контрольних групах після завершення МПТ досліджувани імунологічні показники достовірно відрізнялись від величин норми, хоча намітилась чітка позитивна динаміка відносно даних, отриманих до початку терапії. У хворих основної групи, де застосовували у МПТ поєднання натрію диклофенаку і кверцетину, після її завершення спостерігалась значно вираженіша тенденція до нормалізації індексу співвідношення СД4+/СД8+ лімфоцитів, вірогідне зменшення рівня С-реактивного білка та активаційних маркерів лімфоцитів у пародонтальній крові відносно вихідних величин, та порівняно з даними контрольних груп.

Отже, застосування принципу комбінованої імунокорекції при проведенні у хворих на ГП МПТ, який здійснюється шляхом поєднання в одній

лікарській формі для місцевого застосування натрію диклофенаку з його простагландин-інгібуючим впливом, кверцетину, що пригнічує синтез лейкотрієнів і виявляє імуностимулювальну дію та вітаміну Е з його антиоксидантним та імуностимулювальним впливом, призводить до вираженішого протизапального ефекту та суттєвого послаблення імунологічних порушень у запальних тканинах пародонта. Отримані в основній групі більш виражені клініко-імунологічні ефекти від застосування менших у 2 рази концентрації кожного досліджуваного препарату засвідчують, що поєднання нестероїдного антифлогістика з біофлавоноїдом та вітаміном Е потенціює їх протизапальний та імуномодулюючий вплив на уражені тканини пародонта і є перспективним підходом для ефективного проведення МПТ у хворих на ГП.

УДК 616.31.002.2

Довганик В. В., Гриновець, В. С., Синиця В. В., Бумаценко В. В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,*

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Останнім часом спостерігається зростання використання нанотехнологій у медицині, зокрема в стоматології. Застосування препаратів із наночастинками порівняно з існуючими ліками, в молекулярній формі сприяє появі унікальних систем доставки лікарських речовин до органа-, тканини- або клітини-мішені, що визначає актуальність дослідження властивостей нових водорозчинних наноструктур на основі фулеренів, спрямованих на високо-ефективну лікарську терапію багатьох захворювань.

Досліджено, що вуглець утворює наступні алотропні форми: алмаз, графіт, карбін і фуллерен (багатоатомні молекули вуглецю C_n). У 1991 році японський вчений Іджіма на полярному іонному мікроскопі вперше дослідив різні структури, утворені з кілець вуглецю: нанотрубки, конуси, наночастинки. Нанотрубка – це згорнута в циліндр, гексагональна сітка графіту, основу якої складають шестикутники з розташованими в вершинах кутів атомами.

Нанотехнологічні підходи доставки ліків за допомогою вуглецевих наноструктур уможливають досягти: захист ліків від деградації метаболізуючими ферментами, збільшити селективну абсорбцію препаратів ураженими клітинами та контролювати їх фармакокінетику, а також збільшити їх внутріш-

нюклітинну біодоступність. Лікарські препарати на основі нанотрубок з зазначеними властивостями можуть використовуватися в стоматології для лікування патологічних процесів пародонта і слизової оболонки порожнини рота.

На сьогодні закладається фундамент застосування нанотехнологій практично у всіх галузях медицини. Розвиток нанотехнологій сприяє появі унікальних систем доставки лікарських речовин до певних ділянок організму, що в найближчому майбутньому сприятиме успішному вирішенню завдань профілактичної медицини та ефективної терапії різних запальних захворювань порожнини рота.

УДК: 616.314.17-008.1+616.513.7]-08-036.8

Єлісеєва О.В., Соколова І.І.

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ТЛІ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

Виникнення, ступінь тяжкості, а також інтенсивність розвитку хронічного генералізованого пародонтита (ХГП) на тлі червоного плоского лишая (ЧПЛ) безпосередньо залежать від якісного і кількісного складу мікрофлори порожнини рота.

Метою нашого дослідження став аналіз якісної та кількісної структури мікробіоценозу порожнини рота у хворих із поєднаним перебігом ХГП і ЧПЛ.

Матеріали й методи. Було обстежено 26 пацієнтів із поєднаним перебігом ХГП на тлі ЧПЛ (типова форма). Ідентифікацію виділених мікроорганізмів здійснювали загальноприйнятими методами на підставі вивчення морфологічних, культуральних і біохімічних властивостей за допомогою наборів «Мікро-Іа-test Pliva-Lachema».

Результати й обговорення. Обстеження 26 пацієнтів дозволило виділити 907 штамів мікроорганізмів, представників 29 видів. Проведені бактеріологічні дослідження також показали, що з ротової порожнини в 100% випадків виділяються наступні мікроорганізми - Streptococcus

sanguis, Streptococcus mitis, Streptococcus mutans, Fusobacterium nucleatum, Prevotella intermedia, Bacteroides fragilis, Lactobacillus spp. Самим значимим фактом, встановленим у ході вивчення мікрофлори, була висока частота зустрічальності анаеробних бактерій. Найбільш часто (до 100%) до складу бактеріальної мікрофлори входили пігментоутворюючі грампозитивні палички родів Prevotella і Porphyromonas, грамнегативні фузобактерії, у середньому в 80% спостережень висівали пептострептококи. Причому облигатні анаероби превалювали як у якісному, так і в кількісному відношенні.

Висновки. Встановлено, що при ХГП, що перебігає на тлі ЧПЛ, у мікрофлорі порожнини рота реєструється різке збільшення умовно-патогенних грампозитивних стрептококів. Виявлений склад мікрофлори може бути охарактеризований як дисбактеріоз порожнини рота, який діагностується у всіх обстежених.

УДК 616.311.2+616.314.17+616.314.19) – 002 – 02:577.161.22

Залізняк М. С.

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

РОЛЬ ВІТАМІНУ D У РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

Вітамін D є одним із важливих регуляторів кісткового метаболізму, що сприяє всмоктуванню кальцію та фосфатів у кишечнику і накопиченню цих іонів у кістках, підсилює реабсорбцію кальцію та фосфору в нирках, підвищує кісткову кальцифікацію, створює оптимальні умови для мінералізації кісток та є необхідним для розвитку і підтримки мінералізованого скелета.

Його дефіцит призводить до порушення кісткового моделювання шляхом активації проостеопоротичних цитокінів (інтерлейкінів-1, 6, простогландину-E2), які посилюють кісткову резорбцію (І. П. Мазур, 2009; Г. Я. Шварц, 2009; А. В. Древаль, Л. А. Марченкова, О. М. Лесняк, 2009).

Донедавна найбільш вивченими властивостями вітаміну D була його регуляція кальцій-фосфорного гомеостазу, однак сучасні дані дозволяють розширити наші уявлення про вплив цієї гормоноподібної речовини на різноманітні біологічні ефекти (И. В. Фирсова, Е. А. Мокрова, Б. В. Заводовский, Ю. А. Македонова, 2014).

Вітамін D є гормоном, який не тільки регулює обмін кальцію та фосфатів, підтримуючи їх необхідний рівень у крові, а і впливає на органи та тканини, виконуючи різноманітні функції, що забезпечує нормальне функціонування організму та попереджає виникнення багатьох захворювань (І. П. Мазур, В. Є Новошицький, 2014).

Метаболіти вітаміну D (25 (ОН)D кальцидіол та 1,25 (ОН)2D кальцитріол) беруть участь у регуляції запальних реакцій та імунної відповіді організму. Дефіцит вітаміну D зумовлює розвиток багатьох соматичних захворювань, а також хвороб тканин пародонта. Плейотропна дія вітаміну D на тканини пародонта включає вплив на пародонтопатогени, регуляцію імунної відповіді та метаболізму кісткової системи (В. В. Поворознюк, І. П. Мазур, В. Є. Новошицький, 2013).

Вітамін D здатний впливати на патогенез пародонтиту через дію на кальцієвий обмін з однієї сторони та імунну систему з іншої сторони, такий вплив здійснюється через рецептор вітаміну D (VDR). VDR широко представлений серед імунних клітин, таких як: антиген-презентуючі клітини, N-кілери, T-клітини, B-клітини (Е. А. Мокрова, 2015).

1,25(ОН)2D3 володіє важливими антипроліферативними, протидиференціюючими й імуномодулюючими функціями. Ліганди VDR активують діяльність природних клітин-кілерів і збільшують фагоцитарну активність макрофагів (М. С. Зяблицкая, В. Г. Атрушкевич, А. М. Мкртумян, 2012) .

Вітамін D бере участь у клітинній диференціації, пригніченні клітинного росту, а також імуномодуляції. Це стероїд, який регулює складну систему геномних функцій і відіграє важливу роль у профілактиці неопластичної трансформації, регулює процес транскрипції клітинного циклу білків, що знижують швидке розростання клітин і збільшують клітинну диференціацію ряду спеціалізованих клітин в організмі.

Активні метаболіти вітаміну D сприяють вивільненню каталітично-го антимікробного протеїну (СAMP) і β-дефенсину. β-дефенсин проявляє антимікробну активність проти *A. Actinomycetemcomitans*, *P. Gingivalis*, *F. Nucleatum*, *Candida*, *papillomavirus* (Е. А. Мокрова, 2015; І. П. Мазур, В. Є Новошицький, 2014) .

Таким чином, представлені багатofакторні властивості вітаміну D постають значимими механізмами кісткової деструкції, розвитку запального процесу, імунологічних розладів як визначального феномена хвороб пародонта.

Кардашевська О. І.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИКІВ ПТАХОФАБРИК

З метою вивчення поширеності захворювань пародонта у працівників птахоферм, ми обстежили 352 працівники Зборівської птахофабрики. Із загальної кількості обстежених 242 особи безпосередньо були задіяні у виробничих процесах в пташниках, таких, як годування і вибраківка птиці. Групу порівняння склали 110 працівників допоміжних підрозділів, які практично не контактували із шкідливими професійними факторами. Вік обстежених коливався у межах від 20 до 55 років, більшість склали жінки у віці до 35 років. Вибірку контролю проводили так, щоб вікові групи були приблизно однаковими.

В основній групі (в усіх вікових категоріях) встановлено виражене зниження частоти клінічно здорового пародонта: у віці 18–24р. – $(18,64 \pm 3,60) \%$ до $(6,81 \pm 1,90) \%$ – найчисленнішій віковій групі 25–34р (зниження у 2,7 рази). У віці 35–44р. – $(7,82 \pm 2,51) \%$ (зниження у 2,4 раза) порівняно з першою віковою групою. Інтактний пародонт у старшій віковій групі виявлено в однієї із 91 особи.

У групі порівняння в аналогічному аспекті кількість осіб з клінічно здоровим пародонтом становила $(61,29 \pm 8,89) \%$ (18–24р.) і $(19,64 \pm 5,35) \%$ (25–34р.), $p < 0,01$. У віковій групі 35–44 р. здоровий пародонт зберігався у $(21,27 \pm 6,03) \%$ обстежених, у найстаршій віковій групі знижувався до $(19,51 \pm 6,27) \%$.

Аналіз діагностичної структури захворювань пародонта у віковому аспекті вказав на зниження частоти гінгівіту у обстежених основної групи від $(76,27 \pm 3,93) \%$ у віці 18–24 р. до $(17,61 \pm 2,87) \%$ у віці 25–34 р. і нульових значень у віці понад 35 років. При цьому зростала частота пародонтиту, розвинені ступені якого виявляли вже у віці (25–34) р. У віковому інтервалі 35–44 р. ГП III ступеня діагностовано у $(32,17 \pm 4,37) \%$, а у віці 45–60 р. – у $(54,94 \pm 5,24) \%$ обстежених.

Іншою була динаміка захворювань пародонта у групі порівняння. Зниження частоти гінгівіту з віком було помірним; генералізований пародонтит III ступеня діагностували, починаючи з віку 35–44 р. у $(6,38 \pm 3,60) \%$ обстежених ($p < 0,01$).

Таким чином, у працівників птахофабрики виявлено вищу поширеність захворювань пародонта, порівняно з особами, які працюють у звичайних умовах в усіх вікових групах, що вказує на несприятливий вплив професійних шкідливих чинників птахівництва на стан тканин пародонта.

Комнацький Б. Ю.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова*

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ІНТАКТНИХ МОЛЯРІВ У ПАЦІЄНТІВ З СУПРОВІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ОСІБ БЕЗ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ

За визначенням експертів Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP): «Біль – це неприємне відчуття та емоційне переживання, пов’язане з реальним або потенційним пошкодженням тканин». Іншими словами, біль є реакцією організму на порогові або надпорогові подразники хімічної, фізичної або механічної природи. Відомо, що сприймають біль ноцицептори – закінчення аферентних нервових волокон, які розташовані в усіх тканинах і внутрішніх органах. Найбільша кількість ноцицепторів знаходиться в тканинах зуба (на 1 см² в дентині – 15 000–30 000 рецепторів, а на шкірі – приблизно 200). У стоматологічній практиці біль є найчастішою та найскладнішою за суб’єктивною оцінкою скаргою пацієнта.

Лікування стоматологічних захворювань – найбільш масовий вид спеціалізованої лікарської допомоги. Майже кожна людина протягом свого життя зіштовхується з необхідністю прийому в лікаря-стоматолога. Перед лікарями-стоматологами проходить полівіковий склад пацієнтів, нерідко обтяжених супутньою патологією. На сьогодні проведення майже усіх стоматологічних процедур супроводжується місцевим знеболюванням. Широкий арсенал місцевоанестезуючих засобів дає можливість їх ефективного знеболювання. Вибір його засобів та методів залежить від діагнозу захворювання, групової приналежності зуба, віку та маси пацієнтів, а також наявності супутніх хвороб. Однак невисока ефективність навіть коректно виконаної анестезії та її ускладнення – пов’язані із захворюваннями внутрішніх органів і систем, серед яких важливе місце займає цукровий діабет (ЦД).

Метаю роботи було вивчити особливості больової чутливості пульпи інтактних зубів у стоматологічних пацієнтів із супутнім ЦД.

З метою вивчення особливостей больової чутливості пульпи зубів у стоматологічних пацієнтів із сумісним ЦД проведено визначення показників електроодонтодіагностики (ЕОД) у 10 хворих на ЦД 1 типу, 62 – на ЦД 2 типу і 45 практично здорових осіб контрольної групи. З

цією метою використовували апарат електроодонтодіагностики «ИВН-98 Пульпотест-Про». Біль спричиняли наростаючим по силі перемінним електричним струмом, яким вимірювали у мкА. Виміри проводили в ділянці перших інтактних молярів на нижній щелепі. Пасивний електрод обгортали вологою марлею і давали в руку пацієнту. Активний електрод поміщали на досліджуваному зубі. Хворий по команді лікаря натискав і утримував кнопку пасивного електрода, і електричний струм починав надходити в коло, а на цифровому табло росли його показники. При появі мінімального відчуття в зубі (відчуття легкого уколу, поштовху, вібрації) – хворий відпускав кнопку нейтрального електрода і на цифровому табло апарату відображалися останні показники струму.

Отримані середньостатистичні результати свідчать про достовірне підвищення порогу больової чутливості пульпи у пацієнтів з ЦД 2 типу ($2,77 \pm 0,12$) мкА, як відносно ЦД 1 типу ($6,8 \pm 0,34$) мкА, $p_1 < 0,001$, так і здорових осіб ($4,69 \pm 0,18$) мкА, $P_2 < 0,001$. Звертає на увагу високий поріг больової чутливості пульпи у хворих на ЦД 1 типу, що з статистичною достовірністю 99,9 % відрізнявся від осіб контрольної групи.

Встановлений достовірно вищий поріг больової чутливості пульпи інтактних зубів у стоматологічних пацієнтів із сумісним ЦД вказує на особливості фізіологічного стану хворих з ЦД 2 типу: активацію протибольових систем організму, які чинять захисну дію. Отримані результати підтверджують думку Рабиновича С. А. (2007) про те, що під впливом підвищеного емоційного стану, який виникає у період очікування стоматологічного лікування, відбувається додаткова активація цих систем, що потребує урахування при проведенні місцевої анестезії. Вірогідне зниження порогу больової чутливості пульпи у пацієнтів із супровідним ЦД I типу відображає зниження чутливості та збудженості нервової системи у цієї категорії хворих.

Встановлено, що у стоматологічних пацієнтів із супутнім ЦД поріг больового реагування на подразнення електричним струмом залежить від типу супровідного захворювання: при ЦД 1 типу – достовірне зниження порогу больової чутливості інтактною пульпи, при ЦД 2 типу – аналогічне підвищення. Це свідчило про активацію протибольових захисних систем організму у хворих на ЦД 2 типу, особливо під впливом емоційного стресу у зв'язку з очікуванням лікування, а також про зниження чутливості та збудженості нервової системи у хворих з ЦД 1 типу, що вказувало на необхідність вибору місцевої анестезії та премедикації з метою забезпечення ефективного знеболювання лікувальних заходів.

Кузняк Н. Б., Дроник І. І.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ГНІЙНИМИ ВОГНИЩАМИ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТУ

При лікуванні генералізованого пародонтиту з гнійно-інфекційними ускладненнями відсутній єдиний підхід у методах, спрямованих на усунення гнійного ексудату з пародонтальних кишень. Використовують переважно локальну і системну антибактеріальну терапію в комплексі з раціональними професійними гігієнічними заходами, що не дає очікуваних результатів, процес лікування тривалий, результати не стабільні. Перспективним напрямком в цьому руслі є ензимотерапія.

Метою дослідження було підвищити ефективність комплексного лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит з гнійними вогнищами в тканинах пародонта

Для вивчення ефективності методів лікування були сформовані 2 групи хворих (по 18 чол. кожна), ідентичного віку, статі, з однаковою тяжкістю захворювання і порівнянними лабораторними показниками. На початковому етапі лікування хворих 1 і 2 груп включало наступні лікувальні заходи: навчання пацієнтів раціональної і контрольованої гігієни порожнини рота, проведення професійних гігієнічних втручань (видалення зубних відкладень і усунення інших шкідливих факторів) поєднуються з використанням місцевої антибактеріальної терапії хлоргексидинвмісними засобами, видалення грануляцій з пародонтальних кишень (методом відкритого кюретажу). За тиждень до операційних втручань хворих 1 (основної) групи призначали протеолітичні ферменти (трипсин 10 мг внутрішньом'язово і лідазу 65 ОД в 10 мл 0,5 % розчину новокаїну у вигляді інстиляцій в пародонтальні кишень протягом 6–7 днів). В якості загальної антибактеріальної терапії хворим 1 групи (основна) був обраний амоксиклав, що вводили внутрішньом'язово, по 875/125 мг на добу курсом від 5 до 6 ін'єкцій. Хворим одночасно з системною антибактеріальною терапією призначався споровий пробіотик «Біоспорин» (по 1 супозиторії на ніч, курсом до 8–10 днів). Імунокорегуючу терапію в 1 групі здійснювали Лікопідом.

Хворим 2 групи (порівняння) проводилася стандартна загальна терапія антибіотиком Лінкоміцином (по 0,5 г внутрішньом'язово три рази на добу протягом 6–7 діб) і корекція імунологічних розладів реофероном, а в якості антиоксидантної терапії – вітамін Е.

Ефективність застосовуваних комплексів у кожній групі окремо і в порівнянні між собою аналізувалися за допомогою ідентичного комплексного клініко-рентгенологічного спостереження і реєстрації параметрів динамічних змін досліджуваних лабораторних показників.

Аналіз динаміки клініко-лабораторних показників виявив, що за час лікування позитивні зміни відбулися як в групі пролікованих за розробленою нами схемою, так і в групі, що отримувала традиційне лікування. Однак у хворих 1 групи вони були більш значущими в більшій кількості осіб і виявлялися в більш ранні терміни. У всіх хворих 1 групи вже на 4–5 добу відзначено регрес основних симптомів запалення і зменшилася піорея з пародонтальних кишень. Подібна позитивна динаміка в клінічному прояві захворювання у хвори 2 групи відзначалася лише на 14–16 день лікування.

Поряд з клінічними спостереженнями відбувались і динамічні зміни основних пародонтальних індексів. До кінця першого тижня після лікування значення індексів гігієни у 93,8 % хворих відповідали нормі, і менш ніж у половини пацієнтів 2 групи (у 43,8 % випадків). У цей період досліджень виділення гнійного ексудату з пародонтальних кишень зареєстровано у 2-х (12,5% випадків) хворих 1 групи і у 6 (28,6 %) – 2 групи спостереження, пролікованих традиційним методом. Повний регрес основних клінічних ознак наявності запалення і відсутність гнійного процесу в пародонтальних тканинах відзначений під впливом розробленого методу лікування хронічного генералізованого пародонтиту, відзначений у всіх 100% хворих на 9–10 день лікування, а у хворих групи порівняння – у 75 % хворих на 15–16 день після лікування. У решти – пародонтальні індекси і проби вказували на наявність залишкових, маловиражених запальних явищ в пародонтальних тканинах.

УДК 616.311.2-002.153-036.1-08-035

Кузняк Н. Б., Шостенко А. А.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

ЗАСТОСУВАННЯ ПОЕТАПНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ

Труднощі комплексного лікування хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт пов'язані з багатогранністю ланок і механізмів патологічного процесу, який формується в тканинах ясен. Досягнення ефективних

і стабільних результатів лікування можливо тільки за умови нормалізації біоценозу тканин ясен і корекції імунітету в бік його відновлення.

Перспективним методом ліквідації дисбактеріозу може бути використання антибактеріальних засобів в комбінації з пробіотиком «Біоспорин». Відсутність досвіду щодо їх застосування у хворих на генералізований катаральний гінгівіт диктує необхідність чітких рекомендацій щодо їх використання.

Метою дослідження було підвищити ефективність комплексного лікування хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт у стадії загострення шляхом етапного використання професійних гігієнічних заходів, етіотропних засобів та імунокорегувальної терапії.

У дослідженні брали участь 49 пацієнтів (від 18 до 26 років) з діагнозом хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення. На підставі даних клінічного обстеження хворих поділили на основну (1 група) – (27 чол.) та контрольну (2 група) – (22 чол.). Хворі контрольної групи порівняння (2 групи) отримували загальноприйняте лікування: стандартну антибактеріальну терапію (місцево використовували 2 % розчин хлоргексидину) поряд з традиційними професійними заходами і курсом імунокорекції препаратом «Лікопід» в дозуванні 1 табл. на добу протягом 10 днів. У віддаленому періоді (через 3–6 місяців після закінчення терапії) у випадках клінічних рецидивів, запального процесу в тканинах ясен проводився аналіз стану біоценозу і місцевої секреторної імунореактивності у цих пацієнтів з подальшим лікуванням за розробленою схемою.

Хворим дослідної групи (1 групи) спочатку була проведена терапія відповідно до розробленого нами методу. На першому етапі лікування всім пацієнтам здійснювалися професійні гігієнічні заходи, обробка ділянок механічних втручань 0,2 % розчином хлоргексидину (гексоралом), на зону ураження тканин ясен наносили гелеву форму «Парагель». Для пригнічення грибкової мікрофлори і відновлення нормобіозу тканин ясен призначали біоспорин перорально 2 рази на день за 30 хвилин до їди. З метою протизапальної терапії додатково призначали німесил, по 1 дозі на добу протягом перших 3 днів. Імунологічні препарати на першому етапі лікування не використовувалися.

Другий етап лікування у хворих основної групи починався після ліквідації активного запального процесу в тканинах ясен, і містив у собі загальну імунотерапію лікопідом, в дозі 1 мг на добу за схемою один раз на день протягом 10 днів.

Третій завершальний етап включав профілактику рецидивів захворювання у віддаленому періоді після лікування шляхом проведення за показаннями професійних гігієнічних заходів і повторного курсу загальної або

локальної імунорегуляторної терапії. Вибір способу імунотерапії проводили залежно від клініко-лабораторних даних і клінічного стану ясенних тканин. Хворим з відновленим процесом, що характеризувався хронічним уповільненим перебігом, загальна імункорекція Лікопідом проводилася на тлі скорочення до 5–6 днів курсу антибактеріальних препаратів «Паргель», «Біоспорин». Необхідність проведення попередньої імункорекції на третьому етапі у хворих з інтактними тканинами пародонту виникала в результаті виявлення у них, під час лабораторних досліджень, деякого погіршення з боку імунологічних показників у порівнянні з такими безпосередньо після другого етапу комплексного лікування. В цьому випадку профілактичні курси місцевої імунотерапії проводилися тривалістю 6-8 днів. Лікопід вводили аплікаційним методом (1 мг препарату на 30,0 мл фізрозчину), тривалість впливу від 5 до 10 хвилин.

На першому етапі лікування хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення рекомендовано проводити поряд з раціональними професійними заходами місцеву антибактеріальну терапію хлоргексидинмісними засобами в комбінації з Біоспорином. Під їх впливом відбувалося зменшення і повне зникнення потенційних збудників захворювання і нормалізація біоценозу ясенної тканини у 93% пролікованих. Запропоновану схему імунотерапії хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення рекомендується здійснювати після усунення активних запальних явищ в тканинах ясен. Використання лікопиду в дозі 1 мг на добу, протягом 10 днів перорально на 2 етапі лікування і в подальшому з профілактичною метою (місцево на інших етапах комплексної терапії) дозволяє прискорити ліквідацію основних симптомів захворювання у 96,3 % безпосередньо після імункорекції і стійких клініко-лабораторних результатів протягом усього терміну диспансерного спостереження у 100 % пацієнтів.

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ

Кулигіна В. М., Тепла Т. О.

*Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

Захворювання пародонта є однією з найбільш складних і важливих проблем сучасної стоматології. В окремих роботах доведена важливість впливу уражень спинного мозку на виникнення та розвиток захворювань пародонта [Горобець С.М., 2008; Галкіна О.П., 2011; Гончарук Л.В., 2011]. Недостатнє вивчення факторів, що обтяжують перебіг захворювань пародонта у пацієнтів з ураженнями міжхребцевих дисків шийного відділу зумовлює невисоку ефективність методів їх лікування і профілактики.

Мета роботи: Розпрацювати методику комплексної профілактики та лікування захворювань пародонта у пацієнтів з ураженням міжхребцевих дисків шийного відділу.

Об'єкти і методи: В основу реалізації поставленої мети нами покладені результати особистих досліджень, а також протоколи надання стоматологічної допомоги хворим із ураженнями тканин пародонта [Кулигіна В.М., Тепла Т.О., 2015]. При цьому враховували місцеві фактори ризику розвитку захворювань тканин пародонта (швидкість слиновиділення, рН ротової та ясенної рідини, стан гігієни порожнини рота, тканин пародонта і їхнього мікроциркуляторного русла) та загальні (стан вегетативної нервової системи і гемодинаміку екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин).

Результати: Лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на фоні уражень міжхребцевих дисків шийного відділу передбачало терапію шийного остеохондрозу в умовах санаторію. Вона включала призначення за показами таких реабілітаційних процедур: радоново-вуглекислі ванни температурою 36°C 8-15 хвилин згідно методики; підводне вертикальне витягування шийного відділу хребта; горизонтальна комп'ютерна тракція хребта; електрофорез «Бішофіта Полтавського», екстракту Куяльницької грязі, «Пелодекса»; вакуумна терапія на шийний відділ хребта; лазерна терапія; голкорексфлексотерапія; інтерференцтерапія; масаж; мануальна терапія.

Розробка методики лікування захворювань тканин пародонта у пацієнтів з ураженням міжхребцевих дисків шийного відділу базувалася на загальних принципах та поділена на декілька послідовних фаз (схема 1).

Схема 1 - МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЇХ РЕЦИДИВА У ПАЦІЄНТІВ З УМДШВ

<p>Групи пацієнтів</p> <p>етапи лікування</p>	<p>II період зрілого віку (хронічний катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит початкового - I ступеня) <i>За індексом PSR пацієнтам даної групи необхідно проводити професійну гігієну та протизапальну терапію.</i></p>	<p>Літнього віку (генералізований пародонтит II-II ступеня) <i>За індексом PSR пацієнтам даної групи необхідно проводити додаткове обстеження та комплексне лікування.</i></p>
<p>I фаза (усунення ЗН та ЗК, місцева проти-запальна терапія, санация порожнини рота)</p>	<p>ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА: ультразвуковий та ручний методи зняття зубних відкладень, закритий кюретаж.</p> <p>МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ: <i>Гідромасаж радоново-вуглекислими водами</i> (спеціальний наконечник, по якому подається радонова вода під тиском 1-2 аТм, температура 38-40 градусів, тривалість процедури 10 хв., курс лікування 10 днів) <i>NBF Gingival Gel</i> (комбінований препарат на основі прополісу, вітамінів С та Е; аплікації на ясна 3-4 рази на день, курс лікування 5-7 днів)</p> <p>ЗАГАЛЬНА ТЕРАПІЯ: Остеогенон (засіб, що впливає на структуру та мінералізацію кісток; по 1 табл. 1 р/д) Трентал (ангіопротектор; для корекції розладів мікроциркуляції; по 2 табл. 2 р/д.)</p>	<p>ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА: ультразвуковий та ручний методи зняття зубних відкладень, закритий кюретаж.</p> <p>МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ: <i>Гідромасаж радоново-вуглекислими водами</i> (спеціальний наконечник, по якому подається радонова вода під тиском 1-2 аТм, температура 38-40 градусів, тривалість процедури 10 хв., курс лікування 10 днів) NBF Gingival Gel (комбінований препарат на основі прополісу, вітамінів С та Е; аплікації на ясна 3-4 рази на день, курс лікування 7-10 днів) PerioChip (дентальні вкладки з хлоргексидином; показання ХГП в стадії загострення при умові глибини пародонтальної кишені 5 мм та більше).</p> <p>ЗАГАЛЬНА ТЕРАПІЯ: Остеогенон (засіб, що впливає на структуру та мінералізацію кісток; по 1 табл. 1 р/д) Трентал (ангіопротектор; для корекції розладів мікроциркуляції; по 2 табл. 2 р/д.)</p>

<p>I фаза (усунення ЗН та ЗК, місцева проти-запальна терапія, санація порожнини рота)</p>	<p>Ноофен (відноситься до групи - ноотропні та гамкергічні лікарські засоби; використовується при корекції розладів ВНС; по 1 таб. 3 р/д, курс лікування 14 днів). Супраділ (полівітаміни; 1 драже 1 р/д). ІНДИВІДУАЛЬНА ГІГІЄНА: Tebodont на основі масла чайного дерева (зубна паста, флос, ополіскувач) Зубна щітка (LACALUT aktiv). Інтердентальні щітки (LACALUT Interdental).</p>	<p>Ноофен (відноситься до групи - ноотропні та гамкергічні лікарські засоби; використовується при корекції розладів ВНС; по 1 таб. 3 р/д, курс лікування 14 днів). Супраділ (полівітаміни; 1 драже 1 р/д). ІНДИВІДУАЛЬНА ГІГІЄНА: Tebodont на основі масла чайного дерева (зубна паста, флос, ополіскувач) Зубна щітка (LACALUT aktiv). Інтердентальні щітки (LACALUT Interdental).</p>
<p>II фаза (хірургічне лікування)</p>		<p>За показаннями відкритий кюретаж, клаптеві операції.</p>
<p>III фаза (реставраційне лікування)</p>		<p>За показами раціональне зубне протезування з використанням постійних шин та шин-протезів.</p>
<p>IV фаза (підтримуюча терапія)</p>	<p>ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА: ультразвуковий та ручний методи зняття зубних відкладень, закритий кюретаж. ІНДИВІДУАЛЬНА ГІГІЄНА: Tebodont на основі масла чайного дерева (зубна паста, флос, ополіскувач) Зубна щітка (LACALUT aktiv). Інтердентальні щітки (LACALUT Interdental).</p>	<p>ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА: ультразвуковий та ручний методи зняття зубних відкладень, закритий кюретаж. ІНДИВІДУАЛЬНА ГІГІЄНА: Tebodont на основі масла чайного дерева (зубна паста, флос, ополіскувач) Зубна щітка (LACALUT aktiv). Інтердентальні щітки (LACALUT Interdental).</p>

Висновок: Застосування місцевої та загальної терапії з урахуванням патогенетичного впливу уражень міжхребцевих дисків шийного відділу на тканини пародонта можуть сприяти покращенню його стану та профілактиці рецидиву захворювання.

Паталаха О.В., Лоскутова І.В.

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»,
м. Рубіжне*

СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ОПІЙНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

Останнім часом великого поширення набула наркоманія, викликана зловживанням опієм, його алкалоїдами та синтетичними замінниками. Причому, клінічна картина опійної залежності зазнала суттєвих змін. Вплив наркотичних засобів на стан організму призводить до ранніх проявів захворювань порожнини рота (пародонту), а також до інтоксикації організму. Найчастіше спостерігається екзогенна інтоксикація, що розвинулася через отруєння наркотиками. Часом інтоксикація виникає не через саму речовину, що потрапила в організм, а через вироблення продуктів життєдіяльності внаслідок потрапляння наркотичної речовини в організм. При наркоманії відбувається накопичення в організмі різних токсикантів ендogenous походження, індукованих екзогенним введенням опіатів, при недостатності функції системи природної біологічної детоксикації.

Проведено клініко-лабораторне обстежено 68 хворих на генералізований пародонтит (ГП) з опійною залежністю з тривалістю від 2 до 15 років, віком від 26 до 48 років. У всіх обстежених генералізований пародонтит мав II ступінь тяжкості. Активність перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) визначали за накопиченням у крові їх продуктів - малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югатів (ДК) спектрофотометрично. Вивчали також показник перекисного гемолізу еритроцитів (ПГЕ).

Вивчення показників ПОЛ у хворих на ГП з опійною залежністю дозволило встановити активацію процесів пероксидації ліпідів, ступінь вираженості якої залежала від тривалості опійної залежності. Концентрація проміжних продуктів ліпопероксидації (ДК) складала $(14,7 \pm 0,8)$ мкмоль/л, що в середньому в 2,33 разів вище норми (при нормі $(6,3 \pm 0,2)$ мкмоль/л; $P < 0,01$). Індивідуальний аналіз показав, що у більшості хворих (39 осіб - 57,4%) рівень проміжного метаболіту знаходився в межах 10,6-12,6 мкмоль/л., у 12 хворих (17,6%) – від 12,7 до 15,3 мкмоль/л, максимальне збільшення $(15,4-19,8)$ мкмоль/л) рівня метаболіту відмічалось у 11 хворих (16,2%) і мінімальний $(8,7 - 10,5)$ мкмоль/л) вміст – у 6 хворих (8,8%). Взаємозв'язок між тривалістю опійної залежності та змінами показника рівня проміжного продукту ПОЛ мало позитивний кореляційний взаємозв'язок. У пацієнтів

з тривалістю наркоманії до трьох років кратність збільшення концентрації ДК у сироватці крові була мінімальною (в 1,25 рази) і складала у середньому $(7,9 \pm 0,4)$ мкмоль/л ($P < 0,05$). При цьому у пацієнтів з тривалістю опійної залежності від 3,1 до 6,0 років відмічалася зростання проміжної речовини ПОЛ вдвічі, складаючи у середньому $(12,7 \pm 0,7)$ мкмоль/л ($P < 0,01$). При тривалості опійної залежності в обстежених хворих від 6,1 до 10 років вміст ДК у крові був максимальним і дорівнював у середньому $(17,9 \pm 0,9)$ мкмоль/л, що у 2,84 рази було більше норми ($P < 0,001$). Необхідно відзначити, що у хворих на ГП, які зловживали наркотиками понад 10 років, подальшого зростання рівня проміжних продуктів ПОЛ у сироватці крові не було. Так, вміст сироваткових ДК складав у середньому $(18,1 \pm 0,8)$ мкмоль/мл, що було в 2,87 рази стосовно норми ($P < 0,001$). Дієнові кон'югати є первинними продуктами ПОЛ, відносяться до токсичних метаболітів, які надають шкідливу дію на ліпопротеїди, білки, ферменти і нуклеїнові кислоти. Ліпопероксидази є вельми нестійкими і піддаються подальшій окисній дегенерації.

В обстежених хворих відбувалося підвищення кінцевого метаболіту пероксидації ліпідів (МДА) у середньому до $(10,0 \pm 0,5)$ мкмоль/л, тобто рівень даного показника в 2,78 рази було вище за норму (при нормі $(3,6 \pm 0,2)$ мкмоль/л ($P < 0,01$), з коливаннями показника від 5,4 мкмоль/л до 16,0 мкмоль/л. Максимальне значення даного показника виявлялося у пацієнтів з тривалим стажем опійної залежності (понад 10 років), в яких рівень МДА складав у середньому $(11,5 \pm 0,8)$ мкмоль/л, тобто вище норми в 3,19 разів ($P < 0,001$). У хворих короткою тривалістю використання наркотичних засобів спостерігалася менш виражене підвищення концентрації кінцевого продукту ПОЛ у крові. Так, у пацієнтів з тривалістю опійної залежності до 3-х років рівень сироваткового МДА складав $(6,4 \pm 0,3)$ мкмоль/л, тобто в 1,78 рази менше норми ($P < 0,05$). У пацієнтів на ГП із стажем наркоманії від 3,1 до 6 років рівень метаболіту ПОЛ зростав у середньому в 2,23 разів і складав $(8,02 \pm 0,6)$ мкмоль/л ($P < 0,01$), а від 6,1 до 10 років - в 2,72 разів ($(9,8 \pm 0,8)$ мкмоль/л; $P < 0,01$). Отже, у хворих з хронічним запальним процесом у пародонті при наявності опійної залежності відбувається збільшення кінцевого метаболіту ПОЛ у сироватці крові, що порушує проникливість клітинних мембран, внаслідок цього мембрана стає більш крихкою і гальмується процес фагоцитозу.

В результаті проведеного дослідження встановлено достовірне підвищення рівня ПГЕ, що складало у середньому $(9,9 \pm 0,4)\%$ (при нормі $(3,1 \pm 0,3)\%$; $P < 0,01$). Коливання показник ПГЕ у обстежених хворих на ГП на фоні опійної залежності склалися від 4,7% до 12,8%. В цілому у хворих із коротким стажем наркоманії (до 3-х років) рівень ПГЕ перевищував норму у середньому в 1,42 разів, досягаючи значення $(5,1 \pm 0,6)\%$ ($P < 0,01$), а

при тривалості від 3,1 до 6,0 років - у 1,83 рази ($5,7 \pm 0,8\%$; $P < 0,01$). Водночас, при тривалій опійній залежності показник ППЕ збільшувався суттєво: від 6,1 до 10 років – в 2,55 рази, а більш 10-ти років – в 3,23 рази, що складало у середньому ($7,9 \pm 0,5\%$) та ($10,0 \pm 0,4\%$) відповідно ($P < 0,001$).

Таким чином, у хворих на ГП з опійною залежністю відмічається зростання рівня метаболітів ПОЛ к рівні, а саме ДК і МДА, що вказує на активацію процесів пероксидації ліпідів. Продукти вільнорадикального окислення ліпідів, зокрема ненасичені альдегіди (МДА) володіють мутагенними властивостями і мають виражену цитотоксичність. Накопичення в організмі продуктів ПОЛ (ДК та МДА) і розвиток ендотоксикозу призводить до стимуляції монооксигеназної системи, змін реакції ліпідного, гормонального, імунного, статусів із виснаженням антиоксидантної системи.

УДК 616.314.17-083

Росоловська С. О., Чикита А. В., Перетятко С. С.

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

РІВЕНЬ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИНИ ПАРОДОНТА

У розвитку запальних захворювань пародонту значення гігієнічного стану порожнини рота є загальноновизнаною як вітчизняними, так і зарубіжними авторами.

Метою даної роботи була оцінка рівня гігієни порожнини рота за гігієнічним індексом Гріна-Вермільйона при різному стані тканин пародонта (здоровий, хронічний катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит початкового ступеня у студентів ТДМУ віком 18-21 років.

У осіб зі здоровим пародонтом рівень гігієни порожнини рота за значенням індексу Грін-Вермільйона відповідав «задовільному» і становив $1,26 \pm 0,09$ балів. У хворих на хронічний катаральний гінгівіт рівень гігієни відповідав нижній межі «незадовільного» гігієнічного стану порожнини рота так склав $1,92 \pm 0,13$ бала. У хворих на генералізований пародонтит початкового ступеня гігієнічний стан порожнини рота відповідає верхній межі «незадовільного» та становить $2,34 \pm 0,22$ бала.

Таким чином, результати аналізу досліджуваних показників свідчать про достовірне відміну рівня гігієни порожнини рота у пацієнтів з різним станом тканин пародонта. Цей факт необхідно враховувати при плануванні обсягу і кількості лікувально-профілактичних заходів.

Сидлярук Н. І., Пинда М. Я.

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

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Актуальною проблемою стоматології, в даний час, є захворювання слизової оболонки порожнини рота. Проведені дослідження свідчать, що при захворюваннях шлунково-кишкового тракту виникають різноманітні запальні та дистрофічні зміни у СОПР, що є наслідком морфофункціональної та нервово-рефлекторної єдності всього травного каналу.

Метою нашого дослідження було дослідити стан тканин пародонта до та після комплексного лікування за допомогою індексів РМА та СРІТН в поєднанні з вивченням біохімічних показників сироватки крові.

У всіх груп пацієнтів згідно з індексною оцінкою стану тканин пародонта рівень ЦІК, ЕІ, МДА, ДК був підвищеним, а система АОЗ розбалансована, що свідчило про наявність у хворих ушкоджень тканин, але при цьому більш значні зміни показників, а значить і більш значні ушкодження тканин мали місце у хворих з середнім та важким ступенем запальних явищ у СОПР та у пацієнтів, які «потребували курс професійної гігієни», кому «показана місцева протизапальна терапія» і у тих, кому «показане комплексне лікування».

Застосування комплексної терапії дало найкращий позитивний ефект у тих хворих, у яких пародонтальний статус за індексом СРІТН відповідав рівню «слід покращити гігієну» та «потребує курс професійної гігієни». Показники сироватки крові у них фактично не відрізнялися від показників групи пацієнтів, що «лікування не потребують».

Результати дослідження спонукають до подальшого вивчення впливу комплексної терапії на показники слини та сироватки крові пацієнтів різних груп для підбору індивідуальної дози препарату.

Соколова І. І., Сухіна І. С.

Харківський національний медичний університет

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ НЕСТИМУЛЬОВАНОЇ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ДО ПОЧАТКУ ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Антибластомна терапія у хворих на рак молочної залози (РМЗ) часто супроводжується розвитком ускладнень у порожнині рота. У більшості хворих спостерігаються різні стоматологічні захворювання – гіпосалівація, хейліти, мукозити, захворювання тканин пародонту та ін. При цьому на різних етапах протипухлинної терапії на патогенез розладів у порожнині рота можуть впливати різні чинники, що слід враховувати при розробці нових комплексів профілактично-лікувальних заходів.

Мета роботи: оцінити вихідний рівень основних показників нестимульованої ротової рідини у хворих на рак молочної залози до початку проведення поліхіміотерапії (ПХТ).

Матеріали та методи. Для даного дослідження взято однорідну групу пацієнток — 26 жінок, хворих на рак молочної залози T1N0M0 – T2N1M0 стадій, які отримали на 1 етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія).

Для об'єктивної оцінки стану порожнини рота проведено дослідження біохімічних маркерів запалення в нестимульованій ротовій рідині – активність еластази, маркеру мікробного обсіменіння – активність уреаз, показників неспецифічного імунітету – активність лізоцима, зміст малонового діальдегіду (МДА) та рівня антиоксидантного захисту – активність каталази до початку ПХТ.

По співвідношенню відносних рівнів активності уреаз та лізоциму розраховували ступінь дисбіозу за Левицьким А.П., а по співвідношенню активності каталази і змісту МДА розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ).

Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася за допомогою пакета програм STATISTICA.

Результати досліджень. Проведене дослідження ротової рідини у хворих на РМЗ до початку проведення ПХТ виявило, що для них є характерним значне зниження рівня лізоциму – $0,059 \pm 0,022$ од/л (приблизно в 2 рази відносно норми) на всіх етапах ПХТ, зниження активності еластази – $0,370 \pm 0,091$ мккат/л (в 2,5 рази від норми), різке підвищення активності

уреази – $0,782 \pm 0,110$ мккат /л (в 6 – 8 разів вище норми), помірне підвищення вмісту МДА – $0,320 \pm 0,046$ мкмоль/л на тлі зниження активності каталази – $0,174 \pm 0,022$ мкат/л (більш, ніж в 2 рази). Визначено зростання ступеня орального дисбіозу в 13,3 та зниження індексу АПІ в 3 рази до початку проведення ПХТ порівняно з нормою.

Висновки. Отримані дані свідчать про зниження бактерицидних властивостей ротової рідини, підвищення бактеріального обсіменіння і розвитку оксидативного стресу в основному за рахунок пригнічення антиоксидантної активності внаслідок перенесеної раніше операції і променевої терапії.

Перспективи. Отримані данні дозволяють прогнозувати розвиток та розробити патогенетичнообумовлений комплекс заходів для профілактики цих серйозних ускладнень, які нерідко призводять до погіршення загально-го стану онкологічних хворих.

УДК 616.31-083:616.33/.34-002-036.12

Стадник У. О., Швець І. Є.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

На сьогодні проблема профілактики та лікування хвороб пародонта є актуальною з огляду на високу поширеність цієї патології серед осіб різного віку (Белоклицкая Г.Ф., 2009; Лучинський М.А., 2012). Відомо, що розвиток патологічних змін у пародонті відбувається за наявності як ендогенних, так й екзогенних чинників ризику, одним з яких є рівень гігієни порожнини рота (Манашук Н.В., 2014; Макаренко М.В., 2014; Холодняк О.В., 2015). Окрім цього, на стан тканин пародонту суттєво впливає наявність соматичної патології, зокрема, захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що нерідко провокує появу чи ускладнює перебіг хвороб пародонта (Гасюк Н.В., 2013; Проданчук А.І., 2014). З огляду на це виникає необхідність ретельного вивчення впливу на пародонт комплексу чинників ризику виникнення хвороб пародонта з метою підвищення ефективності методів їх лікування з урахуванням як місцевих, так і загальних етіопатогенетичних чинників.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення стану гігієни порожнини рота у хворих на хронічні запальні процеси ШКТ.

Для цього було обстежено 206 пацієнтів з захворюваннями ШКТ, які знаходились на санаторно-курортному лікуванні у м.Моршин Львівської області. Дослідження гігієнічного стану порожнини рота проводили за допомогою індексу Федорова-Володкіної, Silness-Loe та АПІ (Спрощений індекс зубного нальоту на апроксимальних поверхнях по Large).

За даними індексу Федорова-Володкіної у більшості обстежених осіб переважає незадовільний або поганий гігієнічний стан порожнини рота. Добрий рівень гігієни порожнини рота виявлено лише у $10,19 \pm 2,11\%$ пацієнтів. Середнє значення індексу Федорова-Володкіної у обстежених пацієнтів становить $2,65 \pm 0,08$ бали, що, в загальному, характеризує рівень гігієни порожнини рота як поганий. Слід відмітити, що зі збільшенням тривалості захворювання встановлено погіршення гігієни у пацієнтів з захворюваннями ШКТ від $1,53 \pm 0,61$ бали при тривалості захворювання до 1 року до $3,60 \pm 0,71$ бали при перебігу шлунково-кишкової патології понад 15 років.

При аналізі результатів, отриманих за допомогою індексу Silness-Loe, виявлена подібна тенденція, середнє значення індексу при цьому становить $3,09 \pm 0,15$ бали.

Деяко інші результати отримали при інтерпретації індексу АПІ. Встановлено, що, в середньому, у пацієнтів з хронічними захворюваннями ШКТ спостерігається задовільний рівень гігієни порожнини рота ($65,43 \pm 2,24\%$). Проте, при аналізі результатів у віковому аспекті виявлені значні вікові коливання: від $38,41 \pm 2,26\%$ у пацієнтів віком 20-25 років (достатній рівень гігієни порожнини рота) до $81,92 \pm 2,26\%$ у пацієнтів віком 46-55 років (незадовільний рівень гігієни порожнини рота).

Таким чином, у результаті дослідження стану гігієни порожнини рота у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями ШКТ встановлено її низький рівень у більшості обстежених, причому з віком відбувається погіршення гігієнічного догляду за порожниною рота. Отримані результати доцільно воаховувати при плануванні заходів з профілактики та лікування хвороб пародонта у цієї категорії пацієнтів з метою підвищення їх ефективності.

Удод О. А., Вороніна Г. С.

*Донецький національний медичний університет
імені М. Горького МОЗ України*

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ ЕМАЛЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ

Структурно-функціональну кислотостійкість емалі, як відомо, оцінюють за тестом емалевої резистентності, який проводять на вестибулярній поверхні інтактного верхнього центрального різця, але не завжди клінічні умови дозволяють це зробити.

Мета – визначення ступеня інформативності оцінки структурно-функціональної кислотостійкості емалі за тестом емалевої резистентності на зубах різних груп для прогнозування карієсу.

Обстежено 35 дітей віком 15-16 років, у яких визначали індекс інтенсивності карієсу за показником КПВз та структурно-функціональну кислотостійкість емалі за тестом емалевої резистентності на вестибулярній поверхні інтактних верхніх центрального різця, ікла та другого премоляру. Через рік знову підраховували індекс КПВз та приріст карієсу зубів.

Під час первинного огляду індекс КПВз складав $4,43 \pm 0,12$. Показники структурно-функціональної кислотостійкості, визначені на центральному різці ($4,86 \pm 0,18$ бала) та іклі ($4,65 \pm 0,17$ бала), достовірно не відрізнялися між собою ($p > 0,05$), у той час, як різниця з таким щодо премоляра ($4,28 \pm 0,11$ бала) була достовірною ($p < 0,05$). За рік приріст карієсу становив $1,85 \pm 0,16$, внаслідок чого індекс КПВз сягнув $6,28 \pm 0,13$. Встановлений прямий кореляційний зв'язок між показниками кислотостійкості, визначеними на різці та іклі, і приростом карієсу за рік ($r = 0,55$ та $0,53$, відповідно). Зв'язок з показником щодо премоляра був нижчим ($r = 0,43$).

Таким чином, прогнозування карієсу в осіб 15-16 років з високим ступенем інформативності можливе за рівнем структурно-функціональної кислотостійкості емалі, визначеної не лише на центральному різці, а й на іклі.

Чорний А. В.

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України”*

ІМУННИЙ СТАТУС У ОСІБ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

Вступ. У етіології та патогенезі захворювань пародонта велике значення надають стану імунної системи характеру та спрямованості імунних порушень в організмі хворих із гінгівітами та генералізованим пародонтитом на фоні супутніх захворювань. Проте недостатньо висвітлена дана проблема у пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози, хоча захворювання пародонта у таких хворих, за даними різних авторів, виявляють у 57-87% випадків.

Матеріали та методи. Ми обстежили 37 хворих із гіпотиреозом (основна група), що знаходились на диспанцерному спостереженні у ендокринолога поліклінічного відділення лікарні №3 м. Тернополя. Вік обстежених коливався від 32 до 56 років. Серед них жінки 31 (83,8%) та 6(16,2%) чоловіків. Групу порівняння становили 45 осіб у віці від 29 до 60 років із них жінок 32 (71,1%) та 13(28,9%) чоловіків. Серед них 30 осіб із інтактним пародонтом (контрольна група) та 15 — із патологією пародонта, усі без соматичної патології.

Імунологічні дослідження включали визначення показників клітинної та гуморальної ланки. Т- клітинну ланку оцінювали за допомогою CD – маркерів (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+), В- клітинну ланку — за допомогою маркера CD22+. Основні субпопуляції Т — і В — лімфоцитів визначали за допомогою реакції розеткоутворення з еритроцитами на яких адсорбовані моноклональні антитіла проти рецепторів CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ із використанням діагностикумів еритроцитарних для визначення субпопуляцій Т -і В — лімфоцитів людини.

Оцінку гуморальної ланки проводили за рівнем імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG) які визначали у сироватці крові за допомогою методу радіальної імунодифузії. Статистичну обробку результатів проводили за програмою Statistika.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів показників імунологічного обстеження у хворих із гіпотиреозом показав у них наявність порушень у клітинній та гуморальній ланці. Визначали достовірне зменшення рівня загальних Т — клітин CD3+ на 26,9 % ($p<0,05$), (CD4+) на 28,2 %, (CD8+) на 30,6 % та (CD16+) на 25,7 % у порівнянні із такими показниками із особами без супутньої патології з патологією парадонта та більш виражене

зменшення загальних Т-клітин достовірно зменшувалось відповідно кількості субпопуляцій CD4+ на 12,2 % ($p < 0,05$), CD8+ на 8% ($p < 0,05$), (CD16+) на 22,6 % ($p < 0,05$), у порівнянні із показниками контрольної групи осіб. Крім того, незначно змінювався рівень CD22+ ($20,9 \pm 0,3$) у порівнянні до показників групи контролю ($21,2 \pm 0,3$). У гуморальній ланці відмічалось достовірне збільшенням рівня сироваткового IgM (у 1,6 раза, $p < 0,05$) відносно показників контрольної групи. Спостерігалось збільшення рівня IgM (у 1,2 раза, $p < 0,05$) порівняно із групою осіб без супутньої патології із захворюваннями пародонта. У 1,2 ($p < 0,05$) раза збільшений рівень IgA у осіб із гіпотиреозом у порівнянні із групою контролю і у 1,04 раза — із особами з патологією пародонта без супутніх захворювань. Відмічали достовірне збільшення рівня сироваткового IgG (у 1,1 раза, $p < 0,05$) як порівняно із хворими і з патологією пародонта, так і з групою контролю.

Висновок. Дефіцит тиреоїдних гормонів при гіпотиреозі веде до значних порушень процесів обміну речовин в організмі, що в свою чергу сприяє зниженню загального імунітету людини та може призводити до виникнення захворювань пародонта.

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК.616.314.22-089.29-02:616.314.-007.272

Братусь-Гриньків Р. Р.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ШЛЯХИ ДОСЯГНЕННЯ ТА ОЗНАКИ ЗБАЛАНСОВАНОЇ ОКЛЮЗІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ НА НИЖНЮ ЩЕЛЕПУ

Вступ. Підвищення функціональної ефективності знімних конструкцій зубних протезів шляхом удосконалення технологічних підходів та клінічних рішень є актуальним завданням в ортопедичній стоматології. Так, стабільність протеза покривного типу забезпечують не лише елементи фіксації (Макєєв В.Ф. зі співавт., 2013) та анатомічної ретенції, але й урівноважений розподіл оклюзійних контактів (Krishna Prasad D. 2013, Singh Kaira L. 2013). Саме тому раціональне планування схеми оклюзії штучних зубів має важливе значення при конструюванні повних знімних покривних протезів на нижню щелепу.

Метою дослідження є оптимізація методики постановки штучних зубів під час конструювання покривного протеза на нижню щелепу задля покращення його функціональних властивостей, попередження атрофії альвеолярного відростка та запобігання виникненню ускладнень.

Методика дослідження. Під час амбулаторного обстеження 25 пацієнтів (14 жінок та 11 чоловіків віком 51-76 років) з поодиноким збереженими зубами на нижній щелепі за загальноприйнятою методикою особливу увагу звертали на стан тканин протезного поля, а саме: розташування беззубих ділянок-класифікація E. Kennedy (1928), стан збережених зубів, кількість наявних оклюзійних пар та їх розташування (класифікація А.І. Бетельмана 1960), ступінь атрофії – класифікація L. Kohler'a (1929) і форму беззубих альвеолярних відростків – класифікація H.I. Elbrecht'a (1958). Вказані клініко-діагностичні ознаки слугували орієнтиром для підбору штучних зубів Yamahachi Dental (Японія) для покривних протезів.

Функціонально-оклюзійне дослідження попередньої постановки зубів на твердих базисах здійснювали у центральній оклюзії, при латеротрузії (правій/лівій) та протрузії методом двофазної перевірки (Bausch,

Німеччина) на етапі перевірки конструкції, аналіз статичної і динамічної оклюзії—на етапі припасування протезу.

Результати та їх обговорення. Концепція збалансованої оклюзії передбачає стабільність зубних протезів за наявності двобічних оклюзійно-артикуляційних контактів. За відсутності «універсальної» методики постановки штучних зубів у переважній більшості випадків використовують схеми двобічної збалансованої, лінгвалізованої та площинної (ковзної) оклюзії, для яких визначальними є методика постановки жувальних зубів з різним ступенем вираженості горбів.

Постановку штучних зубів (найчастіше з кутом нахилу горбів 20 або 30^o) проводили з урахуванням зафіксованої міжальвеолярної висоти та заданих параметрів різцевого та суглобового шляху середньоанатомічного артикулятора Artex BN Amann Girrbach (регульований кут Беннетта: 0^o - 20^o, фіксований суглобовий шлях 35^o).

У 9 пацієнтів при виготовленні знімних конструкцій протезів на верхню та нижню щелепи одночасно створювали схему двобічної збалансованої оклюзії, використовуючи штучні зуби одного виду для верхньої та нижньої щелеп серії New Ace & Naperges з кутом нахилу горбів 30^o.

Схему лінгвалізованої оклюзії, що передбачає відсутність контактів між щічними горбами збережених жувальних зубів або незнімних ортопедичних конструкцій на верхній щелепі (кут нахилу горбів 30-33^o) і нижніх штучних зубів (New Ace & Naperges кут нахилу горбів 20^o і менше) жувальних зубів покривного протеза відтворювали в 11 пацієнтів. Це дозволило досягнути рівномірного розподілу жувального навантаження, попередити виникнення оклюзійних перешкод і запобігти зміщенню покривного протеза під час жування.

При значній рівномірній атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи для відтворення компенсаційних кривих і двобічних оклюзійно-артикуляційних контактів у 4 пацієнтів застосували схему площинної оклюзії, при якій використовували зуби серії Flat AC (типу cusplless, кут нахилу горбів до 10^o) без зімкнення других молярів.

Упродовж терміну адаптації (30-35 днів) та терміну спостереження (1 рік), за необхідності, здійснювали корекцію жувальних поверхонь штучних зубів покривних протезів для урівноваження контактів під час бокових рухів нижньої щелепи на робочій та неробочій сторонах зубного ряду в положеннях центральної та ексцентричної оклюзії.

Висновок. Удосконалення конструкції покривного протеза шляхом індивідуального вибору штучних зубів та методу їх постановки дало змогу покращити його функціональні властивості завдяки урівноваженому розподілу жувальних навантажень в статичній та динамічній оклюзії.

Перспективою подальших досліджень є аналіз ефективності застосування трьох основних видів оклюзійних схем при конструюванні покривних протезів на нижню щелепу на подальших термінах клінічних спостережень.

УДК 614.021-18

*Гасюк П. А., Воробець А. Б., Росоловська С.О., Радчук В.Б.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

ОСОБЛИВОСТІ ОДОНТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ МОЛЯРІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Вступ. Сучасна реконструктивна стоматологія вимагає високого рівня знань анатомічної будови коронок зубів. Саме тому метою нашого дослідження стало вивчення одонтометричних параметрів молярів в залежності від статі. Нами використовувались такі методи дослідження: одонтологічний, одонтометричний, статистичний. Результати. Моляри являються найбільш складними структурами всієї зубної системи і володіють високим ступенем диференціації поверхонь. Для визначення загальної маси коронок нами проведено визначення показників модулю, масивності та індексу коронок. Загальна маса коронки зуба є важливим показником абсолютних розмірів коронки. Нами проводилось вимірювання основних параметрів коронок молярів: мезіо-дистального, вестибуло-лінгвального діаметрів та висоти коронки. Після цього вираховувались вище вказані одонтометричні показники. Результати проведеного дослідження показують, що показники модулю коронки відрізняються у чоловіків і жінок. Особливо чітко дані відмінності спостерігаються у другому верхньому та першому нижньому молярах. Масивність коронки свідчить про різну ступінь редукції коронок молярів. Встановлено, що показники масивності коронки молярів кожного квадранту верхньої та нижньої щелепи у чоловіків та жінок змінюються від першого моляра до третього в такому порядку: $M1 > M2 > M3$. Дана схема характерна для осіб чоловічої та жіночої статі і підтверджує переважання маси першого моляра за рахунок редукції другого і третього молярів. Індекс коронки являється показником її форми. Нами становлено, що коронки молярів чоловіків відносяться до брахіодонтного типу, а у жінок спостерігається доліходонтний тип коронок молярів.

Глазунов А. О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ВІДПОВІДНОСТІ БАЗИСІВ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ РЕЛЬЄФУ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Однією з головних проблем повного знімного протезування є складність стабілізації та фіксації. Звідси, для пошуку шляхів покращення зазначених функціональних характеристик повних знімних протезів, нами проведено дослідження, мета якого вивчити відповідність їх базисів рельєфу протезного ложа у найближчий термін після здачі.

В рамках представленої роботи досліджено 30 довільно взятих хворих з повною відсутністю зубів, яким було виготовлено 60 повних знімних протезів за традиційною технологією із отриманням функціонального відбитка жорсткою ложкою. Використовували «силіконовий тест»: внутрішні поверхні базисів змащували вазеліном та знімали відбитки з обох щелеп під жувальним тиском. Після виведення протезів з порожнини рота масу відокремлювали та виміряли товщину прошарків за допомогою мікрометра.

На момент здачі протезів зареєстрована переважна відповідність базисів протезному ложу, про що свідчили численні стоншення та перфорації силіконових відбитків. Проте, для 30,0±5,9% протезів на нижню щелепу та 13,3±4,4% – на верхню зареєстровано збереження прошарків силіконової маси в ділянках верхівок альвеолярних гребнів, товщина яких складала в середньому 0,15±0,05 мм, на вестибулярних скатах альвеолярних відростків та торусах – 0,10±0,02 мм. Невідповідність між базисом та протезним ложем була менш виражена для оральних скатів альвеолярних відростків та в буферних зонах на обох щелепах (0,05±0,01 мм).

Як висновок, встановлення випадків недостатньо щільного прилягання базисів протезів до протезного ложа відразу після їх здачі потребує уваги до методики отримання функціональних відбитків.

Маланяк Б.Р.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

СПОСІБ ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вступ. Задоволення потреб людини у підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я є основним завданням стоматологічної допомоги як комплексу заходів, проведених на підставі локальних та уніфікованих протоколів щодо оцінки діагностики, профілактики та лікування, а також стоматологічних послуг— комплексу дій стоматолога в процесі надання стоматологічної допомоги які мають самостійне значення і визначену вартість (Крячко А.Г., Романенко І.Г., 2010., Карамішев Д.В., 2007). Внутрішній і зовнішній контроль є тими механізмами, що мають забезпечити якість медичної допомоги (Мачуга Н.З., 2012., Петрашик Ю.М., 2014). Найважливіша характеристика якості будь-якої медичної послуги – відповідність досягнутого результату лікування очікуваному рівню допомоги, адже саме шляхом зіставлення очікуваного і отриманого результату формується підсумкова оцінка якості стоматологічної послуги (Янішен І. В. 2014). Так, наказ МОЗ України №752 від 28.09.2012р. «Про порядок контролю якості медичної допомоги» передбачає застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації та сертифікації. Серед складових контролю якості надання медичної допомоги - відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, а також вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги, забезпечення їхніх прав та безпеки, що й визначило актуальність даної роботи.

Мета: оцінка якості надання стоматологічної ортопедичної допомоги шляхом зіставлення рівня очікувань пацієнта до лікування і міру задоволення результатом лікування на підставі даних амбулаторного обстеження.

Матеріали та методи дослідження. В процесі амбулаторного обстеження у 48 пацієнтів— 33 жінок, 15 чоловіків, віком 27-59 років (форма 0-43) визначили покази до застосування коронок і мостоподібних протезів і отримали поінформовану згоду на заповнення двох анкет. Анкета 1— для оцінки очікувань від запропонованого ортопедичного лікування за семибальною шкалою на одному з трьох рівнів: 1 рівень (1-3 бали), 2 рівень (4-5 балів), 3 рівень (6-7 балів). Анкета 2—для визначення міри задоволення пацієнта результатами лікування, містила 14 запитань: задоволення естетичних вимог пацієнта

(5 запитань), функціональний стан ортопедичних конструкцій (4 запитання), відчуття пацієнта під час користування зубними протезами упродовж трьох місяців (5 запитань). За підрахунком суми балів (кожна позитивна відповідь — один бал, негативна — нуль балів), результат від 0 до 3 означав, що пацієнт задоволений результатами лікування повною мірою; від 4 до 10 — не повною мірою (частково); від 11 до 14 — пацієнт не задоволений результатами, що й дало змогу визначити суб'єктивну складову якості наданої стоматологічної ортопедичної допомоги через 3 місяці після лікування. При зіставленні двох анкет порівнювали оцінку рівня якості (високий, середній, низький) лікування пацієнтами, очікування яких були різного рівня.

Результати дослідження. За даними анкети 1, 15 пацієнтів очікували на відновлення знижених через часткову втрату зубів функціональних властивостей зубощелепної системи (1-ий рівень). 21 пацієнт - на відновлення функціональних та естетичних властивостей (2-ий рівень), а 12 пацієнтів не лише на відновлення, але й покращення як функціональних, так і естетичних властивостей (3-ій рівень очікувань). Серед згаданих 15 пацієнтів (1-й рівень), 8 осіб були не задоволені результатами лікування, 7 пацієнтів задоволені частково. Серед 21 пацієнта (2-й рівень), лише 1 пацієнт був не задоволений результатами лікування, 16 пацієнтів задоволені частково і 4 пацієнти були задоволені повністю. Серед 12 осіб (3-ій рівень) з найвищим рівнем очікувань 2 пацієнтів були не задоволені, 4 задоволені частково і 6-задоволені повністю результатами лікування.

Загалом, не задоволеними результатами лікування були 11 (22,9%) пацієнтів, 27 (56,3%) з опитаних пацієнтів задоволені частково, а 10 (20,8%) пацієнтів- задоволені повною мірою.

Таким чином, у 17-ти пацієнтів результати лікування відповідали високому рівню якості надання стоматологічної ортопедичної допомоги. Натомість у 16-ти пацієнтів результати відповідали середньому рівню якості, а у 15-ти пацієнтів — низькому рівню якості. Слід зазначити що суб'єктивно низька оцінка якості лікування переважала лише серед пацієнтів з 1-им рівнем очікувань (53,3% опитаних). Натомість, серед пацієнтів з 2-им і 3-ім рівнями очікувань задовільно оцінили результати наданої стоматологічної ортопедичної допомоги, відповідно — 95,2% і 83,3% осіб.

Висновки. 1. Рівень очікувань пацієнта є важливою складовою вибору методу стоматологічного ортопедичного лікування, а міра задоволення пацієнта його результатами — контрольним показником відповідності обраного методу сучасним вимогам якісної медичної допомоги.

2. Виразне переважання незадовільних оцінок результатів лікування (72,7%) серед пацієнтів на 1-му рівні очікувань вказує на невиправдано спрощений підхід до надання стоматологічної допомоги цим особам, що

спричинило повторні додаткові затрати робочого часу і матеріальних ресурсів для виправлення допущених помилок.

Перспективи подальших досліджень полягають у доповненні опрацьованих нами анкет розширеними передумовами очікувань і об'єктивними складовими якості лікування на подальших термінах клінічних спостережень (6,12,18,24 місяців).

УДК: 616.31:

Орловський В. О., Коцюра О. О.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова*

РОЗПОДІЛ ЖУВАЛЬНОГО ТИСКУ В ЗНІМНИХ ПРОТЕЗАХ

Поширеність часткових дефектів зубних рядів за результатами досліджень різних авторів становить від 30% до 70%. Заміщення дефектів незнімними мостоподібними протезами, що фіксуються на зубах, або імплантатах можливе при наявності відповідних умов та відсутності протипоказань. В інших випадках існує потреба у протезуванні знімними протезами (від 20% до 50%). Нерідко хворі віддають перевагу частковим знімним протезам навіть за наявності показань до незнімного протезування. Отже вдосконалення конструкцій часткових знімних залишається актуальним питанням сьогодення.

При застосуванні часткових знімних пластикових протезів (ЧЗПП) та бюгельних (БП) протезів існує відома проблема поєднання двох взаємопротилежних властивостей : 1. Протез повинен добре фіксуватися та бути стабільним у ротовій порожнині; 2. Протез повинен здійснювати мікроекскурсійні рухи при жувальному навантаженні на величину податливості слизової оболонки протезного ложа.

При заміщенні часткових дефектів зубних рядів ЧЗПП фіксуєчними елементами найчастіше є одноплечі гнуті дротяні кламери утримуючого типу, що здатні забезпечити надійну фіксацію, та не перешкоджають мікроекскурсії на опорних зубах, проте реципрокна частина базису таких протезів створює горизонтальний тиск на збережені зуби та стає причиною їх «розхитування», що нерідко спостерігається в клініці, особливо при тривалому терміні користування ЧЗПП. Також ЧЗПП властиві відомі недоліки: надмірний тиск на альвеолярні паростки, що призводить до атрофії останніх, недостатня міцність при великій товщині, негативна дія на маргінальний пародонт.

При лікуванні часткових дефектів БП проблема поєднання вимог фіксації та мікроекскурсії вирішується шляхом використання лабільних та напівлабільних елементів фіксації. Однак лабільні фіксатори погіршують стабілізацію протеза, а напівлабільні, як правило, мають складну конструкцію та, відповідно, високу собівартість. Крім того вони ненадійні, та й зусилля, що пружно деформує еластичний елемент таких фіксаторів є незначними у порівнянні з жувальним тиском, і назвати їх напівлабільними можна тільки умовно.

Мета даної роботи – вдосконалити існуючі сучасні конструкції БП шляхом оптимізації розподілу жувального тиску.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети ми визначасмо залежність показників впливу БП на тканини протезного ложа від механічних властивостей БП, каркаси яких побудовані за оригінальними схемами відмінними від загальноприйнятих із застосуванням «подрібнювачів навантаження» авторської конструкції.

Результати. На підставі аналізу отриманих даних можемо стверджувати, що жувальний тиск на штучні зуби в БП нашої конструкції розподіляється на пародонт опорних зубів, на альвеолярний паросток під базисом, і значна частина зусилля поглинається пружною дугою та « гаситься» її пружною деформацією

Висновки. Застосування БП з каркасом такої конструкції дозволяє:

- Розвантажити пародонт опорних зубів, а при потребі зменшити їх кількість, що особливо актуально при кінцевих дефектах;
- Попередити атрофію альвеолярного паростка та зменшити ризик травматичних пошкоджень слизової за рахунок більш раціонального розподілу жувального навантаження;
- Застосувати конструктивно надійні, прості, та недорогі кламери, або замкові кріплення з жорсткою фіксацією.

УДК: 616.31:

Шінкарук-Диковицька М. М., Коцюра О. О., Орловський В. О.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова*

ЛІНІЙНІ РОЗМІРИ МОЛЯРІВ ТА ПРЕМОЛЯРІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ПОКАЗНИКАМИ КЕФАЛОМЕТРІЇ

Актуальність. Достатньо гостро стоїть проблема коректного виміру розмірів зубів [Дмитриєнко С.В., Краюшкин А.И., Сапин М.Р., 2000], так як

більшість доступних у клініці методів дають змогу отримати або неповні дані, або дані які потребують корекції. Однак, після введення в схему стоматологічного лікування методу комп'ютерно-томографічної діагностики лікарі-стоматологи отримали змогу визначати розмірність, співвідношення та пропорційність зубів в реальному часі, в трьох основних площинах, та для всього зубного ряду з високою достовірністю та без використання додаткового обладнання.

Мета. На основі аналізу зв'язків лінійних розмірів молярів та премолярів, визначених за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії, і кефалометричних показників у практично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України розробити регресійні моделі належних індивідуальних лінійних розмірів цих зубів.

Матеріали та методи. Первинні показники лінійних розмірів молярів та премолярів, визначених за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії та кефалометричні показники, що включають визначення: обхвату голови (глобела), сагітальної дуги, найбільшої довжини і ширини голови, найменшої ширини голови, ширини лица та нижньої щелепи, визначені у 200 практично здорових чоловіків віком від 20 до 35 років із різних регіонів України. Статистична обробка отриманих результатів та побудова математичних моделей буде проведена в статистичному пакеті "STATISTICA 6.1"

Результати. Вперше в практично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України будуть встановлені особливості лінійних розмірів молярів та премолярів, визначених за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії, та визначені кореляції цих розмірів із кефалометричними показниками.

Висновки. Базуючись на отриманих, в ході проведених досліджень, лінійних розмірах молярів та премолярів, визначених за допомогою комп'ютерної томографії, кефалометричних показниках, будуть побудовані прогностичні регресійні моделі належних лінійних розмірів молярів та премолярів у чоловіків із різних адміністративних регіонів України, що можуть бути використані:

- при створенні програмного забезпечення вітчизняних CAD/CAM комплексів для виготовлення незнімних протезних конструкцій;
- при розробці системи підбору штучних зубів для постановки в знімних протезах;
- для подальших наукових розробок стосовно одонтометрії та одонтогліфіки,

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК: 611.216.1.018:616-073.75

Бамбуляк А.В., Кушнір О.Л.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

ВАРІАНТИ БУДОВИ ГАЙМОРОВИХ ПАЗУХ В РЕНТГЕНАНАТОМІЧНОМУ АСПЕКТІ

В аксіальній проекції гайморові пазухи майже повністю нашаровуються на орбіти, і тільки невелику ділянку заднього відділу пазух видно ізольовано поза орбітою. У зв'язку з цим виникає перехрещення S-подібної задньої стінки гайморової пазухи з розташованими тут же лініями, утвореними кортикальними пластинками зовнішніх стінок орбіт. Ці лінійні тіні прямолінійні, і беруть свій початок від стінок луски скроневої кістки потім, перетинаючи нижню щелепу, зливаються з крилоподібними відростками клиноподібної кістки. Цей «перехрест» був описаний В.Г. Гінзбургом і відомий у вітчизняній літературі як «перехрест Гінзбурга» або «симптом ХХ», а в зарубіжній літературі – як «проекція трьох ліній».

Мета: Дослідження «перехресту», щоб оцінити наявність патологічного стану, локалізованого в пазухах або на орбіті.

Матеріали і методи: Дане дослідження ґрунтується на вивченні рентгено-анатомії гайморової пазухи і підскроневої ями у 50 осіб, які не пред'являли жодних скарг, а також рентген-анатомічні дослідження на мацерованих черепах без патологічних змін.

Результати: виявлено різні варіанти зображення так званого «перехресту Гінзбурга». На 63 з 100 рентгенограммах «перехрест Гінзбурга» визначався чітко, на 12 – зовсім не простежувалася з обох сторін, у 9 випадках «перехрест» виявлявся тільки з однієї зі сторін, а також різні форми зображення «перехрещення Гінзбурга» на одному і тому ж черепі(16).

Встановлено, що, в залежності від анатомічних варіацій задньої стінки пазухи, «перехрест Гінзбурга» має свої особливості в рентгенівському зображенні.

Висновки і перспективи: різні варіанти будови задньої стінки гайморової пазухи повинні враховуватися як практичними лікарями в діагностиці патологічних процесів, що локалізуються в цій ділянці, так і морфологами, що вивчають даний відділ черепа.

Гутор Н. С., Гембаровський М. В.

*ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України“*

ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ-ХІРУРГІВ

Вступ. На сучасному етапі розвитку суспільства загострюються питання поєднання медицини та психології, що підкреслює важливість проблеми культури медичного обслуговування (взаємозв'язок надання медичної допомоги з емоційним комфортом хворих). Вивчення психологічних особливостей пацієнтів пов'язані зі здатністю лікаря поставити себе на місце пацієнта, побачити, відчувти, зрозуміти його стан. Даний аналіз має не тільки теоретичне, а й велике практичне значення, що дозволяє стверджувати про необхідність підвищення психологічного розуміння майбутніх лікарів-стоматологів-хірургів.

Основна частина. Основною метою педагогічного процесу у вищому навчальному медичному закладі є підготовка висококваліфікованих лікарів-стоматологів-хірургів з урахуванням психологічних особливості студента, створити резерв медичних кадрів.

Під час навчання студентів стоматологічного факультету у ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України“ здійснюється професійна адаптація майбутнього спеціаліста. Особливо важливу роль відіграє високоякісна підготовка лікарів-стоматологів-хірургів, основною ознакою якої є навчити аналітичному мисленню, застосуванню нових методик, засобів, схем лікування у практичній сфері діяльності та формування лікаря як особистості. На кафедрі хірургічної стоматології вмінню спілкуватися викладачі приділяють увагу на практичних заняттях, лекціях, під час виробничої практики, під час роботи з пацієнтами, оскільки постановка правильного діагнозу та вибір адекватного методу лікування - це складний процес, який потребує відповідних досліджень, врахування багатьох факторів та знань, які, часом, виходять за рамки навчальної програми та потребують навичок саме практичної роботи. Якщо студент зможе наблизитися до визначення можливої причини хвороби пацієнта та знайти відповідні методи лікування, він робить великий крок у набутті та розвитку свого власного клінічного досвіду. Найбільш активно робота проводиться зі студентами 4 курсу стоматологічного факультету. Вона забезпечує застосування навчального матеріалу на практиці й перехід від навчально-пізнавальної до самостійної професійної діяльності, мотивації до навчання протягом усього життя, до саморозвитку та само-

вдосконалення, пошуку та впровадження нових досліджень у практичну клінічну роботу, бажання донести результати своєї практичної роботи широкій аудиторії, співпрацювати, а не ставати конкурентами.

З боку викладачів кафедри робота має бути направлена на зацікавлення в підготовці молодих кадрів. Враховуючи те, що гуманність медичної праці беззаперечна, тому завжди актуальною є проблема психологічної та деонтологічної підготовки студентів стоматологічного факультету, бо саме у процесі професійного становлення закладаються основи моральності майбутнього лікаря-стоматолога-хірурга. Слід враховувати й емоційний досвід лікаря-стоматолога-хірурга на його взаємодію із хворими, специфіку лікування та спілкування під час надання лікарської допомоги. На семінарських заняттях увага студентів-стоматологів-хірургів акцентується на розкриття специфіки процесу становлення та формування психохірургічних-терапевтичних та деонтологічних вмінь. Усі ці заходи направлені на профілактику появи як особистих, так і професійних деформацій у майбутніх лікарів-стоматологів-хірургів.

Висновки. Професійна підготовка майбутніх лікарів-стоматологів-хірургів має базуватися на теоретичних знаннях та практичному вмінню викладача використовувати психологічні особливості студента для формування основ моральності, що є невід'ємною складовою у формуванні висококваліфікованого спеціаліста зі створенням резерву медичних кадрів.

Нагірний Я.П., Фесик В.Л.

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

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ Т-СИСТЕМИ ІМУНІТЕТУ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ.

Тенденції частоти і важкості травм щелепно-лищевої ділянки свідчать, що проблема лікування такої категорії постраждалих є актуальною на сьогоднішній день. Травма, як патогенетична ланка розвитку патології, обумовлює різного роду і вираженості психогенні реакції, які не завжди корелюють з важкістю травми. Тому не викликає сумніву той факт, що необхідно враховувати особливості поведінки постраждалих при виборі методів лікування.

В регуляції перебігу репаративного остеогенезу беруть участь нервова, ендокринна і імунна системи. Імунна система є частиною загальної системи адаптації організму, відіграє суттєву роль в регуляції процесів гомеостазу і є найбільш чутливою до впливу пошкоджуючих факторів.

Мета дослідження. Вивчити особливості кількісних змін показників Т-системи імунітету у постраждалих з травматичними переломами нижньої щелепи в залежності від їх психоемоційного стану.

Матеріал і методи. Обстежено 15 осіб чоловічої статі з травматичними переломами нижньої щелепи, які знаходились на лікування у відділенні хірургічної стоматології КЗ ТОР «Університетська лікарня». Постраждали обстежувались за стандартною схемою обстеження хворих з травматичними переломами нижньої щелепи. Психоемоційну сферу досліджували при поступленні за тестами по опитувальнику для визначення темпераменту особистості Айзенка і відповідно до неї були розділені на дві групи: 1 група -екстраверти (6 осіб), 2 група - інтроверти (9 осіб). Ідентифікацію Т- і В-лімфоцитів проводили з використанням моноклональних антитіл „Статус”. Визначали у відсотках кількість субпопуляцій CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD72⁺-лімфоцитів. Контрольну групу склали 15 здорових осіб аналогічного віку і статі.

Оцінка результатів дослідження і їх обговорення. Отримані результати свідчать, що у обох досліджуваних групах травма приводила до порушень імунного статусу. Однак вираженість кількісних змін показників у групах відрізнялась. У перший день після травми число CD3⁺- лімфоцитів у постраждалих 2 групи знижувалось, у порівнянні з контролем, на 21,3 %, тоді як у хворих 1 групи - лише на 17,3%. На 7-й день дослідження кількість CD3⁺-лімфоцитів наближалась до норми у обох групах, однак тенденція до зниження у постраждалих другої групи була більш вираженою. Число CD4⁺- лімфоцитів у перший день дослідження знижувалось на 23,7 % у хворих 1 групи, тоді як у хворих 2 групи лише на 15,2%. На 7-й день дослідження кількість CD4⁺- лімфоцитів у обох групах була рівною і незначно відрізнялась від показника контрольної групи.

Число CD8⁺- лімфоцитів знижувалося на 15,3% в 1 день після травми у постраждалих 1 групи і на 17,1% у хворих другої групи. На 7-й день дослідження у хворих 1 групи число CD8⁺- лімфоцитів стабілізувались в межах норми, тоді як у хворих другої групи воно залишалось без змін.

Отже, отримані дані свідчать про особливості реакції Т-клітинної ланки імунітету у постраждалих з травматичними переломами нижньої щелепи в залежності від психоемоційного стану. Перспективою подальших досліджень в даному напрямку є розробку методів корекції психоемоційного стану такої категорії хворих.

Посоленик Л. Я., Копилова А. В., Кондратова М. О.
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».*

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН АЦИНУСІВ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

В останні роки дослідники все більше цікавляться артеріальною гіпертензією в малому колі кровообігу і сьогодні вона є актуальною проблемою у зв'язку із значним ростом хронічних обструктивних захворювань легень, хронічних форм туберкульозу, професійних захворювань легень. В той же час деякі автори підкреслюють, що немає чіткої відповіді, які органи найчастіше втягуються у патологічний процес при гіпертензії у малому колі кровообігу та легеневому серці.

Метою даної роботи стало дослідження піднижньощелепної залози в умовах пострезекційної артеріальної легеневої гіпертензії.

Досліджено ацинуси піднижньощелепної залози 20 статевозрілих свиней-самців в'єтнамської породи, які були розділені на 2-і групи. 1-а група включала 8 інтактних практично здорових тварин віком 3,5-4 міс, 2-а – 12 6,5-7 міс. свиней, яким виконували резекцію правої легені. Евтаназію тварин здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу.

Через місяць після проведеної пульмонектомії виявлено зменшення усіх морфометричних параметрів, а саме: висоти сероцитів на 9,2 %, діаметру їх ядер на 15,1%, ядерно-цитоплазматичних відношень досліджуваних клітин на 12,2 %, діаметру ацинусів на 2,4 % та площі їх перерізу на 4,7 % порівняно із контрольною групою, окрім відносного об'єму пошкоджених сероцитів, який зріс майже у 8,2 рази.

Таким чином, морфометричними методами дослідження встановлено виражені зміни стромально-паренхіматозних відношень ацинусів піднижньощелепної залози молодих експериментальних тварин при розвитку у них легеневого серця, які свідчили про порушення клітинного та тканинного структурних гомеостів.

ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК: 616.314-084

Авдєєв О.В., Змарко Ю.К.

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

КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ХВОРИХ НА ГІНГІВІТ РІЗНОГО ВІКУ

На фоні погіршення соціального та екологічного становища, посилення антропогенного впливу на людину в Україні, зростає поширеність запальних захворювань пародонта, змінюється їх перебіг. Статистичні дані свідчать, що вже у дитячому віці поширеність гінгівіту досягає 80-95 %.

Для розробки ефективних схем лікування і профілактики гінгівіту нами було проведено обстеження практично здорових осіб та хворих на гінгівіт дітей 3-5 років і підлітків 16-18 років із визначенням деяких показників ротової рідини. Результати дослідження можуть бути використані як додаткові при постановці діагнозу, так і для контролю ефективності проведеного лікування гінгівіту.

Показник утворення оксирадикалів слини у здорових дітей склав $53,2 \pm 2,7$ УОФ/мл, з гінгівітом – $66,5 \pm 2,2$ УОФ/мл; уреазна активність – $1,17 \pm 0,09$ та $1,79 \pm 0,11$ N-NH₄+мг/ мг-1 білка; концентрація лізоциму – $161,53 \pm 5,69$ та $133,78 \pm 4,95$; ступінь дисбіозу ((уреаза/лізоцим)^x100) склав $0,72 \pm 0,04$ та $1,34 \pm 0,073$ відповідно.

Лабораторні показники слини здорових юнаків та хворих на гінгівіт були наступними: $57,0 \pm 6,9$ та $75,7 \pm 5,5$ УОФ/мл; уреазна активність – $1,88 \pm 0,06$ та $2,85 \pm 0,07$ N-NH₄+мг/ мг-1 білка; концентрація лізоциму – $225,14 \pm 8,28$ та $156,32 \pm 7,70$; ступінь дисбіозу склав $0,84 \pm 0,06$ та $1,85 \pm 0,13$ відповідно.

Окрім того, значно збільшувалася в'язкість ротової рідини у хворих на гінгівіт.

Усі отримані дані хворих на гінгівіт та здорових осіб статистично достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися, що дозволяє їх використання для визначення ступеня ефективності використання лікувально-профілактичних засобів, зокрема ротокану та протизапального гелю з неовітином.

Боднарук Н. І., Безвушко Е. В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ОЦІНКА АКТИВНОСТІ КАРІЕСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Вступ. Численні епідеміологічні дослідження свідчать, що карієс зубів є однією з найпоширеніших патологій зубних тканин. Серед багатьох факторів ризику виникнення карієсу зубів важливе місце посідають соматичні захворювання. Існують дослідження, що вказують на залежність між інтенсивністю карієсу як молочних, так і постійних зубів у дітей, а також хвороб пародонта при наявності у них соматичних захворювань (патології нирок, захворювань органів травлення, дихання, серцево-судинної, ендокринної, імунної систем, тощо). Наявність соматичної патології послаблює захисні сили організму та створює умови для зниження резистентності твердих тканин зубів. Серед патологічних станів, що впливають на стан зубів у дітей уваги заслуговують порушення опорно-рухового апарату (ОРА). Існують лише поодинокі дослідження в яких наведено результати стоматологічного обстеження дітей дошкільного віку з патологією ОРА. Тому, вивчення стоматологічного статусу дітей при порушенні опорно-рухового апарату є актуальною проблемою, вирішення якої стане основою обґрунтування комплексу профілактичних заходів.

Мета дослідження – оцінити ступінь активності перебігу карієсу тимчасових зубів у дітей з захворюваннями опорно-рухового апарату.

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було обстежено 357 дітей (хлопчиків – 183, дівчаток – 174) віком 3-6 років, що відвідують дитячі садочки міста Львова, на базі яких є спеціалізовані групи для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Характер порушень ОРА оцінювали використовуючи витяги з протоколів діагностичних засідань Львівської міської психолого-медико-педагогічної консультації. Стоматологічне обстеження дітей проводили з дозволу батьків та керівництва дошкільних закладів. Ступені активності каріозного процесу оцінювали за Н.В. Біденко (2005). Отримані показники вносили у карту епідеміологічного обстеження. Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. У групі обстежених дітей було виявлено 118 (33,05%) дітей з плоскостопістю, 110 (30,81%) дітей з порушенням постави (ПП) та 129 (36,14%) дітей з поєднаною патологією

ОРА, що включає деформацію грудної клітки та Х- або О-подібні деформації нижніх кінцівок.

Аналізуючи активність каріозного процесу у дітей з патологією ОРА виявлено, що у дітей з патологією ОРА віком 3-6 років значно частіше зустрічається субкомпенсована форма карієсу ($42,86 \pm 2,62\%$) у порівнянні з декомпенсованою ($35,02 \pm 2,52\%$); ($p < 0,05$) та компенсованою ($9,52 \pm 1,55\%$); ($p < 0,001$). Оцінка ступеню активності карієсу з урахуванням характеру патології ОРА показала, що при поєднаній патології виявлено найбільший відсоток дітей з субкомпенсованим та декомпенсованим ступенями активності карієсу, а саме – $42,63 \pm 4,35\%$ та $43,41 \pm 4,36\%$ відповідно. Виявлено, що серед дітей з порушенням постави частіше зустрічаються діти з субкомпенсованим ступенем активності карієсу ($48,18 \pm 4,76\%$), тоді як з компенсованим, лише $8,18 \pm 2,61\%$; ($p < 0,001$). Аналогічно відбувся розподіл за ступенями активності карієсу і у дітей з плоскостопістю ($38,14 \pm 4,47\%$, $11,86 \pm 2,98\%$ відповідно).

Аналіз отриманих даних показав, що з загального числа обстежених у 45 дітей ($12,60 \pm 1,76\%$) виявлено інтактні зуби. Серед них 14 ($31,11 \pm 6,90\%$) хлопців та 31 ($68,89 \pm 6,90\%$) дівчина. З числа дітей з плоскостопістю виявлено $18,64 \pm 3,58\%$ з інтактними зубами, що є найбільшим відсотком у порівнянні з порушенням постави ($14,54 \pm 3,36\%$); ($p > 0,05$) та поєднаною патологією ($5,43 \pm 2,0\%$); ($p < 0,01$). Аналіз цього ж показника залежно від характеру патології ОРА дав змогу виявити певні особливості. Серед усіх дітей з інтактними зубами майже половину – 22 ($48,9 \pm 7,45\%$) становлять діти з плоскостопістю. Дещо менше, а саме 16 ($35,55 \pm 6,71\%$) – діти з порушенням постави. Найменше, лише 7 ($15,55 \pm 5,40\%$) осіб з інтактними зубами виявлено з поміж дітей при поєднаній патології. Оцінка кількості дітей з інтактними зубами залежно від статі та патології ОРА показала, що хлопців з інтактними зубами при порушенні постави втричі менше ніж дівчат – $8,9 \pm 4,24\%$ проти $26,7 \pm 6,6\%$; ($p < 0,05$). Така ж тенденція простежується і серед дітей з плоскостопістю, а саме: хлопців – $13,3 \pm 5,06\%$, дівчат – $35,5 \pm 7,13\%$; ($p < 0,02$). У групі дітей з поєднаною патологією відсоток хлопців з інтактними зубами дещо більший у порівнянні з дівчатами і становить $8,9 \pm 4,24\%$ проти $6,7 \pm 3,73\%$; ($p > 0,05$).

Висновки. Отже, аналіз проведеного обстеження підтверджує взаємозв'язок між карієсом тимчасових зубів та соматичною патологією. Результати досліджень вказують на необхідність співпраці педіатра і дитячого стоматолога для забезпечення загального та стоматологічного здоров'я дітей.

Годованець О. І., Кіцак Т. С.

ВДНЗ України Буковинський державний медичний університет

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

На сьогоднішній день проблема патології щитоподібної залози, її впливу на стан здоров'я та інтелектуальний розвиток населення, у першу чергу дитячого, є надзвичайно актуальною. За даними Міської дитячої поліклініки (м. Чернівці), на долю дифузного зобу припадає близько 75 % випадків усіх ендокринних захворювань, які своєю чергою посідають друге місце в структурі диспансеризації дитячого населення міста .

Метою роботи було вивчення поширеності та інтенсивності ураження тканин пародонта у дітей за умов ДНЗ.

Матеріали і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 180 дітей віком 12 років. Із них 150 дітей, хворих на ДНЗ, та 30 соматично здорових дітей. Сформовано чотири групи спостереження: I група – соматично здорові діти (30 осіб); II група – діти з ДНЗ Іа ступеня (50 осіб); III група – діти з ДНЗ Іб ступеня (50 осіб); IV група – діти з ДНЗ II ступеня (50 осіб).

Для визначення стану тканин пародонта використовували папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), дослідження гігієнічного стану ротової порожнини здійснювали за допомогою спрощеного індексу гігієни ротової порожнини (ОІН-S).

Результати дослідження та їх обговорення. Поширеність захворювань тканин пародонта у соматично здорових дітей склала 63,3 %, й була приблизно на 12 % нижче, ані ж у обстежених з ДНЗ та мала вірогідну відмінність від усіх груп спостереження. У структурі захворювань тканин пародонта переважає хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), поширеність якого сягає найвищих показників у III групі - 94 % та II групі- 92% , при значенні показника 88 % у IV групі та 87 % у групі контролю.

Захворювання мало переважно хронічний перебіг, загострення процесу відмічалось в 10,5 % обстежених. Гострий катаральний гінгівіт було діагностовано тільки у 1 дитини (3,33 %) групи контролю та у 6 дітей із тиреопатологією (4,0%). Хронічне запалення ясен клінічно супроводжувалося застійною гіперемією, набряком та кровоточивістю ясен.

Гіпертрофічний гінгівіт при тиреопатології, на відміну від катарального, зустрічався рідше, однак характерним було домінування його фіброзних форм над гранулюючими.

Ознаки пародонтиту встановлено лише у 2 % дітей IV групи. Встановлено, що індекс РМА у II та III групах був майже однаковий і склав близько 35 %. Зі збільшенням ступеня тяжкості тиреопатології він зростає до 42,8 %, проти контрольного показника 20,3 %. Підсумовуючи, результати індексу РМА, слід сказати, що у дітей з ДНЗ переважав гінгівіт середнього ступеня тяжкості, тоді як у контрольній групі – легкого.

Отримані результати свідчать про вірогідне збільшення всіх пародонтальних індексів та проб, що вказує на погіршення стану тканин пародонта в дітей, які мають супутню патологію щитоподібної залози.

Гігієна ротової порожнини за даними індекса ОНІ-S знаходиться на незадовільному рівні в усіх групах спостереження та контролю, що може стати пусковим механізмом формування дифузного запального процесу в яснах.

Висновок. Результатами досліджень встановлено, що у дітей, хворих на ДНЗ, спостерігається більший відсоток ураження тканин пародонта, що вказує на необхідність подальшого параклінічного вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози для встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

УДК 616.311-008.87-053.6:616.33/.34

Денисова О.Г., Соколова І.І.

Харківський національний медичний університет

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Однією з актуальних проблем дитячої гастроентерології є гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). В останні роки відзначається чітка тенденція до збільшення частоти цього захворювання в світі. До теперішнього часу немає однозначної інформації щодо поширеності ГЕРХ у дітей. За даними вітчизняних авторів, її діапазон становить 18-25% (Приворотскій В. Ф. і співав., 2011), 11-13% (Макаров А. В. і співав., 2003), 8-25% (Шадрін О. Г. і співав., 2010). За даними зарубіжних авторів, популяційна частота ГЕРХ серед дітей у віці до 5 років становить 0,9 на 1000 дітей на рік і не відрізняється в залежності від статі. За даними Лярской Н.В. (2007), у дітей у віці до 15 років, які пройшли обстеження із застосуванням езофагогастроудоденоскопії, рефлюкс-езофагіт виявлено в 23% випадків. При цьому

в доступній літературі практично не реєструють прояви ГЕРХ в порожнині рота, а саме ознаки ГЕРХ, які розвиваються поза страховодом, можуть бути як діагностичними, так і прогностичними критеріями цієї проблеми. Тяжкість цих станів, їх різноманітність визначається мікробним пейзажем і ступенем дисбіозу порожнини рота.

Метою роботи було визначення видової приналежності й ступеня дисбіозу порожнини рота у дітей з ГЕРХ.

Методи дослідження. Обстежено 16 дітей, які перебували на диспансерному обліку у гастроентеролога з приводу ГЕРХ (діагноз був поставлений згідно класифікації рефлюкс-езофагіту, Лос-Анджелес, 1998), у віці від 10 до 15 років.

У всіх пацієнтів проводилося мікробіологічне дослідження зубного нальоту, отриманого шляхом забору з поверхні зуба, вранці натщесерце, перед гігієнічними процедурами, але до початку лікувальних заходів. Дослідження проводили в лабораторії інституту мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України. Ступінь дисбіозу визначали за методикою В.В. Хазанової і співав. (1996). При цьому дисбактеріоз I-II ступеня (компенсований) характеризувався виявленням 1-3-х патогенних видів бактерій на тлі нормального вмісту або деякого зменшення титру нормальної мікрофлори. Виявлення патогенної монокультури в значній кількості на тлі різкого зменшення чисельності або повної відсутності фізіологічної мікрофлори розглядався як дисбактеріоз III ступеню (субкомпенсований). Наявність асоціацій патогенних видів бактерій з дріжджоподібними грибами оцінювався як дисбактеріоз IV ступеня (декомпенсований).

Результати. У всіх обстежених дітей в якості патогена були присутні мікроорганізми групи *Streptococcus* spp. ($5,4 \lg \text{ КУО/см}^2$) і *Peptostreptococcus* spp. ($6,3 \lg \text{ КУО/см}^2$). У 9 дітей були виявлені бактерії роду *Staphylococcus* (*S. aureus* - $4,4 \lg \text{ КУО/см}^2$), у 6 - сімейства *Enterobacteriaceae* ($6,4 \lg \text{ КУО/см}^2$). У всіх дітей було знижено вміст *Lactobacillus* spp. ($2,3 \lg \text{ КУО/см}^2$). Крім того, у 8 дітей були присутні умовно-патогенні гриби роду *Candida* ($4,2 \lg \text{ КУО/см}^2$). З 16 пацієнтів дисбіотичні зрушення спостерігалися тільки у 5 дітей з ГЕРХ ступеня тяжкості А, при цьому в якості патогена був присутній *Staphylococcus aureus*. У решти дітей спостерігався дисбактеріоз I-II ступеня, з присутністю *Enterobacteriaceae*, *S. aureus* і *C.a albicans*.

Висновки. Представлені дані мікрофлори порожнини рота у дітей з ГЕРХ визначають диференційований підхід до вибору як ополіскувачів для індивідуальної гігієни, оральних антисептиків при призначенні місцевих лікувальних маніпуляцій, так і повинні враховуватися гастроентерологом при проведенні антибактеріальної терапії на загальному рівні.

Годованець О.І., Котельбан А.В., Бурденюк І.П.

*ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет»*

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИ- НИ ДІТЕЙ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Мікрофлора ротової порожнини представлена значною кількістю мікро-організмів, зокрема відносно стабільною групою аеробів і анаеробів. Дис-баланс в їхній системі є важливим чинником розвитку запального процесу в тканинах пародонта.

Саме тому, мета дослідження полягає у вивченні мікробного спектру ротової порожнини дітей за умов хронічного катарального гінгівіту на тлі цукрового діабету.

Нами проведено мікробіологічне обстеження ротової порожнини 12-річ-них дітей (30 осіб) за умов хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) на тлі цукрового діабету (ЦД), що перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Обласної клінічної дитячої лікарні м. Чернівці. Групу контролю (30 соматично здорових дітей того ж віку) було сформовано з учнів ЗОШ № 22. Досліджуваний матеріал піддавали мікроскопіч-ним та бактеріологічним методам досліджень. Змиви ротової порожнини засівали на тверді живильні середовища та визначали мікробне число за показниками кількості колоній утворюючих одиниць (КУО), ідентифікацію культур проводили згідно «Визначника бактерій А. Берджі».

У результаті проведених досліджень кількість виділених штамів роду *Streptococcus* у дітей II групи була у 2 рази більшою, ніж у дітей I групи та майже однакове співвідношення культур родів *Staphylococcus* та *Neisseria*. У дітей основної групи виділялися ще роди *Escherichia*, *Corynebacterium*, *Proteus*, *Preudomonas* та *Candida*.

Отже, у дітей за умов ХКГ на тлі ЦД I типу спостерігалось збільшення гнилісної грамнегативної мікрофлори та патогенних грибів роду *Candida*. Тому, для санації ротової порожнини необхідне використання ефективних антисептиків з широким спектром дії.

Годованець О.І., Котельбан А.В., Попеску Д.Г.
*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет»*

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНО- ГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ

Наявність супутньої патології ендокринної системи сприяє високому рівню захворюваності основними стоматологічними нозологіями у дітей.

Мета дослідження полягає у вивченні чинників ризику розвитку хронічного катарального гінгівіту в дітей тлі цукрового діабету I типу.

Методи дослідження: Нами проведено клінічне обстеження 30-ти 12-річних дітей за умов хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) на тлі цукрового діабету I типу. Було виділено 3 групи дослідження на основі індексу РМА. I групу склали діти, у яких виявлено ХКГ легкого ступеня тяжкості (42% обстежених), II групу – середнього ступеня тяжкості (50%), III – тяжкого ступеня (8 %). Стоматологічний огляд здійснювався на клінічній базі кафедри хірургічної та дитячої стоматології в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці, що перебували на стаціонарному лікуванні у ендокринологічному відділенні.

У результаті проведеного дослідження встановлено індекс гігієни 1,08 у I, 1,05 – у II та 1,25 – у III групах. Глікемічний контроль у дослідних групах був як субкомпенсований, так і з високим ризиком для життя. Середня тривалість захворюваності цукровим діабетом у дітей I групи – 2 р., II групи – 4,2 р., III – 5 р. Спадковий анамнез обтяжений у 50 % усіх обстежених дітей. Ступінь тяжкості ХКГ прямопропорційно залежав від таких показників, як гліколізований гемоглобін, рівень глюкози крові та сечі.

Отже, у дітей всіх груп спостереження виявлено задовільний рівень індивідуальної гігієни ротової порожнини та пряму залежність між показниками глікемічного контролю та ступенем тяжкості гінгівіту. Саме тому, діти за умов ХКГ на тлі цукрового діабету потребують обов'язкової розробки стоматологічних лікувально-профілактичних програм.

Дутко Г. З., Гонта З. М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ВИВЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОЛІГОФРЕНІЮ

Проблема дитячої інвалідності - одна з найважливіших сьогодні. За даними ВООЗ, інваліди становлять 10% населення земної кулі, з них 120 млн - діти та підлітки. Показник дитячої інвалідності в розвинених країнах - 250 випадків на 10 тис. дітей і має тенденцію до збільшення. В Україні розумову відсталість різного ступеня діагностують у 638,6 особи на сто тисяч дітей, а серед причин первинної інвалідності дитинства питома вага розумової відсталості становить 80–95%. Дослідивши стан тканин пародонта в дітей із психічними захворюваннями, Т.Ю. Лисак, 1996; Н.В. Ковальчук, 1999; С.М. Брунич, О.І. Прохно, 2007, вказують на високу поширеність стоматологічних захворювань, зниження захисних сил організму і складність надання стоматологічної допомоги таким пацієнтам і доводять, що найбільш ефективним заходом для збереження функції їх зубоцелюстного апарату є профілактика стоматологічних захворювань.

Саме тому метою нашого дослідження стало вивчення стоматологічного статусу дітей хворих на олігофренію. Для досягнення поставленої мети було обстежено 135 дітей віком від 6 до 16 років (з них 95 дітей хворих на олігофренію і 40 практично здорових дітей). Залучені до досліджень діти не знаходилися на диспансерному обліку з приводу будь-якої соматичної патології, окремі авцієнти мали соматичну патологію в стані компенсації.

Обстеження дітей хворих на олігофренію виявило більш високе поширення карієсу зубів та захворювань тканин пародонта порівняно зі здоровими однолітками. Під час вивчення характеру перебігу карієсу зубів у дітей хворих на олігофренію було встановлено, що каріозний процес у 73 % випадків мав гострий перебіг. У дітей хворих на олігофренію неускладнений карієс зустрічався в 8,4 рази частіше, ускладнений – у 5,5 рази частіше порівняно зі здоровими дітьми. Характерним для хворих на олігофренію дітей були наявність одночасно порожнин різної глибини та ускладнених форм карієсу, кількох порожнин в одному зубі. Інтенсивність карієсу за показниками КПВз+кпз та КПВз в хворих та здорових дітей достовірно відрізнялась ($p < 0,05$, $p < 0,01$), цей показник був вищим у групі дітей-інвалідів у 3,5 разів ($p < 0,05$). Це свідчить про більш високу інтенсивність каріозного процесу в групі хворих дітей.

Поширеність хвороб пародонта у дітей хворих на олігофренію склала 90,5%, разом з тим, як у здорових дітей цей показник становив 75,3%. Серед захворювань тканин пародонта у дітей хворих на олігофренію були представлені папіліт, гінгівіт та поодинокі випадки локалізованого пародонтиту. За глибиною ураження запальний процес вражав м'які тканини.

Таким чином, все вищеперераховане свідчить про недостатність та неефективність заходів лікування та профілактики в групі дітей хворих на олігофренію, з одного боку, і зниження рівня резистентності організму дітей – з іншого. Саме тому, розробка ефективних схем профілактики та лікування карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей хворих на олігофренію є перспективою подальших досліджень.

УДК 616.311.2-002-036.12-053.4/.5-056.52-07:616.155.3-097.37-07

Костура В. Л., Безушко Е. В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

РІВНІ ІЛ-1 β ТА TNF- α В РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Однією із найбільш поширених патологій в дитячій стоматології є запальні захворювання пародонта, зокрема хронічний катаральний гінгівіт, що зумовлено високою розповсюдженістю захворювання, поліетіологічністю та важкістю перебігу. Згідно останніх європейських популяційних досліджень, частота надмірної маси тіла (НМТ) серед дітей раннього віку становить 22,6%. На тлі НМТ у організмі дітей відбувається ряд порушень обмінних процесів, що провокує хронічні хвороби. Сучасні дослідження довели важливе значення цитокінів у патогенезі хронічного запалення тканин пародонта, і в ланцюгу механізмів розвитку їх дистрофічно-запальних уражень із наступним остеопорозом і резорбцією альвеолярної кістки.

Мета дослідження. Визначити динаміку вмісту ІЛ-1 β та TNF- α у ротовій рідині та охарактеризувати стан імунної системи ротової порожнини у дітей з надмірною масою тіла.

Об'єкт і методи дослідження. У роботі представлені результати обстеження 40 дітей з надмірною масою тіла та 30 практично здорових

дітей з нормальною масою тіла (група порівняння), хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), у віці 12-15 років. Стоматологічний діагноз встановлювався на сукупності даних клінічних проявів захворювання, згідно з класифікацією М. Ф. Данилевського. Оцінка фізичного розвитку дітей проведена за даними антропометричних вимірів. Забір ротової рідини для лабораторних досліджень проводили вранці натщесерце шляхом спльовування у мірні центрифужні пробірки об'ємом 5 мл. Вміст інтерлейкінів (IL-1 β та TNF- α) у ротовій рідині дітей з'ясували за допомогою наборів реактивів фірми «Вектор-Бест» (Росія), який заснований на твердофазному «сендвіч»-варіанті імуоферментного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення.

Вміст IL-1 β в ротовій рідині 12-річних дітей хворих на ХКГ з надмірною масою тіла становив $47,8 \pm 0,8$ і був вищий в 1,3 рази за показник у групі порівняння ($37,5 \pm 0,8$). У ротовій рідині 15-річних дітей хворих на ХКГ з надмірною масою тіла концентрація IL-1 β становила $59,9 \pm 0,9$ і теж зростала: в 1,6 рази, ніж у групі порівняння та в 1,2 рази, ніж в аналогічній групі 12-річних дітей.

Концентрація TNF- α в ротовій рідині дітей 12 років, хворих на ХКГ з надмірною масою тіла становила $22,98 \pm 0,5$ та була у 1,4 рази вища, ніж у групі порівняння ($16,52 \pm 0,4$). У ротовій рідині 15-річних дітей хворих на ХКГ та з надмірною масою тіла вміст TNF- α становив $31,26 \pm 0,5$ та зростав: в 1,9 рази, ніж у групі порівняння та в 1,4 рази порівняно з 12-річними дітьми хворими на ХКГ та з надмірною вагою тіла.

Рівень досліджуваних цитокінів в ротовій рідині зростає не тільки у зв'язку з ХКГ, але і залежить від наявності надмірної маси тіла у обстежених дітей, причому із збільшенням віку дітей цитокіновий дисбаланс поглиблюється.

Висновки.

Рівень IL-1 β в ротовій рідині хворих на хронічний катаральний гінгівіт дітей зростає (в 2,9 рази, ніж у групі порівняння) із збільшенням віку та надмірної маси тіла.

Рівень TNF- α в ротовій рідині хворих на хронічний катаральний гінгівіт дітей зростає (в 2,6 рази, ніж у групі порівняння) із збільшенням віку та надмірної маси тіла.

Подальше вивчення дисбалансу цитокінів саме в ротовій рідині пацієнтів хворих на хронічний катаральний гінгівіт та надмірною масою тіла є перспективним напрямком досліджень для розробки методів профілактики та патогенетичної терапії.

Кривенко Л. С.

Харківський національний медичний університет

ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЮ ЗАПАЛЕННЯ ЯСЕН У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ МЕТОДОМ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ

Висока розповсюдженість бронхіальної астми серед дитячого та дорослого населення у всьому світі, а також значна розповсюдженість основних стоматологічних захворювань, роблять пошук ранньої діагностики та профілактики захворювань тканин пародонту на тлі даної соматичної патології актуальною та необхідною задачею.

Метою даного дослідження було встановлення зв'язку між рівнем секреторного імуноглобуліну А та станом здоров'я тканин пародонту серед дитячого населення для прогнозування ступеню запалення ясен методом регресійного аналізу на базі створеної моделі.

Матеріали та методи. Представлене дослідження було виконано на базі Обласної дитячої клінічної лікарні №1 у м.Харкові. Усього було обстежено 27 дітей віком від 6 до 18 років, у яких було діагностовано бронхіальну астму та які були під наглядом у відповідних спеціалістів алергологічного відділення. Для реєстрації змін у тканинах пародонту застосовували шкалу (H.R. Muhlemann та S. Son, 1971) індексної оцінки стану тканин ясен і кровоточивості у балах, результати реєстрували у процентах. Для встановлення змін у імунній системі був проведений аналіз рівня секреторного IgA. Рівень секреторного імуноглобуліну А (sIg A) визначали на імуноферментному аналізаторі «Лаблайн-90» з використанням комерційних наборів «Вектор-Бест» (Росія) за доданою до набору методикою. Статистична обробка даних була здійснена за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати дослідження. Для оцінювання результатів дослідження був обраний регресійний аналіз, який виконує аналіз лінійної регресії за допомогою методу «найменших квадратів» при наборі спостережень. Згідно з отриманими результатами застосування регресійного аналізу можна зробити наступні висновки. Побудована залежність показників імуноглобуліна А (Y) від рівня запалення згідно з індексом H.R. Muhlemann та S. Son (змінна X) у вигляді лінійної регресії. Визначені коефіцієнти лінійної регресії мінус 88,7 та 50,6. Для оцінки загальної якості отриманого рівняння лінійної регресії застосовується коефіцієнт детермінації. Отримане в результаті значення 0,87 означає, що 87% змінюваності Y пов'язується зі змінюваністю

фактору X. Інша частина змінюваності Y (13%) пов'язується з впливом інших факторів. Таким чином, оскільки функція регресії визначена, інтерпретована та обґрунтована, а оцінка якості рівняння регресії відповідає вимогам, можна вважати, що побудована модель та прогнози значення мають необхідну адекватність.

Висновки. Побудована регресійна модель залежності ступеню запалення ясен від рівня імуноглобуліна А, яку можливо використовувати для прогнозу захворювань тканин пародонту та оптимізації лікування та профілактики даних захворювань. Перспективним є розширення параметрів дослідження для можливості більш детального прогнозування можливості розвитку захворювань пародонту.

УДК:616.314-002-06.616.3-036.12-053.2

Крупей В. Я.

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

ПОШИРЕНІСТЬ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ

Вступ. Соматична патологія робить виражений негативний вплив на перебіг захворювань порожнини рота. Віддзеркаленням порушень, що відбуваються у дітей, які мають різні відхилення здоров'я, є зміни стоматологічного статусу, обумовлені етіологічною, патогенетичною, морфологічною й функціональною інтеграцією всіх систем організму.

Мета дослідження: виявити поширеність каріесу зубів у дітей з хронічною патологією шлунково-кишкового тракту.

Методи дослідження: клінічні – для визначення поширеності каріесу зубів у 645 дітей віком 7-15 років; статистичні – для визначення достовірності отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними проведеного нами епідеміологічного дослідження при хронічних захворюваннях КШТ поширеність каріесу зубів у дітей характеризується широким спектром показників. Так, якщо при хронічному гастриті поширеність каріесу зубів склала $46,3 \pm 2,4$ % ($p < 0,05$) (у практично здорових дітей без патології ШКТ – $44,2 \pm 2,29$ %), то при СМА та хронічному коліті цей показник зріс

майже в півтора рази і склав $65,1 \pm 3,37\%$ ($p < 0,05$). При дуоденіті та виразковій хворобі 12-палої кишки поширеність карієсу зубів склала $50,2 \pm 2,6$ ($p < 0,05$) та $51,9 \pm 2,69$ ($p < 0,05$) відповідно. Найбільшу поширеність уражень твердих тканин зубів нами виявлено у дітей із синдромом мальабсорбції, що може бути пов'язано і з порушенням всмоктування мікроелементів та вітамінів.

Висновок. Поширеність карієсу зубів у дітей із хронічною патологією кишково-шлункового тракту доводить необхідність застосування лікувально-профілактичних заходів щодо нормалізації кальцій-фосфорного обміну та кісткового метаболізму.

Перспективи подальших досліджень. Розробка та обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних заходів щодо корекції лікування стоматологічних захворювань.

УДК: 616.314-002-02-053.2-036.22(477.8)

Лагода Л. С

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ОСОБЛИВОСТІ КАРІЕСОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ДІТЕЙ м. ЛУЦЬКА

На сьогоднішній день досить велика увага приділяється профілактиці низки стоматологічних захворювань. Впровадження в сферу стоматології новітніх технологій, бурхливий розвиток фармацевтичної продукції сприяють покращенню якості стоматологічної допомоги населенню. Проте карієс та хвороби тканин пародонту були та залишаються найпоширенішими захворюваннями серед дитячого населення.

Мета нашого дослідження. Оцінити поширеність основних стоматологічних захворювань порожнини рота школярів м. Луцька.

Нами було оглянуто 300 дітей 6, 12 та 15 років (відповідно по 100 у кожній віковій категорії) м. Луцька. У дітей вивчали поширеність та інтенсивність карієсу зубів, рівень гігієни порожнини рота та поширеність захворювань пародонту.

У дітей 6 років поширеність карієсу молочних зубів становить 77,5%, що в свою чергу вважається середньою за показниками ВООЗ, при інтенсивності кп — 4,95. У 12- річних дітей поширеність каріозного процесу становить 71%, при інтенсивності КПВ — $3 \pm 0,08$ відповідно. В 15 років

поширеність карієсу зубів за оцінкою ВООЗ є середньою і становить 70% при інтенсивності КПВ — 5,6 каріозного зуба.

Якщо проаналізувати структуру КПВ, то у дітей 15 років найбільший відсоток склав компонент “П”, який становить 2,9 в 12 років даний показник становить 1,7 в середньому на одну дитину. Напротивагу старшокласникам у 12-річних дітей у структурі КПВ переважає компонент “К” і становить 1,8 а у 15 — річних дітей даний показник вищий і становить 2,5. Щодо дітей 6 років то показник “К” у постійних зубах становить 1,33, а “П” відповідно 0,33. У 15% старшокласників є уже видалені постійні зуби.

Проаналізувавши отримані дані, що до важкості перебігу каріозного процесу, було отримано наступні результати. Діти з компенсованою формою карієсу (I ступінь активності) становлять 67%, декомпенсованою (II ступінь активності) 33% в 15 років. У 12 річних школярів I ступінь активності відмічається у 12% , II ступінь активності у 4% та III у 2% школярів. Щодо дітей 6 років то компенсована форма відмічається у 10%, субкомпенсована у 6% та декомпенсована у 20%.

Гігієнічний стан порожнини рота ми оцінювали за допомогою індекса Грін- Верміліона (ОНІ-S). Так, серед 15-річних підлітків переважала “добра” гігієна порожнини рота і становила 51%, “ задовільна ” відмічалась у 37% та “незадовільна” у 12%. Серед групи 12-річних школярів показники дещо відрізняються і становлять відповідно “задовільна” гігієна — 62%, “добра”— 29% та “незадовільна” складає 7%. Щодо 6 років то діти з “доброю” гігієною склали 20%, “задовільна” була зафіксована у 50%, та “незадовільна” у 30% випадках.

Кількість дітей зі здоровим пародонтом серед дітей 12 та 15 років майже однакова і становила 60% та 55%. Серед дітей 6 років більшість мала здоровий пародонт. Наявність зубного каменя найбільше відмічалась у дітей 15 років (24%).

Отримані нами результати можуть бути враховані при плануванні профілактичних заходів серед школярів міста Луцька.

*Лебідь О. І., Черкашин С. І., Мачоган В. Р., Дуда К. М.,
Лучинський В. М.*

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

ВПЛИВ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКІВ

Проблема ожиріння є великою проблем сучасної медицини, оскільки надлишкова вага значно знижує якість життя, є причиною хронічного стресу і тому є вагомим фактором в розвитку хронічних захворювань, зокрема, тканин пародонту. Харчування школярів передбачає такі його особливості, які полягають у збалансованості поживних речовин з урахуванням росту і розвитку дитячого організму та активній розумовій праці. З огляду на сказане вище, метою нашого дослідження було вивчення структури харчування школярів шляхом проведення анкетування.

У дослідження взяло участь 114 дітей віком 16-18 років. Серед школярів проводилося соціологічне опитування щодо раціону харчування шляхом анкетування за розробленою нами анкетною.

Результати опитування показали, що з віком у раціоні школярів дедалі рідше з'являються молочні страви - всього 15% респондентів вживають їх щодня. Виявлено надзвичайно низький рівень споживання школярами риби і рибних продуктів. Так, із всіх опитаних рибопродукти 4-5 разів на тиждень вживають лише 5,3% респондентів. Результати анкетування показали, що чільне місце в раціоні школярів посідає картопля, майже третина опитаних дітей вживають картоплю щодня. Під час опитування нами виявлено, що фрукти і соки вживають лише 60% опитаних. Поряд з тим, більше половини респондентів харчуються в закладах швидкого харчування та вживають незбалансовану їжу, систематично вживають солодкі газовані та енергетичні напої.

За результатами проведених нами досліджень ми зробили висновок, що нераціональне харчування, порушення його режиму та структури, приводять, до порушення обмінних процесів в організмі дітей як факторів ризику соматичних захворювань.

Лісецька І. С., Рожко М. М., Куцик Р. В.

Івано-Франківський національний медичний університет

**АКТИВНІСТЬ БАКТЕРІЙ-ПРОДУЦЕНТІВ
ПЕРОКСИДУ ВОДНЮ ВИДІЛЕНИХ З ПОВЕРХНІ
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЯСЕН У ПІДЛІТКІВ
З КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА ХРОНІЧНИМ
ГАСТРОДУОДЕНІТОМ**

В наш час нормофлору організму людини розглядають, як сукупність мікробіоценозів, що входить в єдину систему, яка виконує найважливіші функції в організмі (Кременчуцький Г.Н. та співавт., 2003). У ряді фізико-хімічних процесів утворюються активні форми кисню (АФК). Метою роботи було вивчення активності бактерій-продуцентів пероксиду водню, виділених з слизової оболонки ясен у підлітків з катаральним гінгівітом та хронічним гастродуоденітом. Для вирішення поставленої мети було обстежено 56 підлітків віком від 12 до 18 років із катаральним гінгівітом та хронічним гастродуоденітом. Групу контролю склали 34 соматично здорових підлітків того ж віку з катаральним гінгівітом. У всіх обстежених було вивчено мікробіоценоз ротової порожнини та визначено активність бактерій-продуцентів пероксиду водню у три етапи. Встановлено, що основними продуцентами пероксиду водню серед представників аеробної і факультативно-анаеробної мікрофлори зубо-ясенної борозни є α -гемолітичні стрептококи ($92,4 \pm 0,5\%$ позитивних культур). У групі клінічно здорових осіб продуценти пероксиду водню виявляються на слизовій оболонці ясен досить рідко – лише у $6,7 \pm 1,7\%$ обстежених. При хронічному катаральному гінгівіті продуценти пероксиду водню знайдені у $52,4 \pm 2,4\%$ пацієнтів ($p < 0,01$), при гострому – у $50,0 \pm 2,5\%$. Ці дані можуть свідчити про високу конкурентоздатність збудників гінгівіту в сформованих оральних мікробіоценозах. Продукований ними пероксид водню може виступати в якості додаткового пошкоджуючого фактора в патогенезі запального процесу ясенної ділянки.

Лучинська Ю. І., Лучинський В. М., Щерба В. В.
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИСМЕТАБОЛІЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Екологія людини, як напрям екологічного знання, спрямована на досягнення рівноваги між людиною та соціоприродним середовищем її перебування. Якщо визначати здоров'я людини не як відсутність хвороби, а як гармонійне фізичне, психічне, духовне та соціальне її буття, то це, на жаль, для нас залишається лише бажанням. Вплив довкілля на людину проявляється специфічно, і визначальним є її вік. Для організму дитини, який активно формується, вплив довкілля є найбільшим порівняно з уже сформованим організмом дорослої людини.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення стану стоматологічного здоров'я дітей, які хворіють на дисметаболічну нефропатію і проживають у різних антропогенних умовах.

Для вирішення поставленої мети проведено обстеження 166 дітей віком 6–15 років із дисметаболічними нефропатіями (ДН), які проживали в екологічно несприятливих районах (ЕНР) й становили основну групу. Групу порівняння склали 65 їх однолітків з аналогічною соматичною патологією, що мешкали в умовно екологічно «чистому» районі (ЕЧР). До контрольної групи ввійшли 125 дітей відповідного віку без соматичних захворювань

Дані епідеміологічних досліджень дозволили порівняти стоматологічний статус дітей із ДН залежно від екологічної ситуації у регіонах їх проживання. Детальний аналіз стану стоматологічної захворюваності у дітей, які проживають в різних екологічних умовах та хворіють на ДН, показав, що поширеність (91,57±2,16 %) та інтенсивність (7,38±0,32 каріозного зуба) каріозної хвороби у дітей, які проживають в несприятливих умовах довкілля і мають патологію нирок, значно вища, ніж у дітей із даним захворюванням, які проживають на умовно «чистих» територіях (81,54±4,85 % та 6,45±0,38 каріозного зуба відповідно, $p>0,05$) та соматично здорових дітей (73,60±3,96 % та 4,97±0,18 каріозного зуба відповідно, $p>0,001$). У дітей основної групи також спостерігали вищу частоту ускладнених форм карієсу як стосовно даних дітей із ДН, які мешкають в ЕЧР, так і відносно показників соматично здорових дітей. У дітей із ДН, які проживають в ЕЧР, поширеність карієсу статистично не відрізняється від такої у групі сома-

тично здорових дітей, однак інтенсивність та частота ускладнених форм карієсу перевищували показники групи контролю ($p < 0,001$).

Поширеність захворювань тканин пародонта у дітей із ДН ($79,52 \pm 3,14\%$), які проживають на ЕНР, була вищою стосовно показника осіб порівняльної групи ($67,69 \pm 5,85\%$, $p > 0,05$) та соматично здорових дітей контрольної групи ($35,20 \pm 4,29\%$, $p < 0,001$). У порівняльній групі поширеність захворювань тканин пародонта також була вищою стосовно показника групи контролю ($p < 0,001$).

Аналіз нозологічної структури захворювань тканин пародонта виявив, що у дітей, які проживають в умовах забруднення довкілля, більшою мірою зустрічаються тяжчі форми захворювань тканин пародонта: генералізований пародонтит початкового та I ступеня тяжкості в основній групі діагностували у $10,24 \pm 2,36$ та $4,22 \pm 1,57\%$ випадків, що було більше стосовно аналогічного показника порівняльної групи ($6,15 \pm 3,00$ та $3,08 \pm 2,16\%$ відповідно, $p > 0,05$). У соматично здорових дітей контрольної групи початкових форм генералізованого пародонтиту не виявили. У дітей основної групи значно частіше зустрічалися і більш тяжкі форми ХКГ, що підтверджувалося індексами РМА та СРІ, а також низьким гігієнічним станом порожнини рота.

Таким чином встановлено, що у дітей із дисметаболічними нефропатіями, які проживають у екологічно несприятливих регіонах, спостерігається висока поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань порівняно з обстеженими із дисметаболічними нефропатіями екологічно «чистого» регіону та соматично здоровими дітьми, що спонукає нас до вивчення чинників ризику розвитку патології.

УДК 616.314-007.1/24-02:612.015.6-053.2(477.86)

Лучинський В. М., Лучинський М.А., Федірко Г.В., Болюх Ю.В.

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

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ АНТРОПОГЕННИХ УМОВАХ

Питання про адаптаційні можливості організму дитини часто досліджується без врахування того, що кожний індивід ще із антенатального періоду

є частиною популяції, в якій історично сформувався набір певних засобів пристосування до конкретного середовища, де проходив її розвиток. Це привело до виникнення взаємозв'язку між інтегральною структурою генотипу, конституційними особливостями організму і його гомеостатичними можливостями опору, що суттєво впливає на стан адаптивних систем. У повній мірі це стосується розвитку зубощелепних аномалій (ЗЩА).

Тому метою нашого дослідження було вивчення структурно-функціонального стану кісткової тканини у дітей зі ЗЩА і особливо чинників, які сприяють його формуванню.

Для дослідження особливостей формування кісткової тканини проводили молекулярно-генетичне визначення поліморфізму гена рецептора вітаміну D (VDR) та їх асоціацію з гормональними факторами (рівнем паратгормону та тестостерону). Визначення BsmI, ApaI, TagI поліморфізму VDR проводили методом ПЛР з наступним рестрикційним аналізом, у результаті якого з'ясовували наступні генотипи: B, b, T, t, A, a відповідно. Виділення та очистку ДНК із лейкоцитів периферійної крові проводили методом ферментативного розщеплення та подальшої фенольної екстракції. Ампліфікацію послідовностей ДНК проводили *in vitro* за допомогою ПЛР в автоматичному режимі на термоциклері «AMPLY-4» («Биоком», Москва, Росія).

Результати дослідження показали, що у дітей різних регіонів Прикарпаття за наявності зубощелепних аномалій генетичний аналіз поліморфізму гена VDR дозволяє оцінити прогноз і перебіг патології. Наявність алелів B (RR=4,83), t (RR=3,24), A (RR=4,89), a (RR =2,62) у генотипі дітей з рівнинного регіону дає підстави вважати їх алелями-провокаторами. Присутність же у генотипі дитини алелів b (RR=0,23), T (RR=0,04), для яких фактор відносного ризику <1, свідчить про їх протекторне значення у розвитку ЗЩА у дітей цього регіону. У дітей передгірського регіону із ЗЩА провокаційними щодо виникнення та розвитку ЗЩА також можна вважати присутність алелів B (RR=4,19), t (RR=2,10), A (RR=3,98), a (RR=2,61). У дітей гірського регіону із ЗЩА виявляли більші частки протекторних алелів гена VDR: b (RR=0,97), a (RR=0,97) при відсутності алеля T гена VDR.

Таким чином, отримані дані довели, що наявність B, t, a, A-алелів гена VDR у дітей із ЗЩА рівнинного та передгірського регіонів, та B, t, A-алелів у осіб із ЗЩА гірського регіону може виступати у якості молекулярно-генетичних маркерів ризику розвитку зубощелепних аномалій.

**Лучинський М. А.¹, Гнатейко О. З.², Лук'яненко Н. С.²,
Кеч Н. Р.², Лучинський В. М.¹, Лучинська Ю. І.¹, Болюк Ю. В.¹**

¹ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

² Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів

ПРОГНОЗУВАННЯ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ СТОМАТО- ЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВА- ЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РЕГІОНАХ

Актуальність проблеми обумовлена екологічною ситуацією в Україні, яка провокує зростання як природженої, так і мультифакторної патології та виникнення раніше не відомих синдромів в умовах постійного погіршення стану довкілля.

Тому метою нашого дослідження було встановлення інформативних клінічних, біохімічних та молекулярно-генетичних маркерів, що обумовлюють маніфестацію стоматологічних захворювань у дітей із регіонів з різним характером забруднення та важкість їх перебігу.

Обстежено 630 дітей з клінічними проявами стоматологічної патології різного ступеню важкості, що постійно проживають в умовах забрудненого довкілля та 94 дитини з тою ж патологією контрольної групи з умовно екологічно-чистого району. Віковий інтервал обстежених 6 - 16 років.

Результати дослідження показали, що:

- частота поширеності карієсу у обстежених дітей із екологічно несприятливих регіонів була в 1,5 рази більшою, ніж у дітей з екологічно чистого району;

- ознаки декомпенсованого карієсу у дітей з радіаційного забрудненого, після Чорнобильської катастрофи, району виявлені у 74,0 %, компенсованого – у 18,5 %. У дітей із хімічно забрудненого району ознаки декомпенсованого карієсу виявлені у 44,8 %, компенсованого - у 48,2 %. У умовно екологічно-чистому районі дітей з ознаками декомпенсованого карієсу було 23,5 %, а компенсованого - 44,5 %;

- при обстеженні дітей із екологічно несприятливих регіонів спостерігали тенденцію до зниження рівня мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). Ступінь зниження МЩКТ корелював з важкістю клінічних проявів карієсу, що дозволяє використовувати УЗДМ для прогнозування важкості патології зубів;

- визначення розподілу алелей генів GSTM1 та GSTT1 може бути застосованим для прогнозування важкості перебігу карієсу у дітей із екологічно несприятливих регіонів, оскільки носії алелей GSTM1 0/0 та/або GSTT1 0/0 мають знижені адаптаційні можливості в порівнянні з носіями алелей GSTM1 AB та GSTT1 AB;
- біохімічна активність глутатіонтрансферази не може бути прогностичним маркером важкості перебігу екологічно детермінованих захворювань, оскільки знижується внаслідок виснаження адаптаційних механізмів або прямої дії ксенобіотиків на фермент;
- наявна висока сенсibiliзація дітей з хімічно забрудненого регіону до солей кадмію, цезію та свинцю, а дітей з радіаційно забрудненого регіону - до солей цезію, свинцю та стронцію, що вказує на функціональну неповноцінність генів рецепторів до цих металів у обстежених дітей, відображає виражену індивідуальну чутливість організму до солей важких металів та стронцію. Отримані дані дозволяють використовувати показники реакції лейкоцитолізу в якості діагностичних критеріїв важкості перебігу карієсу у дітей із екологічно несприятливих регіонів.

УДК 616.314.2-007-053.7(477.8)

Мандич О. В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

СТРУКТУРА ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про підвищення поширеності зубо-щелепних аномалій (ЗЩА) серед дорослого населення (Смаглюк Л.В., Смаглюк В.І., 2013; Мансур Ю.П., 2014; Шундрік Л.С., 2015), що, у свою чергу, потребує поліпшення якості стоматологічної допомоги таким пацієнтам та підвищення ефективності профілактики ускладнень, які можуть виникати у процесі ортодонтичного лікування, зокрема, попередження виникнення та розвитку хвороб пародонта (Мірчук Б.М., 2011; Воронкова Г.В., 2012; Дрогомирецька М.С. та співавт., 2012; Петрушанко Т.О., 2013; Бабенко А.Д., 2015). Особливо актуальним є питання вивчення розповсюдженості ЗЩА та ускладнень, які виникають у процесі їх лікування, серед молодшої категорії населення, оскільки на сьогодні не існує єдиної думки про причини виникнення хвороб пародонта під час ортодонтичного лікування та недостатньо вивчені питання їх профілактики у осіб молодого віку.

Тому метою нашого дослідження було вивчення частоти та структури ЗЩА, а також розповсюдженості хвороб пародонта, які виникли під час ортодонтичного лікування, у осіб молодого віку.

Для цього нами було обстежено 127 осіб віком 18-35 років м. Луцька Волинської області, які не отримували ортодонтичного лікування, та 117 осіб того ж віку, які знаходились на лікуванні з приводу ЗЩА, з відсутніми змінами у тканинах пародонта в анамнезі.

При аналізі результатів дослідження ортодонтична патологія виявлена у (101)79,52% обстежених осіб. Зокрема, аномалії зубних рядів діагностували у 28,71% випадків. Дистальний прикус зустрічається серед 32,67% обстежених, глибокий – у 16,83% випадків. Мезіальний прикус виявлено у 8,91% пацієнтів. Найменш часто діагностували перехресний (7,92%) та відкритий (4,95%) прикуси.

При обстеженні пацієнтів, які знаходились на ортодонтичному лікуванні з приводу різних видів ЗЩА, виявлено, що у 86,45% випадків відбувається розвиток патології тканин пародонта. При цьому у 82,67% пацієнтів діагностували хронічний катаральний гінгівіт, у 9,42% - гіпертрофічний гінгівіт, у 7,91% випадків виявлено локалізований пародонтит легкого ступеня важкості.

Таким чином, в результаті проведених досліджень можна зробити висновок, що на тлі високої поширеності ЗЩА у осіб молодого віку та високої ймовірності виникнення ускладнень у процесі їх лікування необхідним є детальне вивчення чинників ризику виникнення та особливостей клінічного перебігу хвороб пародонта на тлі ортодонтичного лікування з метою впровадження ефективних методів їх профілактики та лікування.

УДК: 616.314-007-053.21.6(477.87)

Мельник В. С., Сабов А. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ЧАСТОТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ М. УЖГОРОДА В ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ

В даний час відзначається високий відсоток поширеності зубощелепних аномалій серед всіх категорій населення. На фоні високої стоматологічної захворюваності дітей і підлітків особливе значення має вивчення етіологічних факторів, видів аномалій щелепно-лицевої ділянки та залежності даної патології від загального стану організму. В зв'язку з цим необхідними стають дослідження, спрямовані на облік поширеності захворюваності в різні

вікові періоди у пацієнтів різних груп здоров'я. У процесі вивчення частоти виникнення захворювань зубощелепної системи серед дітей і підлітків було виявлено, що з віком збільшується частка патологічних станів зубощелепної системи. Враховуючи це, рання діагностика зубощелепних аномалій та деформацій дітей і підлітків має важливе значення з метою ортодонтичної корекції ЗЩА на всіх етапах формування прикусу.

Нами було обстежено 700 практично здорових дітей і підлітків (входять до 1 групи здоров'я) і 460 пацієнтів відносяться до 2 групи здоров'я у віці від 3 до 16 років, які проживають з моменту народження в м. Ужгороді. Пацієнти 2 групи здоров'я перебували на диспансерному обліку у лікаря педіатра з приводу хронічних соматичних захворювань.

В процесі обстеження серед практично здорових дітей і підлітків з 700 осіб у 261 було виявлено наявність зубощелепних аномалій та деформацій.

Максимальне значення показника поширеності ЗЩА відзначено в кінцевому етапі періоду змінного прикусу – $43,45 \pm 2,21\%$. Далі за ступенем поширеності слідує початковий етап періоду змінного прикусу – $40,62 \pm 2,36\%$ і період постійного прикусу – $34,44 \pm 2,27\%$ ($p < 0,01$). Мінімальне значення серед всіх виявлених показників відзначено в період сформованого тимчасового прикусу і склало $31,77 \pm 2,14\%$.

Серед 460 пацієнтів 2 групи здоров'я наявність ЗЩА виявлено у 350 обстежуваних, що становить $76,08\%$. Максимальне значення даного показника було відзначено на початковому етапі періоду змінного прикусу – $83,51 \pm 2,64\%$. Мінімального значення цей показник досягав у періоді сформованого тимчасового прикусу – $54,4 \pm 2,57\%$.

У період сформованого тимчасового прикусу показник поширеності ЗЩА у дітей 2 групи здоров'я був нижче в 1,5 рази в порівнянні з показником поширеності, виявленим у даної групи пацієнтів на початковому етапі періоду змінного прикусу. Спираючись на отримані дані, можна констатувати збільшення показника поширеності ЗЩА у дітей 2 групи здоров'я на $38,8\%$ в порівнянні з показником поширеності в групі здорових дітей ($p < 0,001$).

На початковому етапі періоду змінного прикусу показник поширеності ЗЩА у дітей 2 групи здоров'я був в 2 рази вище в порівнянні з показником поширеності, виявленому в групі здорових дітей ($p < 0,001$). В періоді постійного прикусу показник поширеності збільшився в 2,5 рази ($p < 0,001$). З віком (від 3-х до 16-и років) поширеність ЗЩА у дітей 2 групи здоров'я збільшувалася на $33,1\%$ і достовірно відрізнялася від показника в групі здорових дітей ($p < 0,001$).

Висновки. 1. Серед дітей та підлітків другої групи здоров'я показник поширеності зубощелепних аномалій та деформацій вище в порівнянні з групою умовно здорових дітей.

2. У групі умовно здорових дітей і підлітків максимальне значення показника поширеності ЗЩА відмічали в кінцевому етапі періоду змінного прикусу.

3. Серед обстежуваних дітей та підлітків другої групи здоров'я було виявлено найбільше значення поширеності аномалій щелепно-лицевої ділянки на початковому етапі періоду змінного прикусу ($83,51 \pm 2,64$ %).

З огляду на дані нашого дослідження, ми рекомендуємо лікарям-ортодонтам проводити диспансеризацію дітей та підлітків всіх груп здоров'я з метою раннього виявлення зубощелепних аномалій та деформацій. Для попередження появи факторів ризику в розвитку зубощелепних аномалій та деформацій ми рекомендуємо лікарям педіатрам всіх дітей після трьох років направляти на консультацію до лікаря-ортодонта.

УДК:616.314-007-06:616.716. 1/4 (477.84)

**Михайлюк В. М., Михайлюк І. А., Бандрівський Ю. Л.,
Стець В. А.**

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

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У СТУДЕНТІВ ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

Здоров'я людини, в тому числі і стоматологічне, є одним з найбільш чутливих показників, що відображують соціальну та економічну ситуацію в країні, а також є індикатором благополуччя суспільства. Порожнина рота – це дзеркало не тільки стану шлунково-кишкового тракту, а й здоров'я організму людини в цілому. Вона призначена виконувати найважливіші життєві функції, а саме: жування, мовлення, дихання та, в певній мірі, естетики. Проте, повноцінне виконання цих функцій можливе лише за умов нормального розвитку, в першу чергу, зубощелепного апарату на всіх етапах його розвитку.

Серед основних стоматологічних захворювань зубощелепні аномалії займають по розповсюдженості одне з перших місць. Вивчення даної проблеми серед студентів медиків у м.Тернопіль є недостатнім. Аномалії зубощелепної системи, в залежності від їх виду і тяжкості, можуть бути причиною ряду патологій і захворювань як в ротовій порожнині, так і в організмі в цілому.

Метою нашого дослідження було встановити частоту зубоцелепних аномалій та деформацій у студентів ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України».

Проведені обстеження свідчать про те, що на сьогоднішній день розповсюдженість зубоцелепних аномалій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед людей молодого віку має тенденцію до зростання. Це можна пояснити, на наш погляд, не тільки погіршенням стану навколишнього середовища, соціальними та економічними труднощами в країні на даний час, а й відсутністю належних, дієвих та адекватних заходів стоматологічної профілактики. Рання втрата тимчасових, а особливо постійних зубів у дітей негативно впливає на формування зубоцелепового апарату. Саме у віці від 6 до 17 років повинні бути реалізованими другий (прорізування перших постійних молярів) та третій (прорізування других молярів) періоди становлення висоти прикусу, що забезпечує створення оптимальних міжключієвих співвідношень, як бічних так і фронтальної групи зубів. При наявності дефекту зубного ряду, який своєчасно не компенсується, зуби, що обмежують його, зміщуються в сторону відсутніх, переважно мезіально. Тимчасові зуби, переміщуються разом із зачатками однойменних постійних зубів. В результаті чого виникає дефіцит місця в зубній дузі для прорізування постійних зубів, подовжуються строки їх прорізування і вони прорізуються поза зубним рядом. При цьому порушується правильне формування зубних дуг та прикусу, що і підтверджують проведені нами дослідження.

УДК [616.314.7:616.718.3]-67.-055.4

Мікулінська-Рудіч Ю. М, Мись В. О., Запара С. Ф.

Харківський національний медичний університет

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-МЕТОДИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Актуальність. Сучасна стоматологія дитячого віку особливо увагу приділяє відновленню функції зуба та естетиці. Все більше батьків висувають великі вимоги до якості пломбувального матеріалу ,природного виду пролікованих зубів у дітей, а також хочуть, щоб процедура лікування зубів була менш чутливою. Така тенденція диктує необхідність в розробці все нових матеріалів, які будуть ідеально поєднувати в собі міцність, довговічність та естетику. В данному аспекті нашу увагу привабив склоіономер RIVA self cure. Цей матеріал виділяє велику кількість іонів кальція, фосфора, фто-

ра, стронція, які впливають на ремінералізацію зубів. Іони стронція значно збільшують міцність дентина. RIVA self cure відмінно підходить для пломбування зубів у дітей, для стоматології мінімального втручання з використанням АРТ-методики.

Мета дослідження – вивчити ефективність використання самотвердіючого склоіономерного реставраційного матеріала RIVA self cure при застосуванні методики АРТ.

Матеріали та методи дослідження. На дитячому прийомі нами були проліковані тимчасові зуби у дітей самотвердіючим склоіономерним реставраційним матеріалом RIVA self cure. Батьки були ознайомлені зі складом та інструкцією по застосуванню матеріала.

Об'єктом дослідження були діти 5 років (25 дітей) – реставрація перших та других молярів з використанням АРТ-техніки.

Після проведення професійної чистки зубів пастою без фтору «Detartrin» та препарування було проведено пломбування зубів самотвердіючим склоіономерним реставраційним матеріалом RIVA self cure.

Ефективність використання матеріала оцінювали шляхом проведення контрольних відвідувань через 2 тижня та 1 місяць та використовували наступні критерії: крайова адаптація, кольорове співпадіння пломба/емаль, анатомічна форма.

Результати дослідження та їх обговорення. Після використання матеріала були проведені контрольні відвідування та опрос дітей та батьків.

Через тиждень та місяць після пломбування у результаті опроса та об'єктивного огляду було встановлено, що усі батьки відмітили гарні естетичні якості матеріала. Об'єктивно визначається гарна крайова адаптація пломби, при проведенні зондом по межі зуб/емаль зонд рухається без затримок, кольорове співпадіння пломба/емаль максимальне, гарна анатомічна форма зуба.

Висновки. Згідно з результатами клінічного дослідження, проведеного нами серед дітей 5 років, яким проводилось пломбування зубів самотвердіючим склоіономерним реставраційним матеріалом RIVA self cure з використанням АРТ-методики можна зробити висновки про гарні естетичні якості матеріала, високу міцність та довготривалість опору ізносу матеріала, прочної крайової адаптації. Ряд послідовних контрольних оглядів дозволить визначити віддалені результати лікування.

Назарян Р. С., Искоростенська О. В.

Харківський національний медичний університет

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Ця робота є частиною науково-дослідної роботи кафедри стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології Харківського національного медичного університету «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», № державної реєстрації 0116U004975.

Вступ. У дослідженнях багатьох авторів підтверджено зв'язок між станом зубів у дітей та рівнем знань щодо стоматологічного здоров'я, розумінням його цінності, а також рівнем гігієнічних навичок їх батьків.

Дані анкетного інтерв'ювання батьків дітей із синдромом Дауна виявили недостатній рівень обізнаності щодо стоматологічного здоров'я їх дітей. Окрім цих знань та вмій батькам, що мають дітей із особливостями розвитку, необхідна витримка, терпіння та наполегливість у виконанні гігієнічних процедур у їх дітей, тому що більшість дітей, незалежно від віку, неспроможна до співробітництва навіть зі своїми батьками.

Відсутність належного гігієнічного догляду за порожниною рота дитини (біохімічний фактор ризику), також, пояснюється акцентуванням уваги батьків на більш важливих проблемах зі здоров'ям дітей (оперативні втручання на серці, лікування алергозів, часті респіраторні захворювання дітей, ендокринна патологія тощо).

У зв'язку з цим, усі діти із синдромом Дауна віднесені до групи з високим ризиком розвитку стоматологічних захворювань.

Мета дослідження. Планування комплексу профілактичних заходів щодо стоматологічного здоров'я дітей із синдромом Дауна.

Методики дослідження. Обстежено 19 дітей із синдромом Дауна або трісомією по 21 хромосомі віком від 8 місяців до 17 років.

Для оцінки гігієни порожнини рота було використано індекс рівня гігієни порожнини рота Кузьміної Е.М. (2000). Інтенсивність каріозного процесу зубів у дітей виявлено за допомогою індексів кп, КПВ+кп, КПВ. Рівень інтенсивності карієсу виявлено за допомогою індексу рівня інтенсивності карієсу РІК (Леус П.А.). Також оцінювали деякі саліваторні характеристики дітей, а саме: індекс плинності ротової рідини (рівень градації) (Леус П.А., Беясова Л.В., 1995), мінералізуючий потенціал слини та рівень рН ротової рідини.

У результаті обстеження групи дітей із синдромом Дауна, вдалося виявити декілька факторів ризику розвитку стоматологічних захворювань у цієї категорії пацієнтів, на що було вказано їх батькам. Для кожного з дітей, відповідно з отриманими даними, було розроблено індивідуальні програми профілактики.

Висновки.

Після проведеного стоматологічного обстеження дітей із синдромом Дауна, їх батькам було запропоновано:

Акцентувати увагу на гігієні порожнини рота дитини вранці після сніданку та ввечері перед її засинанням. Методика: на м'яку зубну щітку нанести мазок зубної пасти зі фтором «Splat» для підлітків (без урахування віку дитини) та невелику кількість (з горошину) дитячої зубної пасти «Splat» з кальцієм та ферментами (з урахуванням віку дитини).

Протягом дня після прийому їжі дитиною, використовувати пінку «Splat» для догляду за порожниною рота, що містить молочні ферменти, кальцій, речовини, що стимулюють захисні властивості порожнини рота тощо. Методика: натиснути на дозатор двічі, направляючи пінку у порожнину рота дитини, на язик. Залишки пінки, що її дитина спльовує, зібрати серветкою.

На ніч, після очищення зубів зубною пастою, зняти залишки засобу з поверхні зубів дитини вологою марлевою серветкою та нанести на зуби іншою м'якою зубною щіткою мінералізуючий гель «R.O.C.S. medical minerals» для дітей та підлітків. Не ополіскувати порожнину рота. Гель застосовувати курсом 14 днів.

Запропоновані комбінації гігієнічних засобів націлені на полегшення для батьків процедури очищення зубів у їх дітей, покращення рівня гігієни порожнини рота у дітей із синдромом Дауна (за рахунок вмісту молочних ферментів, що розщеплюють зубні відкладення) та підвищення резистентності твердих тканин зубів дітей.

Перспективи. Завдяки своєчасній профілактиці стоматологічних захворювань, що проводиться на тлі програми стоматологічної обізнаності батьків та впровадженню запропонованого комплексу профілактичних засобів для використання у домашніх умовах, можливо покращення показників гігієни порожнини рота у дітей, перешкоджання виникненню карієсу або зниження розповсюдженості та інтенсивності карієсу зубів у дітей із синдромом Дауна.

**Назарян Р. С., Комаров О. К., Мікулінська-Рудіч Ю. М.,
Комаров Д. О.**

Харківський національний медичний університет

ВИКОРИСТАННЯ А-СИЛІКОНОВИХ КЛЮЧІВ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ АНАТОМІЧНОЇ ФОРМИ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ПЕРІОД ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНОГО ПРИКУСУ У ДІТЕЙ

Актуальність. Прорізування перших постійних молярів, що відносяться до додаткової групи зубів, може відбутися тільки за умови зростання верхньої і нижньої щелеп, а правильне становлення їх в зубний ряд і змикання залежить від збереження правильної анатомічної форми оклюзійної поверхні. Порушення їх оклюзійних взаємин відіграє значну роль в патогенезі аномалій зубних рядів. Schwarz (1939) пояснив механізм переходу бугоркового змикання в бугорково-фісурний перших постійних молярів. Відомо, що при прорізуванні других молочних молярів їх дистальні поверхні встановлюються в одній площині. Перші постійні моляри, прорізуваючись позаду цих зубів, в перший час встановлюються в бугоркове змикання. До цього, терміну внаслідок фізіологічної стертості молочних зубів, відбувається мезіальний зсув нижньої щелепи. З цієї ж причини перший постійний моляр зміщується разом з щелепою вперед. Мезіальне зрушення цього зуба можливе ще й тому, що після випадіння другого молочного моляра і заміщення його другим премоляром залишається вільне місце, оскільки він вузький. Мезіальному зрушенню сприяє і форма коронок цих зубів. Коронки верхніх перших молярів мають ромбоподібну форму, нижніх - прямокутну. Внаслідок ромбовидної форми верхнього моляра його передній піднебінний бугор зрушає дистально щодо переднього щічного. Він ковзає по задній поверхні переднього крайового валика нижнього першого моляра, потрапляє в фісуру між чотирма пагорбами і тягне за собою зісковзування інших горбів. В результаті мезіо- щічний бугор також зісковзує з однойменного бугра нижнього першого моляра в поперечну фісуру між щічними буграми нижнього першого моляра. Таким чином виходить бугорково- фісурне змикання зубів. Щоб перші постійні моляри могли стати функціонально повноцінними вони повинні мати певну висоту і правильне фісурно-бугоркове змикання на що йде в середньому 3-4 роки. Оклюзійна поверхня нещодавно прорізуваних постійних молярів, з її вираженим рельєфом і недостатньо мінералізованою емаллю фісур схильна до швидкого розвитку карієсу. Уже в перші 2 роки після прорізування карієсом

уражаються 25% молярів, при цьому 93% порожнин локалізуються в ямках і фісурах. У віці 6-ти років все уражені постійні зуби - це перші моляри.

На сьогоднішній день основним методом лікування карієсу залишається препарування і пломбування каріозної порожнини, мета якого не тільки заміщення дефекту твердих тканин зуба, а й максимальне відновлення анатомічної форми і функціональної цінності зуба. За спостереженнями Є.В. Боровського (2001), в 45% випадків лікарі-стоматологи не відновлюють жувальну поверхню зубів, яка після пломбування має «плоску поверхню».

Мета дослідження: оцінка якості відновлення анатомічної форми перших постійних молярів у дітей з використанням А- силіконових ключів.

Матеріали і методи дослідження. На кафедрі ми провели експеримент на видалених постійних молярах за медичними показаннями зі збереженими фісурами і вираженими буграми. На початку експерименту оклюзійні поверхні всіх зубів були сфотографовані і зняті відбитки А-силіконом. На оклюзійній поверхні кожного зуба була змодельована клінічна ситуація: 1 клас по Блеку в області фісур, 1 клас по Блеку в області фісур з ураженням медіальних горбів, 1 клас по Блеку в області фісур з ураженням дистальних горбів, 1 клас по Блеку в області фісур з ураженням медіальних і дистальних горбів.

Результати дослідження та їх обговорення. Група з 16 лікарів-стоматологів з однаковим стажем роботи, кваліфікаційною категорією та спеціалізацією була розділена на дві підгрупи по 8 лікарів в кожній. Перша група лікарів відновлювала жувальну поверхню пломбувальним матеріалом не бачачи анатомічної форми зуба, а спираючись на знання анатомії зубів. Друга група лікарів відновлювала анатомічну форму оклюзійної поверхні зубів, використовуючи А-силіконові ключі. Після закінчення практичної частини ми оцінювали візуально якість відновлення, втрачених твердих тканин зубів, використовуючи попередньо зняті А- силіконові ключі з кожного зуба. У силіконовий ключ ми помістили коректор та отримали відбиток. Потім оцінювали візуально товщину корегуючої маси в кожному випадку. У першій групі ми отримали наступні результати: тонкий рівномірний шар корегуючої маси на всій оклюзійній поверхні, що підтверджує правильність відновлення оклюзійної поверхні, надлишок корегуючої маси в області змодельованого дефекту, що вказує на недостатність пломбувального матеріалу, недолік корегуючої маси в області змодельованого дефекту, що вказує на надлишок пломбувального матеріалу. У двох останніх випадках можна стверджувати про неповне відновлення анатомічної форми твердих тканин зубів. У другій групі у всіх учасників ми отримали тонкий рівномірний шар корегуючої маси на всій оклюзійній поверхні, що підтверджує правильність відновлення оклюзійної поверхні.

Висновки. Виходячи з вищевикладеного можна констатувати: зберігання і використання А -сіліконових ключів або 3Dфайли оклюзійних поверхонь перших постійних молярів пацієнтів в клініці з моменту їх прорізування і протягом 3-4 років допомагає повноцінно відновити анатомічну форму жувальної поверхні тим самим знизити ризик формування неправильного змикання перших постійних молярів і відповідно формування патологічного прикусу.

УДК 616.314.9 – 002.1 – 053.2. – 085.31:546.16.

Назарян Р. С., Кузіна В. В., Пешко Т. Є.

*Харківський національний медичний університет, м. Харків
приватна стоматологічна практика, м. Київ*

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ ГЛИБОКОГО ФТОРУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПОЧАТКОВОГО КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Каріозні ураження твердих тканин тимчасових зубів дуже поширена стоматологічна патологія. За своїм походженням початковий карієс є підповерхневим ураженням без формування порожнини, оскільки згідно з дослідженням G.Gustafsonson (1975), навіть при значному розповсюдженні ураження на глибину, поверхнева зона емалі досить тривалий час лишається мінералізованою та неушкодженою, більшою частиною завдяки контакту із слиною. На початкових стадіях гострий каріозний процес клінічно має прояви крейдоподібних плям з типовою локалізацією в місцях скупчення нальоту.

Серед методів лікування початкового карієсу поширені різні методи ремінералізуючої терапії, яку проводять у клініці, або в домашніх умовах. Клінічний ефект від подібних заходів значною мірою залежить від якості виконання. Однією із складових успіху подібних процедур є можливість забезпечення пенетрації лікарської речовини в зону вогнища демінералізації. Однак, у зв'язку із специфічним плином розвитку каріозного ураження у поверхневому шарі емалі та накопиченням зубних нашарувань, цей доступ ускладнюється. Тому перед аплікаціями ремінералізуючих розчинів, лаків, гелів та інших засобів, виробники вказують на необхідність проведення професійної гігієни, але не досить акцентують свою увагу на її особливос-

тях. Зазвичай рекомендують обробити поверхню антисептиком та застосувати щітки з абразивними пастами. Подібний підхід не може забезпечити у повному обсязі активну penetрацію лікарського засобу в зону де мінералізації. Застосування паст дає змогу видалити лише пелікулу, а поверхневий шар емалі, який є так званим «псевдоінтактним», та має більш високий рівень мінералів, ніж тіло каріозного вогнища, зберігається. Зона демінералізації, яка характеризується наявністю бактерій та значними структурними порушеннями, залишається недосяжною. І це є певною проблемою. На даний час багато досліджень свідчать про високу ефективність системи Ison. Щільний «псевдоінтактний» шар емалі видаляється на глибину близько 40 мкм, завдяки дії Ison-Etch - гелю, який є сумішшю кислот. Процедура мікроабразії, коли для усунення поверхневого шару емалі використовується дія кислоти та абразиву, рекомендована перед проведенням деяких високоєфективних профілактичних маніпуляцій. Тобто, пропонуються нестандартні способи обробки поверхні зубу при початковому карієсі, які на перший погляд могли б спричинити незворотні пошкодження, але кінцевий результат їх застосування виявляється більш вираженим та стійким.

Мета дослідження: вивчити результати лікування гострого початкового карієсу тимчасових зубів методом глибокого фторування із попередньою обробкою крейдоподібних плям фінішними сіліконовими полірами.

Методики дослідження: Обстежено 28 дітей віком 1,5-3 роки з клінічними проявами гострого початкового карієсу у 109 тимчасових зубах фронтальної групи. Діагноз встановлювали на підставі стоматологічного обстеження. Визначали розмір, колір, ступінь профарбовування крейдоподібних плям 2% водним розчином метиленового синього за шкалою Аксамит А. П., 1974; зондування їх поверхні дозволяло визначити наявність дефектів емалі.

Поділ на групи здійснено за принципом методики підготовки поверхні зубу перед нанесенням компонентів для глибокого фторування. А саме, 1 група – 14 дітей, 55 зуба – контроль. Поверхня зубів оброблялась 2% розчином хлоргексидіна біглюконату, циркулярною щіткою з абразивною пастою. 2 група – 14 дітей, 54 зуба – експеримент. Після антисептичної обробки 2% розчином хлоргексидіна біглюконату за допомогою полірів, що містять частки оксиду алюмінію розміром 40 мкм, обробляли поверхні каріозних уражень. Ефективність методик оцінювали за кількістю вогнищ початкового карієсу та динамікою їх ремінералізації.

Висновки і перспективи. Обробка крейдоподібних плям фінішними сіліконовими полірами при лікуванні гострого початкового карієсу тимчасових зубів підвищує ефект методу глибокого фторування. У подальшому планується запропонувати дану методику лікування початкового карієсу тимчасових зубів для використання в закладах охорони здоров'я.

Назарян Р. С., Ткаченко М. В.

Харківський національний медичний університет

ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету, яке виконується на кафедрі стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації № 0116U004975.

У численних експериментальних роботах доведено вплив соматичної патології на стоматологічний статус хворих. Порушення при муковісцидозі роботи екзокринних залоз, у тому числі слинних, агресивне інфікування секрету залоз, погіршений нутритивний статус хворих, порушення імунорегуляції, гіповітаміноз, остеопороз та зумовлене цими факторами постійне застосування у терапії захворювання антибактеріальних, ферментних, гормональних засобів, без сумніву, відображається на показниках стоматологічного здоров'я.

Мета дослідження. Вивчення стоматологічного статусу дітей, хворих на муковісцидоз.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було проведено клінічне стоматологічне обстеження 30 дітей віком від 1 до 17 років з підтвердженим діагнозом муковісцидозу.

Дослідження поширеності та інтенсивності карієсу проводили за показниками – КПЗ, КПВз, КПВз+КПЗ, індивідуального рівня інтенсивності карієсу – за індексом ІРІК (П. А. Леус, 1990 р.). Для визначення стану гігієни порожнини рота застосували гігієнічний індекс ОНІ-S (J. C. Green, J. R. Wermillion, 1964 р.), стан пародонту визначали за допомогою індексу ПМА (I. Schour, M. Massler, 1948 р.).

Результати досліджень та обговорення. За результатами клінічного обстеження виявлено, що показник поширеності карієсу у досліджуваній групі становить 53,4%, що відповідає середньому рівню.

Оцінюючи ступінь складності каріозного процесу, ми визначили, що 16 дітей, або 53,0%, мають низький і дуже низький рівень, 4 дитини, або 12,0%, мають середній рівень, і 10 хворих, або 35,0%, мають високий та дуже високий рівень інтенсивності карієсу. Показники ІРІК розподілились наступним чином: 18 дітей (60,0%) з низьким рівнем, 5 дітей (16,7%) з се-

реднім рівнем, 3 пацієнти (10,0%) з високим рівнем та 4 дітей (13,3%) з дуже високим індивідуальним рівнем каріозного процесу.

Аналізуючи стан гігієни порожнини рота, ми виявили, що індекс ОНІ- S у 7 дітей (23,3%) оцінювався як «задовільна» гігієна, у 23 дітей (76,7%) – як «незадовільна» та «погана» гігієна. У жодної дитини досліджуваної групи не зареєстровано «доброї» гігієни порожнини рота.

У всіх учасників дослідження виявлено клінічний стан хронічного генералізованого катарального гінгівіту. Ступені інтенсивності гінгівіту за індексом ПМА розподілено наступним чином: легкий ступінь у 7 дітей (23,3%), середній ступінь у 9 дітей (30,0%) та тяжкий ступінь у 14 хворих (46,7%).

Висновки.

Проведене нами дослідження дає змогу зробити висновок, що серед хворих на муковісцидоз дітей спостерігається поширеність карієсу зубів середнього ступеню, низький рівень гігієни порожнини рота та висока захворюваність на гінгівіт. Отримані дані свідчать про необхідність проведення поглибленого вивчення впливу патогенетичних факторів муковісцидозу на стан органів порожнини рота дітей та розробки уніфікованої лікувальної тактики стоматолога.

УДК 616.314.26-76-085.825-053.5

Назарян Р. С., Хмиз Т. Г., Ткаченко І. Г.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-
лицьової хірургії та імплантології*

ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ У ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ

Наукова робота виконана у відповідності з планом науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань» (номер держреєстрації 0116U004975).

При лікуванні пацієнтів з дистальною оклюзією у період активного росту лицевого скелету для стимулювання росту нижньої щелепи та її меді-

ального переміщення перевагу надають функціональним ортодонтичним апаратам (активатори, біонатори, кінетори, регуляторі функції та ін.). Але пацієнти насилу звикають до цих апаратів або відмовляються користуватися ними. Це пов'язано з громіздкістю та розміром цих апаратів з одного боку та опором м'язів, що висувають нижню щелепу, з другого. Пацієнт відчуває великий дискомфорт, а часом і біль, що веде до самостійного припинення лікування у дуже важливий період росту лицевого скелету, коли ортодонтичне лікування найбільш ефективне.

Ціллю даного дослідження було підвищити ефективність лікування пацієнтів з дистальною оклюзією у період змінного прикусу шляхом поетапного використання знімних пластинкових апаратів з накусочною площиною, знімних пластинкових апаратів з похилою площиною та вправ для тренування м'язів, що висувають нижню щелепу.

Матеріали та методи дослідження. Нами запропоновано комплекс лікувальних заходів, що передбачає:

1. Використання знімного пластинкового апарату на верхню щелепу з накусочною площиною у фронтальній ділянці. Механічний вплив на зубні ряди здійснювали за допомогою ортодонтичних гвинтів, вестибулярних дуг та протракційних пружин, що нормалізує їх форму і оклюзійний контакт.
2. Виконання вправ для тренування м'язів, що висувають нижню щелепу разом з використанням знімного пластинкового апарату на верхню щелепу з накусочною площиною у фронтальній ділянці.
3. Використання знімного пластинкового апарату на верхню щелепу з похилою площиною у фронтальній ділянці, виготовленого у конструктивному прикусі.

Обговорення результатів дослідження. Під час адаптації до апарату та нормалізації форми верхнього зубного ряду накусочна площина у фронтальній ділянці виконує функцію депрограматора для м'язів, що висувають нижню щелепу. Міогімнастика сприяє забезпеченню міодинамічної рівноваги у зубощелепній ділянці, що створює сприятливі умови для росту недорозвиненої нижньої щелепи і для її медіального зміщення та пристосовує м'язи для нового положення нижньої щелепи. Знімний пластинковий апарат на верхню щелепу з похилою площиною у фронтальній ділянці стабілізує нижню щелепу у конструктивному прикусі та дозволяє при постійному використанні отримати фізіологічні оклюзійні контакти у бокових ділянках під час прорізування бокових зубів.

Висновки. Таким чином, при використанні запропонованого комплексу лікувальних заходів ми отримали фізіологічну оклюзію у постійному прикусі. У деяких випадках була необхідність у використанні незнімної техніки для покращення положення окремих зубів та деяких оклюзійних контактів.

Назарян Р. С., Шевчук В. А., Одушкіна Н. В.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої
щелепно-лицьової хірургії та імплантології*

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІТІВ У ДІТЕЙ

Найбільша кількість хронічних одонтогенних верхньощелепних синуситів (ХОВЩС) у дітей зустрічається у віковій групі від 12 до 18 років. Це зумовлено частотою ускладненого карієсу постійних зубів і топографо-анатомічними особливостями будови верхньої щелепи та придаткових пазух носа.

За літературними даними, радикальне хірургічне втручання на верхньощелепному синусі є найбільш розповсюдженим способом лікування при наявності альверного сполучення. Серед недоліків необхідно відзначити розвиток післяопераційних ускладнень внаслідок рубцевих змін слизової синуса, облітерації риностоми та, як слідство, порушення вентиляційної функції придаткових пазух носа.

Таким чином, оптимізація хірургічного лікування ХОВЩС з альвеолярним сполученням у дітей залишається актуальною для уникнення розвитку безпосередніх та віддалених ускладнень.

Враховуючи наявність широкого максиллярного отвору верхньощелепного синуса у дітей, а також високу репаративну регенерацію щелепно-лицьової ділянки, вважаємо доцільним мінімізацію обсягу хірургічного втручання при ХОВЩС з альвеолярним сполученням у дітей за наявністю локальних патологічних змін у ділянці дна альвеолярної бухти.

Метою нашого дослідження стало застосування «щадного» способу хірургічного лікування ХОВЩС з альвеолярним сполученням у дітей та оцінка його ефективності.

Групу дослідження склали 35 дітей віком від 12 до 17 років з ХОВЩС. Усіх пацієнтів було обстежено клінічно, лабораторно та інструментально (рентгенографія придаткових пазух носа, СКТ середньої зони обличчя). В усіх випадках було встановлено одонтогенну причину захворювання, наявність деструкції замикаючої кісткової пластинки та локальні патологічні зміни слизової верхньощелепного синуса в ділянці дна альвеолярної бухти.

Хірургічне лікування проводили в умовах загального знеболення. Протокол операції складався з формування трапецеподібного слизово-окісного

клаптя в проекції «причинного» зубу, видалення зубу та патологічних тканин з дна альвеолярної бухти через сполучення. Надалі проводили обтурацію кісткової рани стоматологічною губкою «Стимул-Осс», що містить у своєму складі антигенно оброблений колаген тваринного походження та гідроксилапатит. При цьому досягали щільного заповнення кісткового дефекту. Слизово-окісний клапоть уклали на поверхню рани, фіксували швами. Фармакологічна підтримка складалася з антибактеріальної терапії та симптоматичного лікування.

В усіх пацієнтів відзначався гладкий післяопераційний перебіг, відсутність скарг на болі та припухлість у зоні операції на 2 – 3 добу. Загоєння ран відбувалось первинним натягненням, без ускладнень. Термін фармакологічної підтримки не перевищував 5 діб. Термін спостереження пацієнтів складав 6 місяців.

Слід відзначити відсутність скарг пацієнтів та післяопераційних альвеолярних норниць. Кістковий дефект повністю нівелювався з відновленням форми і розмірів альвеолярної частини верхньої щелепи.

Отриманий клінічний результат дозволяє рекомендувати «щадний» спосіб хірургічного лікування ХОВЩС з альвеолярним сполученням у дітей як оптимальний при локальних змінах у ділянці альвеолярної бухти верхньощелепного синуса.

УДК 616.316.1-003.7-091.8-092-07-08

Назарян Р. С., Ярославська Ю. Ю., Борисенко Є. Є.

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СІАЛОЛІТІАЗУ У ДІТЕЙ

Актуальність теми. Проблема діагностики та лікування сіалолітазу у дітей та підлітків є однією з актуальних проблем стоматології. За даними літератури калькульозні сіалоаденіти у дітей складають до 50% випадків від усіх захворювань слинних залоз. Тривалий і часто безсимптомний перебіг даного захворювання у дітей, з не типовою клінічною картиною, потребує удосконалення його ранньої діагностики та лікування.

Метою дослідження було виявлення особливостей клінічного перебігу і розробки методів лікування сіалолітазу в дитячому та юнацькому віці.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 14 дітей віком від 8 до 16 років, з них 9 дівчат та 5 хлопчиків. Встановленню діагнозу сприяла наявність у всіх хворих конкрементів у вивідній протоці однієї з піднижньощелепних слинних залоз. Характерною особливістю був тривалий перебіг захворювання без ознак явного загострення запального процесу і обтурації вивідної протоки залози. Основними скаргами пацієнтів були відчуття стороннього тіла під язиком і припухлість під нижньою щелепою, що з'являється при прийомі їжі і самостійно проходить протягом короткого часу. При рентгенологічному та УЗД дослідженні ураженої слинної залози була уточнена локалізація конкременту - у всіх пацієнтів камені локалізувалися в передній третині вивідної протоки залози, структурних змін тканин слинних залоз характерних для хронічного калькульозного сіалоаденіту у дорослих виявлено не було.

Всім пацієнтам проведено комплексне хірургічне та медикаментозне лікування. Хірургічне лікування полягало в проведенні операції «Сіалодохопластика, видалення конкременту». Малоінвазивне втручання на головній вивідній протоці піднижньощелепних слинних залоз передбачало розтинання протоки від вічка, через ложе каменю, до першого її повороту вниз. Стінку протоки з обох сторін зшивали зі слизовою оболонкою дна порожнини рота вузловими швами. Формували нове вічко протоки за місцем розташування каменю або звуження протоки, шляхом вшивання верхівки трикутника, що брався зі слизової дна ротової порожнини, вкінець розтину. Між швами фіксували поліхлорвініловий катетер, уведений до протоки. Шви і катетер дозволили значно скоротити виникнення рубців та стенозу протоки. Медикаментозне лікування передбачало призначення проти-запальної, антибактеріальної, імуномодельуючої терапії. У всіх пацієнтів післяопераційний перебіг був гладким. Віддалені результати в період від 3 місяців до 4 років показали повне відновлення ураженої слинної залози без ознак хронічного запалення в ній.

Висновки: Таким чином, особливостями сіалолітіазу у дітей є локалізація конкременту в вивідному протоці залози, відсутність структурних змін, що виявляються при УЗД, в тканинах залози, тривалий перебіг захворювання без ознак явного загострення запального процесу. Вказані особливості потребують комплексного підходу в лікуванні даної патології з використанням малоінвазивних хірургічних втручань.

Огурцов О. С., Прасол А. С., Огурцов С. І.

Харківський національний медичний університет

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІОПТРОН-СВІТЛОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕЗНІМНОЮ ОРТОДОНТИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ

Ортодонтичне лікування за допомогою незнімної ортодонтичної техніки (НОТ) довготривале та може супроводжуватися негативним впливом на зуби та пародонт. Досить часто використання НОТ є причиною розвитку запальних процесів у тканинах пародонта. Пошук ефективних методів профілактики та боротьби з ускладненнями є актуальним.

Фізіотерапія – це розділ медицини, який займається лікуванням різноманітних захворювань завдяки впливу як природних так і штучних факторів. Застосування фізіотерапевтичних методів може сприяти більш легкому та швидкому лікуванню, тому фізіотерапія з успіхом використовується у стоматології та ортодонтії, зокрема.

Метою нашого дослідження було вивчити вплив поляризованого поліхроматичного світла (БІОПТРОН-світлотерапії) на тканини пародонта у пацієнтів з НОТ.

Матеріали і методи. Дослідження проводили у 30 пацієнтів з НОТ, яких було поділено на 3 групи. Перша група (n=10) – пацієнти без клінічних ознак ускладнень з боку тканин пародонта, яким БІОПТРОН-світлотерапію починали в день фіксації НОТ; друга (n=10) – пацієнти без клінічних ознак ускладнень з боку тканин пародонта, яким БІОПТРОН-світлотерапію починали на 10 день фіксації НОТ; третя (n=10) – пацієнти з НОТ без клінічних ознак ускладнень з боку тканин пародонта, яким БІОПТРОН-світлотерапію не проводили.

Курс лікування поляризованим світлом у пацієнтів перших двох груп тривав 10 днів. Оцінювали стан тканин пародонту за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) до фіксації НОТ, на 1-у, 10-у, 14-у добу та через місяць.

Результати дослідження. Середні значення індексів РМА у трьох групах пацієнтів до лікування та на 1-у добу фіксації НОТ відповідали легкому ступеню гінгівіту. На 10-у добу у хворих 2-ї та 3-ї груп відмічався середній ступінь, у той час коли у 1-ї групі індекс РМА залишився майже без змін. На 14-у добу фіксації НОТ у пацієнтів 1-ї групи відмічався легкий ступінь гінгівіту, у пацієнтів 2-ї – середній, проте середній показник індексу РМА зменшився на 0,36, а у хворих 3-ї групи – середній. Через 1 місяць фіксації

НОТ у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп середнє значення індексів РМА відповідало легкому ступеню гінгівіту, а у хворих 3-ї групи – середньому. Також середнє значення індексу РМА у 3-й групі через місяць після фіксації НОТ було на 0,07 та 0,16 більше, ніж на 10-у та на 14-у добу відповідно.

Висновки. В результаті проведеного дослідження була встановлена ефективність використання БІОПТРОН-світлотерапії у пацієнтів з НОТ як для профілактики розвитку ускладнень з боку тканини пародонта, так і з метою їх усунення. Однак, залишається відкритим питання довготривалості отриманого ефекту. Плануємо продовжувати дослідження і спостерігати за пацієнтами до кінця ортодонтичного лікування з метою отримання віддалених результатів.

УДК:616.31-083:616.72-002.77-053

Пилипюк О. Ю. керівник – професор, д.мед.н. Кулигіна В. М.

*Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Актуальність. Серед пускових факторів, які призводять до розвитку карієсу зубів у дітей, насамперед, необхідно відмітити стан гігієни порожнини рота. Чимале важливе значення у виникненні патологічного процесу в твердих тканинах зубів займають автоімунні захворювання, зокрема ювенільний ревматоїдний артрит (В.М. Гринин, 2011). Проте дослідженню гігієнічного стану ротової порожнини у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом приділяється недостатньо уваги.

Мета: дослідити стан гігієни порожнини рота у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом.

Матеріали і методи. Для реалізації поставленої мети проведено вивчення гігієнічного стану ротової порожнини у 55-ти дітей з ЮРА (29 осіб другого дитинства – 8-12 років і 26 підлітків – 13-16 років) у порівнянні з 52-ма здоровими однолітками групи контролю (відповідно 25 і 27 осіб) за показниками індексу Грін-Верміліона (А.В. Борисенко, 2011). Достовірність виявлених відмінностей оцінювали за критерієм Стьюдента.

Обговорення результатів. Відомо, що властивості біологічного середовища порожнини рота визначаються і їх гігієнічним станом. Проведений аналіз результатів визначення індексу Грін-Верміліона виявив достовірно

гірші показники у хворих дітей порівняно із дітьми з інтактними зубами або поодинокими каріозними ураженнями. При цьому рівень гігієни порожнини рота за сумарним індексом ОНІ-S у здорових дітей контрольної групи оцінений як задовільний, в той самий час як у дітей другого дитинства і підліткового віку з ЮРА – незадовільний. За даною оцінкою середньостатистичні значення гігієнічного індексу Грін-Верміліона у дітей другого дитинства з ЮРА склали $1,712 \pm 0,073$ бали (проти $1,408 \pm 0,081$ балів у однолітків контрольної групи, при $p < 0,05$), у підлітків – $1,807 \pm 0,077$ (проти $1,259 \pm 0,088$ балів, при $p < 0,01$). Отже, з віком у дітей контрольної групи спостерігали покращення гігієнічного стану порожнини рота на 10,6%, у дітей з ЮРА навпаки – погіршення на 5,3%. За якісними показниками задовільний стан гігієни порожнини рота встановлений у 9-ти (31%) дітей з ЮРА віком 8-12 років і у 7-ми (27%) пацієнтів 13-16 років, незадовільний – відповідно у 20-ти (69%) дітей з ЮРА другого дитинства і у 19-ти (73%) хворих підлітків. На відміну від них у однолітків контрольної групи задовільний стан гігієни порожнини рота встановлений у 16-ти (64%) дітей другого дитинства і 20-ти (74%) – підліткового віку; незадовільний рівень – відповідно у 9-ти (36%) і 7-ми (26%) пацієнтів.

Висновки. Рівень гігієни порожнини рота у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом ($1,712 \pm 0,073$ у дітей другого дитинства і $1,807 \pm 0,077$ балів – у підлітків) відповідає критерію незадовільного та з віком погіршується. Це сприяє збільшенню розповсюдженості та інтенсивності карієсу зубів у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом

УДК 616.413.9-08-053

Стулікова В. С.

*Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького МОЗ України*

КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Пошук високоефективного методу лікування пульпіту тимчасових зубів у дітей на теперішній час є достатньо актуальним, у зв'язку з цим необхідно вивчити ефективність девітальних та вітальних методів лікування пульпіту з больовим синдромом.

Мета дослідження. Оцінка клінічної ефективності лікування пульпіту тимчасових зубів на стадії сформованого кореня у дітей із використанням лікарського засобу, що містить формокрезол (ФК).

Об'єкт та методи дослідження. Було обстежено 34 дитини, 15 дівчинок (44,1±8,52%) та 19 хлопчиків (55,9±8,52%), віком від чотирьох до семи років з декомпенсованою формою карієсу та інтенсивністю ураження 6,97±2,36. Лікування проводили методом вітальної пульпотомії із використанням матеріалу, що містить ФК, при цьому у 29 дітей (85,3±6,07%) лікування 71 зуба (81,6±4,15%) відбувалося із застосуванням загального знеболення, у 5 пацієнтів (14,7±6,07%) проліковано 16 зубів (18,4±4,15%) із застосуванням локальної анестезії. Перкусія 87 обстежених тимчасових зубів була безболісною, патологічні зміни на рентгенограмі були відсутні. Контрольні огляди проводили через 1, 3, 6 і 12 місяців. Звертали увагу на скарги дітей або їх батьків, колір зуба, крайове прилягання пломби, колір слизової оболонки у ділянці пролікованого зуба, проводили перкусію, визначали наявність змін на рентгенограмі. Лікування вважалось ефективним, якщо не було скарг та порушень за суттєвими критеріями.

Результати дослідження. Аналіз результатів через 1 місяць показав ефективність лікування на рівні 100%. Через 3 місяці крайове прилягання було порушене в 1 зубі (1,15±1,14%), колір слизової оболонки був змінений біля 5 зубів (5,75±2,50%), колір в 1 зубі (1,15±1,14%) також був змінений. Перкусія 5 зубів (5,75±2,50%) була болісною, патологічні зміни на рентгенограмі були виявлені у 4 зубах (4,60±2,25%), які з цієї причини були видалені. Ефективність лікування склала 94,30±2,50%. Аналіз результатів лікування через 6 місяців показав, що герметизм був порушений в 4 пломбах (4,60±2,25%), слизова оболонка змінена у кольорі біля 6 зубів (6,90±2,72%), при цьому тільки 5 зубів змінили свій колір (5,75±2,50%). Перкусія була болісною в 6 випадках (6,90±2,72%). Патологічні зміни на рентгенограмі було діагностовано в 10 зубах (11,50±3,42%). Ефективність лікування склала 83,90±3,94%. Через 12 місяців після лікування порушення герметизму пломби виявлено в 1 зубі (1,15±1,14%), за весь період спостереження - у 6 зубах (6,90±2,72%). Слизова оболонка змінена у кольорі біля 5 зубів (5,75±2,50%), всього за 12 місяців - у 16 зубів (18,40±4,15%). Виявлено 5 зубів (5,75±4,85%) із зміненим кольором, всього таких зубів було 11 (12,60±3,56%). Перкусія була болісною в 4 зубах (4,60±2,25%), за 12 місяців таких випадків було зареєстровано 15 (17,20±4,05%). Патологічні зміни на рентгенограмі були виявлені біля 15 зубів (17,20±4,05%), всього за період спостереження – 25 випадків (28,70±4,85%). За 12 місяців було видалено 18 зубів (20,8± 4,34%).

Висновки. Таким чином, клінічна ефективність лікування пульпіту у тимчасових зубах у дітей віком 4-7 років вітальною ампутацією із використанням формокрезолу склала $66,7 \pm 5,05$ %. Слід зазначити, що вона є достатньо високою у порівнянні з такою у разі застосування девітальних методів в аналогічних клінічних ситуаціях.

Перспективи. Планується дослідити клінічну ефективність лікування пульпіту тимчасових зубів у дітей із використанням матеріалу, що містить формо крезол, а також інших лікувальних засобів, у більш довгостроковий період.

УДК: 616.314-076/-077-06:616.314.17-091.8]-053.2

Фалінський М. М., Бойцанюк С. І., Бесповоцев А. В.
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ ЗНІМНИМИ ТА НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ АПАРАТАМИ НА СТАН ЗУБІВ І ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ

За останні роки помітний ріст частоти зубощелепних аномалій (ЗЩА) у дітей і підлітків. Ортодонтичні апарати, які застосовуються при лікуванні патології ЗЩА, сприяють утрудненому проведенню гігієни порожнини рота і нерідко стають причиною порушення гомеостазу органів порожнини рота та виникненню ускладнень з боку тканин пародонта і твердих тканин зуба. Численними дослідженнями доведено, що якісне систематичне дотримання індивідуальної гігієни порожнини рота сприяє зниженню поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань.

Недостатній догляд за порожниною рота призводить до накопичення на зубах нальоту – головного патогенетичного фактора основних стоматологічних хвороб.

Мета дослідження – оцінити стан індивідуальної гігієни порожнини рота при користуванні ортодонтичною апаратурою.

Обстежено 37 пацієнтів у віці від 12 до 15 років з аномаліями прикусу, які перебували на лікуванні в ТМДСП із застосуванням апаратного лікування.

Встановлено, що у дітей із ЗЩА, що носять знімні апарати, значно рідше діагностують добрий гігієнічний стан, крім цього, кількість дітей із дуже поганим станом гігієни порожнини рота протягом 6 міс. лікування в лікаря-ортодонта збільшилася в 4 рази.

Дані індексної оцінки свідчать про запальні зміни в тканинах пародонта у дітей як у практично здорових, так і зі збучцелепними аномаліями, в останньому випадку з більшим ступенем вираженості.

В ході дослідження було встановлено, що на початку лікування рівень гігієни за індексами Silness-Loe і Stallard у дітей із ЗЩА був задовільним. Індекс РМА становив 26,3 %. Ступінь інтенсивності запалення в тканинах ясен відповідно до проби Шиллера-Писарева, був дещо вищим і становив $1,67 \pm 0,69$.

Згідно значенням індексу СРІТН $1,67 \pm 0,42$ пацієнти із ЗЩА потребували проведення професійної гігієни з метою нормалізації гігієнічного стану порожнини рота. За даними ТЕР-тесту, в ході ортодонтичного лікування знижується резистентність емалі, що призводить до активізації демінералізації емалі та розвитку карієсу.

Отримані дані спонукають до детальнішого вивчення динаміки гомеостазу порожнини рота, пошуку нових методів та засобів підвищення резистентності зубів та тканин пародонта в дітей, які потребують ортодонтичного лікування.

УДК: [616.314-007-089.23:616.314.25/.26]-053.37/.5

Фалінський М. М., Шкумбатюк О. В., Запорожець А. В.
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ У ЗМІННОМУ ПРИКУСІ

Порушення в розвитку збучцелепної системи завдають шкоди не тільки здоров'ю дитини, але і негативно впливають на її адаптацію в соціальному середовищі. Низька поінформованість дорослих щодо ортодонтичного виховання привертає до себе серйозну увагу, так як переважна більшість батьків просто не звертають увагу на патологію зубів у своїх дітей. Саме тому обов'язковою частиною ортодонтичного лікування є співпраця лікаря з батьками.

Мотивація до ортодонтичного лікування у дітей 6-12 років практично відсутня по причині психологічних особливостей. Враховуючи те, що стоматологічна самооцінка особистості у дітей завищена та діти ставляться до своїх апаратів як до додаткового подразника постійної та тривалої дії,

багато пацієнтів переривають лікування. Причиною переривання ортодонтичного лікування, на думку більшості науковців, є його довготривалість та відсутність бажання лікуватися, тобто мотивації.

Проведене нами опитування лікарів-ортодонтів ТМДСП, які надають допомогу дітям і підліткам, довело, що не тільки батьки, а й медичні працівники не мали достатньої мотивації для ініціації початку ортодонтичної допомоги в підлітковому віці. На думку опитаних лікарів-ортодонтів найбільша кількість пацієнтів (54,8 %) звернулися за консультацією за рекомендацією терапевтів-стоматологів. Звернення за консультацією інколи було рекомендовано педіатрами (14,3 %) і логопедами (11,2 %), що було ознакою зниження рівня медичних знань з приводу взаємозв'язку та взаємовпливу ЗЩА та соматичної патології.

Для підвищення рівня мотивації дітей із зубоцелепними аномаліями в період змінного прикусу рекомендовано підвищити рівень ортодонтичної санітарно-просвітницької та профілактичної роботи серед населення.

УДК: 616.31-083+613.954

Черепюк О. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГІГІЄНІЧНИХ ЗНАТЬ ТА УМІНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЇХ БАТЬКІВ М. ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА

В основі індивідуальної профілактики карієсу зубів у дітей лежить можливість застосування на практиці отриманих знань та навиків, щодо догляду за порожниною рота. Саме тому, санітарно-просвітницька робота лежить в площині спільних зусиль лікаря-стоматолога і батьків. Існує багато методів профілактики карієсу. Проте, на фоні відсутності певних знань батьків та дітей про причини виникнення карієсу і можливостей його профілактики, ефективність цих методик суттєво знижується. В ряді джерел подаються дані, які свідчать про низький рівень гігієнічних знань по догляду за ротовою порожниною, особливо серед дітей дошкільного віку, що обумовлено двома проблемами, а саме: батьки впевненні в своїй поінформованості по догляду за ротовою порожниною своєї дитини, а стоматолог не може довести протилежне. Саме це спонукало нас провести оцінку санітарно-гігієніч-

них знань у дітей дошкільних закладах м. Івано-Франківська та їх батьків. Для досягнення поставленої мети нами було проанкетовано 200 батьків та їх дітей віком 3 (65 дітей), 4 (65 дітей) та 5 (70 дітей) років за допомогою спеціально розпрацьованих анкет.

В процесі дослідження, нами було встановлено, що на запитання «Чи чистиш ти зубки?» стверджувально відповіли, в середньому, 98% дітей віком 3 роки та практично всі діти 4 – 5 років. При цьому найбільша кількість дітей робить це 1 раз на день незалежно від віку.

На запитання «З ким ти чистиш зубки?» переважно більша кількість усіх опитуваних дітей відповіла, що роблять це самі. Найбільшою частка дітей, у яких чищення зубів контролювалося батьками, виявилось серед дітей 3-річного віку (41% респондентів), найменшою – серед дітей віком 4 роки (28% респондентів).

Аналіз результатів опитування дітей про відвідини стоматолога показав, що переважна більшість звертається за допомогою при потребі, тобто коли заболить зуб. Натомість два рази на рік стоматолога відвідує лише 4% дітей віком 3 роки і всього 2 % дітей 4 – 5-річного віку.

Окрім цього, ми провели опитування батьків обстежених дітей з метою визначення рівня їх санітарної освіти. У відповіді на запитання «Які основні причини виникнення карієсу?» більшість (55%) респондентів вважає, що причиною карієсу є мікроорганізми, які зберігаються в нальоті на зубах, 32% опитаних батьків вважає, що причиною карієсу є збільшення в раціоні харчування продуктів багатих вуглеводами, на думку ще 13% причиною карієсу є погіршення екологічних умов довкілля.

Аналіз відповідей батьків про кратність чищення зубів виявив таку ж закономірність, як і при опитуванні дітей: 68% респондентів чистять зуби 1 раз на день, кількість тих, хто робить це двічі на день є майже у 2 рази нижчою.

Слід відмітити, що на питання «З якого віку дитина чистить зуби?» всього 28% респондентів дали відповідь, що дитина чистить зуби з 2-х років та 72% вказали, що дитина почала робити цю процедуру з 3-х років. При цьому 74% респондентів на запитання про те, ким були сформовані гігієнічні навички та вміння у дитини, вказали, що безпосередньо брали у цьому участь, ще 20% відповіли, що основне значення у цьому має лікар стоматолог.

У результаті аналізу відповідей на запитання «Як можна попередити карієс?» виявилось, що 58% респондентів вважають, що попередити карієс можна регулярним чищенням зубів, на думку 42% опитаних батьків цього можна досягнути регулярним відвідуванням стоматолога. При цьому на запитання «Як часто Ви відвідуєте стоматолога?» лише 28% респондентів

відповіли, що відвідують стоматолога 2 рази на рік, більшість опитаних (41%) роблять це 1 раз на рік, досить великою виявилась кількість осіб (31%), які відвідують стоматолога тільки з приводу лікування.

Таким чином, санітарно-гігієнічні знання є доволі низькими як у дітей, так і у батьків, що підтверджується недостатніми гігієнічними навичками. Відтак, результати проведеного анкетування вказують на необхідність розпрацювання, удосконалення та впровадження діючих методів навчання гігієнічних вмінь з метою вироблення у дитини стійких навичок догляду за порожниною рота, що у свою чергу, сприятиме профілактиці карієсу зубів у дітей.

УДК: 616.316-008.8-053.4-07

Черепюк О. М.¹, Безвушко Е. В.², Мусій-Семенців Х. Г.²

¹ *Івано-Франківський національний медичний університет*

² *Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ЗНАЧЕННЯ рН ТА КОНЦЕНТРАЦІЯ LACTOBACILLUS В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Проблема карієсу тимчасових зубів, незважаючи на значну кількість сучасних лікувально-профілактичних комплексів, залишається актуальною, про що свідчать високі показники розповсюдженості на інтенсивності карієсу. Стійкість зубів до карієсу забезпечується властивостями ротової рідини, які визначаються якісними та кількісними характеристиками, її здатністю підтримувати фізіологічну рівновагу процесів де- і ремінералізації. Важлива роль у розвитку карієсу зубів також відіграє мікрофлора, яка здійснює свою карієсогенну дію за наявності сприятливого середовища ротової порожнини та субстрату – вуглеводів, які здатні ферментуватися. Взаємодія чинників, в даному середовищі, протягом певного періоду призводить до порушення балансу між обмінними процесами в ділянці контакту поверхні зуба і зубної бляшки (біоплівки). В більшості випадків *Strmutans* асоціюється з початком розвитку карієсу, натомість лактобактерії пов'язують з прогресуючим каріозним процесом. Зв'язок кількості лактобактерій у зубних відкладеннях та ротовій рідині у дітей віком до 3 років з карієсом зубів підтверджено багатьма авторами.

Мета дослідження: проаналізувати значення водневого показника і концентрації *Lactobacillus* у ротовій рідині дітей дошкільного віку.

Матеріал та методи дослідження: Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження 145 дітей віком від 2 до 4 років, в

яких визначено розповсюдженість (у %) та інтенсивність карієсу (кп). Дослідження рН ротової рідини проводили через 4 години після прийому їжі, за допомогою індикаторної стрічки Iach:per згідно еталонної шкали. Концентрацію *Lactobacillus* (КУО/мл) у ротовій рідині визначали методом занурених предметних скелець. Отримані результати оцінювались по фотографії-шаблону.

Результати дослідження: Отримані результати дослідження вказують, що розповсюдженість карієсу у дітей дошкільного віку, в середньому, становить 48,27%, при інтенсивності каріозного процесу 2,37 зуба. З віком спостерігається зростання інтенсивності карієсу в двічі. Так, у два роки індекс кп = 1,52, а у чотири роки – 3,57 зуба відповідно. Розповсюдженість карієсу тимчасових зубів зростає з 35,42% у два роки до 65,31% у чотири роки.

Аналіз дослідження рН ротової рідини свідчить, що значення водневого показника у дітей дошкільного віку з інтактними зубами, в середньому, становить 6,92. Натомість, у дітей з ураженими карієсом зубами значно нижче і дорівнює 6,25 відповідно. З двох до чотирьох років відмічається зниження показника у обох досліджуваних групах. Так, у дітей з інтактними зубами рН ротової рідини становить 7,05, а у дітей з ураженими зубами значно менше (6,36). Проте, вже в трьохрічних дітей з інтактними зубами водневий показник становить 6,88 та лише 6,20 з каріозними зубами. У дітей віком 4 роки, в яких немає карієсу, рН ротової рідини дорівнює 6,84 і значно нижче (6,18) у дітей з карієсом зубів.

Концентрація *Lactobacillus* в ротовій рідині дітей з ураженими карієсом зубами складає в 71,10% – $1 \cdot 10^6$ КУО/мл та в 28,90% – $1 \cdot 10^5$ КУО/мл, що свідчить про значний ризик виникнення карієсу. Натомість, у дітей з інтактними зубами концентрація *Lactobacillus* значно менша і відповідно становить в 22,72% – $1 \cdot 10^5$ КУО/мл та в 77,28% – $1 \cdot 10^4$ КУО/мл, що вказує про низький рівень ризику розвитку карієсу.

Отже, можна зробити висновок, що розповсюдженість карієсу, в середньому, становить 48,27%, при інтенсивності ураження 2,37 зуба. З віком інтенсивність та розповсюдженість карієсу тимчасових зубів зростає. Значення рН ротової рідини у дітей дошкільного віку з інтактними зубами, в середньому, становить 6,92. Натомість, у дітей з ураженими карієсом зубами значно нижче і дорівнює 6,25 відповідно. Концентрація *Lactobacillus* в ротовій рідині дітей з ураженими карієсом зубами є вищою у порівнянні з дітьми з інтактними зубами. Таким чином, можна стверджувати, що зниження рН ротової рідини та зростання концентрації *Lactobacillus* одним з чинників ризику розвитку карієсу зубів у дітей дошкільного віку.

Чухрай Н. Л.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ОЦІНКА СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА РЕЗИС- ТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Численними дослідженнями доведено, що існує взаємозв'язок між деякими соматичними захворюваннями та патологічними станами тканин порожнини рота, зокрема твердих тканин зубів. Тому стан зубів, значною мірою, є показником загального здоров'я дитини та стану внутрішніх органів [Кузняк Н.Б., Годованець О.І., 2010; Няньковський С.Л., 2012; Сидоренко Т.П., Бердник О.В., 2011]. Відомо, що хронічний перебіг соматичної патології супроводжується погіршенням компенсаторних можливостей організму, пригніченням неспецифічної резистентності організму дитини, які слугують найсприятливішим фоном для розвитку карієсу зубів [Безвужко, Микичак, 2012]. За даними [Кулигіна В.М., Пилипюк О.Ю., 2015], у дітей із соматичною патологією, порушується ряд метаболічних процесів, що безумовно впливає на формування стійкості емалі в період її дозрівання.

Метою нашого дослідження було оцінити стан твердих тканин постійних зубів та резистентність емалі у дітей на фоні різної соматичної патології.

Матеріал і методи. Проведено комплексне стоматологічне обстеження 292 дітей 7, 12 и 15 років. Визначення розповсюдженості та інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей проводилось згідно рекомендацій ВООЗ (1989). Дані про соматичне здоров'я школярів вивчали по інформації, отриманій з медичних карт (форма № 026/У). Функціональну резистентність емалі визначали за ТЕР-тестом. Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати дослідження. Отримані результати показали, що, за середніми даними, найчастіше у обстежених дітей зафіксовано захворювання ендокринної системи (13,70±2,01%), захворювання опорно-рухового апарату (сколіоз, лордоз, порушення постави, плоскостопість) (у 8,90±1,67%) та туберкульозно інфіковані діти (у 8,90±1,67%). Захворювання очей та ЛОР патологія виявлена у 7,53±1,54% та 7,19±1,51%, відповідно. Слід відмітити, що частка дітей з ЛОР патологією з 7 до 12 років зростає з 7,77±2,64% до 11,76±3,19%, ($p>0,05$), а до 15 років різко знижується до 1,15±1,14%, ($p<0,02$). Захворювання ШКТ та алергічні захворювання виявлені у 5,14±1,29% та 4,11±1,17%, відповідно. Аналіз впливу соматичної патології

на стан твердих тканин зубів та формування резистентності емалі нами проаналізовано резистентність емалі показав, що лише в 25,00±8,66% школярів 7-річного віку з патологією опорно-рухового апарату емаль була умовнорезистентною (КПВ=0,53±0,31 зуба, ТЕР=4,64±0,17 бала) та карієсрезистентною (КПВ=0,27±0,09 зуба, ТЕР=2,64±0,23 бала), тоді як у половини дітей (50,00±10,00%) емаль була карієсприйнятливою (КПВ=1,99±0,16 зуба, ТЕР=6,82±0,26 бала). Аналогічні дані отримані у дітей з ЛОР-патологією. Дітей з карієсрезистентною емаллю та захворюваннями шлунково-кишкового тракту виявлено у 2 рази менше по відношенню до осіб з умовнорезистентною та у 5 разів менше по відношенню до осіб із карієсприйнятливою емаллю. Особливо істотні відмінності нами виявлені при обстеженні дітей з ендокринною патологією. Так, кількість дітей з карієсприйнятливою емаллю та ендокринною патологією була у два рази вищою по відношенню до осіб з умовнорезистентною емаллю. Отримані дані свідчать, що ендокринна патологія негативно впливає на процес мінералізації емалі, що співпадає з дослідженнями О.І. Годованець, В.А. Гончаренко (2015). Слід відмітити, що усі діти з алергічними захворюваннями мали низьку структурно-функціональну резистентність емалі. Аналіз даних показав, що у дітей 12-річного віку з карієсрезистентною емаллю не було виявлено при патології ШКТ та алергічних захворюваннях, а при патології опорно-рухового апарату, ендокринної та ЛОР-патології в значно меншій кількості по відношенню до дітей з умовнорезистентною ($p_1 > 0,05$; $p_2 > 0,05$; $p_3 > 0,05$) та карієсприйнятливою емаллю ($p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,001$; $p_3 > 0,05$). Серед дітей із карієсприйнятливою емаллю значна кількість виявлена при алергічних захворюваннях (83,33±10,76%) і патології ШКТ (75,00±11,18%). Результати отриманих даних показали, що дітей 15 років з карієсрезистентною емаллю не було виявлено при патології ШКТ, алергічних захворюваннях та ЛОР-патології, натомість усі обстежені школярі з ЛОР-патологією мали карієсприйнятливую емаль. Виявлено, що частка дітей із патологією опорно-рухового апарату із карієсрезистентною (КПВ=1,99±0,11 зуба, ТЕР=1,60±0,16 бала) та умовнорезистентною емаллю (КПВ=5,46±0,42 зуба, ТЕР=3,56±0,17 бала) була в 2,33 рази меншою по відношенню до осіб із карієсприйнятливою емаллю (КПВ=9,34±0,26 зуба, ТЕР=5,69±0,57 бала), $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,05$. Серед дітей із карієсприйнятливою емаллю значна кількість виявлена при алергічних захворюваннях (80,00±11,55%) і патології ШКТ (66,67±12,17%).

Висновки: Результати аналізу соматичного статусу дітей свідчать про вплив соматичної патології, зокрема, захворювань опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту, ендокринної, ЛОР-патології та алергічних захворювань на інтенсивний розвиток карієсу зубів та формування карієсприйнятливої емалі. Отримані результати дослідження показують, що

у всіх вікових групах при зростанні поширеності аналізованих нозологій зростає значення ТЕР-тесту, а отже знижується структурно-функціональна резистентність емалі. Очевидно, що під впливом соматичних захворювань порушуються метаболічні процеси в організмі дітей, знижуються захисні механізми, а це призводить до послаблення місцевих чинників захисту, порушення формування та мінералізації твердих тканин зубів.

УДК 616.314-77-06:616.311-083

Шманько В. В., Котик М. І.

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

ВПЛИВ НЕЗНІМНИХ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ НА СТАН ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Захворювання тканин пародонта – одна з найскладніших проблем сучасної стоматології і клінічної фармакології. Вони відрізняються широкою різноманітністю перебігу, клініко-рентгенологічними і морфологічними особливостями. Основною причиною виникнення даних захворювань рахують пагону гігієну ротової порожнини, а також несвідомість пацієнтів, які звертаються надто пізно.

Ми провели обстеження ротової порожнини 35 пацієнтів. Основну групу склали 22 особи (12 чоловіків і 10 жінок), які перебувають на лікуванні аномалій прикусу незнімними ортодонтичними конструкціями. У контрольній групі обстежено 13 осіб (6 чоловіків, 7 жінок), які не потребують ортодонтичного лікування. Стан гігієни ротової порожнини визначали за допомогою індексу Грін-Вермільона, ступінь важкості гінгівіту індексом РМА, стан тканин пародонту пародонтальним індексом Russel, кровоточивість ясен – індексом кровоточивості ясенних сосочків Мюллемана.

Аналіз результатів дослідження показав, що у пацієнтів контрольної групи середнє значення індексу Грін-Вермільона становить $1,15 \pm 0,12$ балів, індекс РМА – $0,37 \pm 0,11$, індекс Мюллемана – $0,35 \pm 0,02$, пародонтальний індекс Russel – $0,09 \pm 0,01$. Це свідчить про задовільний стан гігієни ротової порожнини з проявами гінгівіту легкого ступеню важкості та клінічно здоровими тканинами пародонту.

У пацієнтів основної групи середні показники індексу Грін-Вермільона визначаються на рівні $1,96 \pm 0,15$ балів, РМА – $1,51 \pm 0,15$, індекс Мюл-

лемана – $1,22 \pm 0,01$, пародонтальний індекс Russel – $0,65 \pm 0,06$. Згідно цих показників у даної групи пацієнтів незадовільний стан гігієни ротової порожнини, наявний гінгівіт середнього ступеню важкості та початковий ступінь пародонтиту.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що наявність у пацієнтів незнімних ортодонтичних апаратів сприяє погіршенню стану гігієни порожнини рота. Це вказує на доцільність застосування у таких осіб, засобів профілактики розвитку захворювань тканин пародонта, а саме оральних антисептиків у комплексі із допоміжними спеціалізованими механічними засобами (флоси, йоржики, монопучкові зубні щітки). У разі недотримання цих рекомендацій ризик виникнення захворювань тканин пародонту значно вищий ніж у групі порівняння.

УДК: 616.311-083-06:616.248]-053.2

Шпак О. О., Видойник О. Я., Стаханська О. О.

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

ОЦІНКА ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Відомо, що у нас час велика кількість стоматологічних захворювань виникає у зв'язку з наявністю певних соматичних захворювань. Саме бронхіальна астма займає одне із провідних місць серед соматичних захворювань дітей і відноситься до найбільш розповсюджених алергологічних захворювань дитячого віку. Саме тому діти, які хворіють на бронхіальну астму, відносяться до однієї з основних груп ризику розвитку карієсу зубів та інших захворювань твердих тканин. Основною метою роботи було вивчення гігієнічного стану ротової порожнини у дітей, хворих на бронхіальну астму. У роботі представлені результати стоматологічного обстеження 80 дітей у віці 7-15 років, хворих на бронхіальну астму, та 30 їх однолітків без супутньої соматичної захворюваності. Виявлено тенденцію до збільшення даних гігієнічних індексів Гріна-Вермілліона та Stallard у дітей з соматичним захворюванням стосовно відповідних даних осіб групи порівняння. Окрім цього, необхідно вказати, що нерегулярний гігієнічний догляд за ротовою порожниною був виявлений у 47,92 % опитаних дітей основної групи та 42 % дітей групи порівняння. Згідно індексу ОНІ-S нормальний стан гігієни

ротової порожнини був встановлений у 14,58% дітей основної групи, що у 1,6 рази менше відносно показника дітей без соматичного захворювання. Тому в середньому у дітей з бронхіальною астмою гігієнічний стан ротової порожнини трактувався як незадовільний зі значенням $(2,44 \pm 0,14)$ за індексом ОНІ-S при площі зубної бляшки $(1,26 \pm 0,12)$ за індексом Stallard. У дітей без супутньої загальносоматичної захворюваності середнє значення індексу ОНІ-S розцінювалось як «задовільний гігієнічний стан» $(1,81 \pm 0,15)$, та було у 1,3 рази менше стосовно даних основної групи, а площа зубної бляшки за індексом Stallard становила $(0,86 \pm 0,17)$, що було у 1,5 рази менше стосовно даних основної групи. Тому, враховуючи результати спостереження, необхідно рекомендувати ретельний догляд за ротовою порожниною дітей, хворих на бронхіальну астму, і доцільно сформувати диспансерні групи.

УДК: 616.314-089.23:514.64:678.06

Шпотюк О.¹, Безвушко Е.¹, Адам'як С.*

*¹ Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

** Жешувський університет (м. Жешув, Польща)*

ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОСТРУКТУРИ ГІБРИДНОГО КОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ «DIPOL»

Вступ.

На даний час світлотвердіючі гібридні композити широко використовуються в практиці дитячого стоматолога, зокрема, для реставрації жувальної, так і фронтальної групи зубів. Фізико-хімічні властивості для цих матеріалів є дуже важливі, адже вони характеризують зносостійкість, мікроструктуру, мікротвердість та пружність матеріалу. Успіх реставрації залежить не тільки від правильного вибору матеріалу, а й від його фізико-хімічних властивостей.

Мета дослідження. Оцінити наноструктурні параметри гібридного композиту «Dipol».

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження був широко застосований стоматологічний гібридний композитний матеріал Dipol колір А3. Для досліджень відбиралися зразки, які були фотополімеризовані

протягом 5, 20, 30, 40 та 60 секунд. Фотоекспонування проводилось за допомогою світлодіодної фотополімеризаційної лампи Seasky модель T4 (Китай) з довжиною хвилі близько 420-470 нм. Зразки відповідного матеріалу були поміщені в спеціальну форму розміром (діаметром 7 мм і товщина 2 мм) і піддавались фотоекспонуванню.

Механічні властивості отриманих композитів, а саме нанотвердість (за шкалою Вікерса), а також модуль Юнга досліджувались методом наоіндентування (CSM Instruments) з використанням індентора Берковича у формі тригранної піраміди. Дослідження поверхні зразків проводилось з використанням растрового електронного мікроскопа – мікроаналізатора REMMA-102-02.

Результати дослідження та їх обговорення. Досліджувані композити, полімеризовані фотоекспонуванням протягом 5, 20 та 60 с, піддавалися тестуванню при тривалому зберіганні в нормальних лабораторних умовах (за температури 20оС та при відносній вологості 30-35%). Як свідчать результати скануючої електронної мікроскопії на поверхня недополімеризованих матеріалів (фотоекспонованих протягом 5 с) суттєво руйнується при такому зберіганні, демонструючи розгалужену систему тріщин, що проявляються на фоні достатньо однорідної матриці. Такі поверхневі пошкодження практично не характерні для оптимально-полімеризованих зразків гібридних композитів, фотоекспонованих протягом 20 с.

На достатньо шороховатій поверхні цих матеріалів видно поодинокі тріщини, що лише зароджуються. Натомість, поверхня зразків, які експоновані 60 с, тобто експонованих в надлишку 15-20 с по відношенню до рівня насичення їх твердості, що досягається за 30-40 с, містить значно більшу кількість поодиноких тріщин, деякі з яких вже починають формувати більш розгалужені пошкодження на фоні достатньо монолітизованої (нешороховатої) матриці.

Висновок: Таким чином, причиною поверхневих пошкоджень може бути як недостатній рівень полімеризації структурної матриці гібридного нанокompозиту Dirol, так і його надлишкове експонування понад рівень фотополімераційного насичення (30-40 с). З огляду на відзначену особливість, видається актуальним в стоматологічній практиці забезпечення стабільних умов фотополімеризації нанокompозитів на рівні, близькому до встановленого насичення.

Якимець М. М.

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

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ САГІТАЛЬНО-РІЗЦЕ- ВОЇ ДИЗОКЛЮЗІЇ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИМ АПАРА- ТАМ «МІОБРЕЙС» У ДІТЕЙ В ПЕРІОД РАНЬОГО ЗМІННОГО ПРИКУСУ

Лікування дітей раннього віку з зубощелепно-лицевими аномаліями продовжує залишатися актуальним питанням в ортодонтії.

У дітей в періоді прикусу молочних зубів та в періоді раннього змінному прикусу найчастіше зустрічаються дистальна оклюзія зубних рядів і глибока різцева дизоклюзія. Поряд з морфологічними порушеннями зубощелепної системи у більшості дітей зубощелепно-лицьові аномалії поєднуються з функціональними проблемами (Н.В. Панкратова, 1991; Л.С. Персії, 2007; U. Ettala-Ylitalo, S. Et al. Yuen, 1990). Тому тактика при лікуванні зубощелепових аномалій в період розвитку дитини повинна бути спрямована на створення умов для нормального її росту та розвитку зубощелепової системи та лицевого скелету, що досягається шляхом усунення шкідливих звичок та нормалізації функції.

Метою нашого дослідження було провести аналіз морфологічних змін зубощелепової системи у дітей з сагітально - різцевою дизоклюзією в період раннього змінного прикусу при лікуванні міофункціональним апаратом «міобрейс».

Обстеження пацієнтів проводили за допомогою фотометрії обличчя та антропометричних досліджень моделей щелеп.

У роботі наведені результати лікування 26-ти пацієнтів з глибоким прикусом у віці від 8 до 10-ти років. Для лікування використана міофункціональна апаратура - система «Міобрейс». Термін лікування в середньому склав від 6 до 12-ти місяців. Вимірювання ширини зубних рядів в ділянці премолярів, молярів проводилось по методу Pont та довжини переднього відрізка на верхній та нижній щелепі – по Korkhaus.

Після лікування на верхній щелепі було відмічено розширення в ділянці премолярів у 75% випадків (до лікування у 75% звуження), розширення в ділянці молярів на 37% (до лікування у 63%), вкорочення переднього відділу у 55% (до лікування - видовження у 27%).

Висновок: лікування дистальної оклюзії в ранньому змінному прикусі міофункціональним апаратом «Міобрейс» дає можливість відновити функціональне середовище зубощелепового апарату дитини з відповідними його морфологічними змінами, а саме збільшенням трансверзальних розмірів щелеп так і зменшення розмірів сагітальної щілини у всіх пацієнтів.

ЗМІСТ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Антонишин І. В., Шкумбатюк О. В., Левків М. О., Суховолець І. О., Паласюк Б. О.	3
РОЗПОДІЛ КУПРУМУ В ОРГАНІЗМІ ЩУРІВ ЗА УМОВИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛІМЕНТАРНОГО ОЖИРІННЯ.	3
Герасименко С. Б., Радчук В. Б., Семенова А. К., Єрошенко Г. А., Гасюк Н. В. ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЕПІТЕЛІУ ЯСЕН ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ	4
Кучирка Л. І., Шкумбатюк О. В. ХОЛІНОРЕАКТИВНІСТЬ МІОКАРДА ГОНАДЕКТОМОВАНИХ ЩУРІВ ПРИ РОЗВИТКУ АДРЕНАЛІНОВОГО ПОШКОДЖЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ МЕЛАТОНІНУ	5
Посоленик Л. Я., Копилова А. В., Кондратова М. О. ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН АЦИНУСІВ ПІДНИЖНЬО- ЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ	6
Серватович А. М. ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ, АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ, ПРОЦЕСІВ ЦИТОЛІЗУ ТА ЕНДОТОКСИКОЗУ В ДИНАМІ- ЦІ ПІЗНЬОГО ПЕРІОДУ КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ	7
Слобода М. Т. ПОКАЗНИКИ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПАТОГЕННОЇ МІКРОФЛОРИ ТКА- НИН ПАРОДОНТА І МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ...8	
Федірко Г. В., Щерба В.В., Лучинський В. М. ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ТКАНИНАХ МІОКАРДУ НА 10-ТУ ДОБУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ НА ФОНІ ГІПОКІНЕТИЧНОГО ОСТЕОПОРО- ЗУ В ЕКСПЕРЕМЕНТІ	10
Шманько В. В., Котик М. І. ВПЛИВ НЕЗНІМНИХ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ НА СТАН ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ	11
Щерба В. В., Лаврін О. Я., Руцька А. В. ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ У ТКАНИНАХ ПАРАДОНТУ ЩУРІВ НА ТЛІ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ	12
Чорній Н. В., Бойцянюк С. І. ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ «ІКСОДОВИХ КЛІЩОВИХ БОРЕЛІОЗІВ»	14

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Ю. Л. Бандрівський, В. М. Михайлюк, Х. О. Дутко ВАРІАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ БІЛКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ В ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ РІЗНОЮ ГРУПОВОЮ ПРИНАЛЕЖНІСТЮ.....	15
Бойків А. Б., Древницька Р. О. АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРОДОНТИТ.....	16
Гасюк Н. В., Левків М. О. ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.....	17
Гевкалюк Н. О., Пудяк В. Є. ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЛЮДИНИ ПРИ ГРИПІ.....	18
Гриновець І. С., Бумаценко В. В., Гриновець В. С. РОЗРОБКА І ЗАСТОСУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПЛИВОК, ЯКІ МІСТЯТЬ ДЕКВАЛІНУ ХЛОРИД, З МЕТОЮ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ.....	19
Демкович А. Є., Бандрівська О. О., Беденюк О. А. ЗМІНИ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ В МЕХАНІЗМАХ РОЗВИТКУ І ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПАРОДОНТА.....	20
Денега І. С., Ріпецька О. Р., Гриновець В. С. ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОЇ КОМБІНОВАНОЇ ІМУНОКОРИГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ.....	21
Довганик В. В., Гриновець, В. С., Синиця В. В., Бумаценко В. В. ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	23
Єлісєєва О. В., Соколова І. І. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ТЛІ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ.....	24
Залізняк М. С. РОЛЬ ВІТАМІНУ D У РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА.....	25
Кардашевська О. І. ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИКІВ ПТАХОФАБРИК.....	27
Комнацький Б. Ю. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ІНТАКТНИХ МОЛЯРІВ У ПАЦІЄНТІВ З СУПРОВІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ОСІБ БЕЗ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	28

Кузняк Н. Б., Дроник І. І.	1.1
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ГНІЙНИМИ ВОГНИЩАМИ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТУ.....	30
Кузняк Н. Б., Шостенко А. А.	
ЗАСТОСУВАННЯ ПОЕТАПНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ	31
В.М. Кулигіна, Т.О. Тепла	
РОЗРОБКА МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ	34
Паталаха О. В., Лоскутова І. В.	
СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ОПІЙНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ.....	37
Росоловська С. О., Чикита А. В., Перетятко С. С.	
РІВЕНЬ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИНИ ПАРОДОНТА	39
Сидлярук Н. І., Пинда М. Я.	
СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ	40
Соколова І. І., Сухіна І. С.	
ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ НЕСТИМУЛЬОВАНОЇ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ДО ПОЧАТКУ ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ.....	41
Стадник У. О., Швець І. Є.	
СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	42
Удод О. А., Вороніна Г. С.	
ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ ЕМАЛЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ.....	44
Чорній А. В.	
ІМУННИЙ СТАТУС У ОСІБ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ	45

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Братусь-Гриньків Р. Р.	
ШЛЯХИ ДОСЯГНЕННЯ ТА ОЗНАКИ ЗБАЛАНСОВАНОЇ ОКЛЮЗІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ НА НИЖНЮ ЩЕЛЕПУ	47

<i>Гасюк П. А., Воробець А. Б., Росоловська С.О., Радчук В.Б.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОДОНТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ МОЛЯРІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ.....	49
<i>Глазунов А. О.</i> РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ВІДПОВІДНОСТІ БАЗИСІВ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ РЕЛЬЄФУ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА	50
<i>Маланяк Б.Р.</i> СПОСІБ ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	51
<i>Орловський В. О., Коцюра О. О.</i> РОЗПОДІЛ ЖУВАЛЬНОГО ТИСКУ В ЗНІМНИХ ПРОТЕЗАХ	53
<i>Шінкарук-Диковицька М. М., Коцюра О. О., Орловський В. О.</i> ЛІНІЙНІ РОЗМІРИ МОЛЯРІВ ТА ПРЕМОЛЯРІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ПОКАЗНИКАМИ КЕФАЛОМЕТРІЇ.....	54

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Бамбуляк А. В., Кушнір О. Л.</i> ВАРІАНТИ БУДОВИ ГАЙМОРОВИХ ПАЗУХ В РЕНТГЕНАТОМІЧ- НОМУ АСПЕКТІ	56
<i>Гутор Н. С., Гембаровський М. В.</i> ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ-ХІРУРГІВ	57
<i>Нагірний Я. П., Фесик В. Л.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ Т-СИСТЕМИ ІМУНІТЕТУ У ПОСТТРАВМАТИЧ- НИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ.	58
<i>Посоленик Л. Я., Копилова А. В., Кондратова М. О.</i> ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН АЦИНУСІВ ПІДНИЖНЬО- ЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	60

ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Авдєєв О. В., Змарко Ю. К.</i> КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ХВОРИХ НА ГІНГІВІТ РІЗНОГО ВІКУ	61
<i>Боднарук Н. І., Безвушко Е. В.</i> ОЦІНКА АКТИВНОСТІ КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	62
<i>Годованець О. І., Кіцак Т. С.</i> СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	64

<i>Денисова О. Г., Соколова І. І.</i> МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ПА- ТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	65
<i>Годованець О. І., Котельбан А. В., Бурденюк І. П.</i> ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ДІТЕЙ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	67
<i>Годованець О. І., Котельбан А. В., Попеску Д. Г.</i> АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНО- ГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ	68
<i>Дутко Г. З., Гонта З. М.</i> ВИВЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОЛІГОФРЕНІЮ	69
<i>Костура В. Л., Безвушко Е. В.</i> РІВНІ ІL-1 β ТА TNF- α В РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА	70
<i>Кривенко Л. С.</i> ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЮ ЗАПАЛЕННЯ ЯСЕН У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ МЕТОДОМ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ....	72
<i>Крупей В. Я.</i> ПОШИРЕНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	73
<i>Лагода Л. С</i> ОСОБЛИВОСТІ КАРІЄСОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ДІТЕЙ м. ЛУЦЬКА.....	74
<i>Лебідь О. І., Черкашин С. І., Мачоган В. Р., Дуда К. М., Лучинський В. М.</i> ВПЛИВ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКІВ	76
<i>Лісецька І. С., Рожко М. М., Куцик Р. В.</i> АКТИВНІСТЬ БАКТЕРІЙ-ПРОДУЦЕНТІВ ПЕРОКСИДУ ВОДНЮ ВИДІЛЕНИХ З ПОВЕРХНІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЯСЕН У ПІДЛІТ- КІВ З КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.....	77
<i>Лучинська Ю. І., Лучинський В. М., Щерба В. В.</i> СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИСМЕТАБОЛІЧНУ НЕФРОПАТІЮ.....	78
<i>Лучинський В. М., Лучинський М.А., Федірко Г.В., Болюх Ю.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ АНТРОПОГЕННИХ УМОВАХ.....	79

<i>Лучинський М. А., Гнатейко О. З., Лук'яненко Н. С., Кеч Н. Р., Лучинський В. М., Лучинська Ю. І., Болюк Ю. В.</i>	
ПРОГНОЗУВАННЯ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РЕГІОНАХ.....	81
Мандич О.В.	
СТРУКТУРА ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	82
Мельник В. С., Сабов А. В.	
ЧАСТОТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ М. УЖГОРОДА В ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ	83
Михайлюк В. М., Михайлюк І. А., Бандрівський Ю. Л., Стець В. А.	
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У СТУДЕН- ТІВ ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕР- СИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»	85
Мікулінська-Рудіч Ю. М, Мись В. О., Запара С. Ф.	
ВИКОРИСТАННЯ АРТ-МЕТОДИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ.....	86
Назарян Р. С., Іскоростенська О. В.	
ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА	88
Назарян Р. С, Комаров О. К., Мікулінська-Рудіч Ю. М., Комаров Д. О.	
ВИКОРИСТАННЯ А-СИЛІКОНОВИХ КЛЮЧІВ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ АНАТОМІЧНОЇ ФОРМИ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ПЕРІОД ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНОГО ПРИКУСУ У ДІТЕЙ.....	90
Назарян Р. С., Кузіна В. В., Пешко Т. Є.	
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ ГЛИБОКОГО ФТОРУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПОЧАТКОВОГО КАРІЄСУ ТИМЧАСО- ВИХ ЗУБІВ	92
Назарян Р. С., Ткаченко М. В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ.....	94
Назарян Р. С., Хмиз Т. Г., Ткаченко І. Г.	
ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ У ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ	95
Назарян Р. С. , Шевчук В. А., Одушкіна Н. В.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСИТІВ У ДІТЕЙ.....	97
Назарян Р. С., Ярославська Ю. Ю., Борисенко Є. Є.	
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СІАЛОЛІТІАЗУ У ДІТЕЙ	98

Огурцов О. С., Прасол А. С., Огурцов С. І. ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІОПТРОН-СВІТЛОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕЗНІМНОЮ ОРТОДОНТИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ	100
Пилипюк О. Ю., Кулигіна В. М. СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	101
Стулікова В. С. КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ.....	102
Фалінський М. М., Бойцянук С. І., Бесполовцев А. В. ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ ЗНІМНИМИ ТА НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧ- НИМИ АПАРАТАМИ НА СТАН ЗУБІВ І ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ.....	104
Фалінський М. М., Шкумбатюк О. В., Запорожець А. В. ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ У ЗМІННОМУ ПРИКУСІ..	105
Черепюк О. М. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГІГІЄНИЧНИХ ЗНАТЬ ТА УМІНЬ У ДІТЕЙ ДО- ШКІЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЇХ БАТЬКІВ м. ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА .	106
Черепюк О. М.¹ Безвушко Е. В., Мусій-Семенців Х. Г. ЗНАЧЕННЯ рН ТА КОНЦЕНТРАЦІЯ LАSTOVАСІLLUS В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	108
Чухрай Н. Л. ОЦІНКА СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	110
Шманько В. В., Котик М. І. ВПЛИВ НЕЗНІМНИХ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ НА СТАН ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.....	112
Шпак О. О., Видойник О. Я., Стаханська О. О. ОЦІНКА ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	113
Шпотюк О., Безвушко Е., Адам'як С. ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОСТРУКТУРИ ГІБРИДНОГО КОМПОЗИЦІЙ- НОГО МАТЕРІАЛУ «DIPOL»	114
Якимець М. М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ САГІТАЛЬНО-РІЗЦЕВОЇ ДИЗОКЛЮЗІЇ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИМ АПАРАТАМ «МІОБРЕЙС» У ДІТЕЙ В ПЕРІОД РАНЬОГО ЗМІННОГО ПРИКУСУ	116

Підп. до друку 20.09.2016. Формат 60x84/16.
Папір офсет. № 1. Гарн. «Тінос». Друк офсет.
Ум. друк. арк. 7,21. Обл.-вид. арк. 6,38.
Наклад 50. Зам. № 225

Видавець і виготівник
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК № 2215 від 16.06.2005