

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»**

**Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю
«СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО
ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН
ПАРОДОНТА І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ»**

(19–21 квітня 2018 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2018

Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до профілактики, діагностики та лікування захворювань тканин пародонта і слизової оболонки ротової порожнини» – Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. – 100 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ

О.В. Авдєєв, Ю.К. Змарко, Р.О. Древницька, А.Б. Бойків
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
uzmarko@gmail.com*

Лікування запальних захворювань тканин пародонта, особливо у дітей і підлітків, є однією з найбільш важливих проблем стоматології, актуальність якої обумовлена високою поширеністю цих захворювань, не завжди успішним лікуванням, що може призводити до розвитку генералізованого пародонтиту.

Проведене обстеження 98 підлітків 16-18 років, учнів старших класів загальноосвітніх шкіл та першокурсників ВНЗ, яке включало визначення пародонтологічного статусу, рівня гігієни та нозологічної форми захворювання виявило у 74 (75,5 %) обстежених хронічний катаральний гінгівіт. Хворих було взято під диспансерне спостереження та у випадковому порядку розподілено на групи: основну (35 осіб) і порівняльну (32 особи). Усім підліткам проводилася загальноприйнята терапія згідно «Протоколів надання медичної допомоги...» – базова терапія. В обох групах лікуванню передувало проведення гігієнічного навчання або його корекція, професійна гігієна порожнини рота, лікування карієсу зубів. В основній групі протягом місяця застосовували засоби патогенетичної спрямованості – протизапальний гель з неовітином – проводили аплікації на ясна. При чищенні зубів пропонували застосовувати зубну пасту «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бетулавітом» протягом 4 тижнів, потім протягом 4 тижнів – зубну пасту «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бісабололом». Такий лікувально-профілактичний курс проводився 2 рази в рік (навесні та восени). Контрольний огляд та обстеження із визначенням показників ротової рідини (вміст загального глутатіону, окисненого та відновленого глутатіону, редокс-індекс глутатіону у дітей обох груп були проведені після за-

кінчення лікування. Так у осіб основної групи відбулося зменшення індексу РМА у 2,6 раза; ГІ – в 1,4 раза, ОНІ-S – у 1,7 раза. У осіб порівняльної групи відбулося зменшення індексу РМА у 2 рази; ГІ – в 1,3 раза, ОНІ-S – у 1,4 раза. Встановлено скорочення терміну лікування дітей при застосуванні запропонованої лікувальної схеми: 3-4 відвідування (в середньому 3,4) в основній групі та 4-5 відвідувань (в середньому 4,5) – в групі порівняння ($p < 0,05$). Проба Шиллера-Писарева після лікування у основній групі була від'ємною, не проявляючи забарвлення ясен, водночас в порівняльній групі проба була від негативної до слабо позитивної. Ефективність проведеного лікування підтверджувалася змінами досліджуваних показників. Так, вміст загального глутатіону збільшився у осіб основної групи на 10,9 %; змін цього показника у порівняльній групі не відбулося. Вміст окисненого глутатіону зменшився у дітей основної групи на 17,72 %; зменшення цього показника у дітей порівняльної групи склало 3,14 %, причому різниця від показника порівняльної групи до лікування була достовірною ($p < 0,05$). Вміст відновленого глутатіону збільшився у дітей основної групи на 20,42 %; водночас, у порівняльній групі – лише на 1,04 %. Проведене лікування викликало збільшення редокс-індексу глутатіону в основній групі на 8,7%, у порівняльній – на 1,2 %.

Отже, можна стверджувати, що запропонована схема лікування за показниками антиоксидантного захисту була кращою ніж загальноприйнята терапія одразу після лікування. Наступним етапом досліджень буде проведення обстеження дітей у віддалені терміни для з'ясування довготривалості ефекту проведеної терапії.

АДГЕЗИВНА СИСТЕМА ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ – «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ»

Я.С. Алай

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет»*

*НЛЦ «Університетська клініка», стоматологічне
відділення*

Відновлення твердих тканин зуба реставраціями з композитних матеріалів, є однією з найпоширеніших маніпуляцій у сучасній практичній стоматології. Лікарі – стоматологи прагнуть досягти досконалості у створенні природного зовнішнього вигляду зубів, покращити крайове прилягання та зменшити вірогідність заміни реставрацій. Важливу роль для поліпшення якості реставрацій відіграє вибір адгезивної системи. Її застосування допомагає не тільки створити високі показники адгезії матеріалу із тканинами зуба, а й ізолювати пульпу від дії різноманітних подразників. Сьогодні пропонує стоматологам 7 поколінь адгезивних систем. У клініці використовують адгезиви від 4-го покоління. Вони в свою чергу поділяються на адгезивні системи тотального протравлювання та самопротравлювальні. Проте, «золотим стандартом» залишається бонд-система 4-го покоління.

Поява адгезивів 4-го покоління на початку 90-х років змінила стоматологію. Показники адгезії до дентину досягли максимальних значень – 17-25 МПа. Адгезиви цього покоління складаються з трьох компонентів: кондиціонер (ортофосфорна кислота у вигляді гелю для протравлення емалі та дентину), праймер (суміш гідрофільних низькомолекулярних сполук, які проникають у вологий дентин, просочують його і утворюють гібридний шар), бонд-агент (адгезив) який забезпечує з'єднання композиту із тканинами зуба.

Запорукою успіху саме цих адгезивних систем стала поява гібридного шару між дентином і композитом, завдяки йому досягаються максимальні показники міцності.

Перевагами даного покоління бонд-систем перед іншими є утворення міцного прикріплення матеріалу до тканин зуба і ефект «не-

гайного» зчеплення (композит прилипає до бонду, а не до інструменту). Також плюсом є те, що праймер легко розтікається і добре зволожує протравлену поверхню, проникає у оголену структуру колагенових волокон. Таким чином закладається основа гібридного шару, структура якого стабілізується при подальшому нанесенні адгезиву. За рахунок цього збільшується вірогідність досягнення адгезивом глибоких демінералізованих шарів дентину, що забезпечить високу міцність адгезивного з'єднання.

Бонд– системи 4-го покоління можливо використовувати у різних клінічних ситуаціях: заміщення дефектів твердих тканин зубів композитними реставраціями, профілактика виникнення гіперчутливості зубів, обробка культі зуба перед фіксацією ортопедичних конструкцій (коронок, мостоподібних протезів, вкладок).

До недоліків матеріалів цієї групи можна віднести наявність двох або більше компонентів, які необхідно змішувати в точних пропорціях. Це здається нескладним в «лабораторних» умовах, але може представляти проблему в реальному житті. Саме за рахунок великої вірогідності помилки при змішуванні і виникали проблеми при застосуванні адгезивів 4-го покоління.

Враховуючи все вище вказане, ми можемо стверджувати , що використання адгезивних систем 4 -го покоління дасть змогу ефективно відновити природній вигляд зубів реставраціями з композитних матеріалів та мінімізувати ризик передчасної заміни реставрації.

УДК 616.314.17-008.1-036.4-07

РАННІ ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ЇХ ВЧАСНА ДІАГНОСТИКА

І.В. Антонишин, І.О. Суховолець, А.М. Серватович

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

Білосніжна усмішка – це не тільки красиві здорові зуби, але і відмінний стан тканин ротової порожнини. Прогресування захво-

рювань тканин пародонту настільки значне, ураження відбувається фактично у всіх верств населення, зокрема в молодих людей. Не можливо не помітити й інтенсивність та швидкість перебігу даної патології. Саме тому рання та вчасна діагностика захворювання потрібна для виявлення, встановлення причини виникнення та попередження ймовірних ускладнень.

Тому метою нашого дослідження було: виявити частоту звертань до лікаря стоматолога при наявності зубних напластувань, кровоточивості ясен, неприємного запаху, сухості в ротовій порожнині.

Для цього ми обрали 50 пацієнтів однієї вікової групи (21 рік) та провели опитування у вигляді анонімного анкетування з наступним оглядом ротової порожнини та визначенням гігієнічних індексів.

Виявлено, що 28% опитаних турбує кровоточивість ясен, 24% – наявність твердих зубних напластувань та неприємного запаху з ротової порожнини. При цьому частота звертань до лікаря стоматолога – лише у 68% два рази на рік.

Отже, нами встановлено, що дана досліджувана група людей недостатньо турбується про власний стан тканин пародонту, зокрема не звертається за допомогою спеціаліста, що й зумовлює такі ранні прояви даної патології у молодій групі населення.

УДК: 616.314.17.-001.7-063]:033

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО
ОБМІНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ В ХВОРИХ
НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГРУПОВОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ
КРОВІ**

Ю.Л. Бандрівський, О.О. Бандрівська

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

Вміст мінеральних компонентів у ротовій рідині слугує показником стану електролітного обміну у рідкому середовищі організму і безпосередньо в органах та тканинах ротової порожнини.

Встановлено, що, у середньому, вміст магнію (Mg) у крові хворих на ГП був на 25,0 % нижче стосовно середніх значень у групі порівняння ($0,66 \pm 0,03$ ммоль/л проти $0,88 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,01$). Найбільше зниження значень даного показника у крові досліджували у пацієнтів з ГП з А (II) та О (I) групами крові – на 33,33 % та на 27,27 %, стосовно даних у осіб з інтактним пародонтом, $p < 0,01$. У хворих з ГП, носіїв В (III) та АВ (IV) груп крові зниження Mg у крові було дещо нижчим на 19,10 % та на 18,60 %, відповідно.

У досліджуваних з інтактним пародонтом вміст кальцію у крові був, у середньому, на 26,64 % вище стосовно даних у хворих на генералізований пародонтит ($2,29 \pm 0,05$ ммоль/л проти $1,68 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,01$). Слід зауважити, що рівень кальцію у крові пацієнтів з ГП, незалежно від групової приналежності крові, був достовірно нижче стосовно даних у порівнянні. Так, найбільше зниження даних цього параметру у крові досліджувалось у хворих на ГП з А (II) групою крові – на 29,18 %, при мінімальному зменшенні значень цього показника у хворих на ГП з АВ (IV) групою крові – на 23,58 %. У носіїв О (I) та В (III) груп крові зниження концентрації Са у крові, у середньому, було на 27,24 % менше стосовно даних у порівнянні, $p < 0,01$.

Рівень фосфору (P) у крові людей з інтактним пародонтом був, у середньому, на 22,76 % вище стосовно значень у пацієнтів з генералізованим пародонтитом ($1,23 \pm 0,10$ ммоль/л проти $0,95 \pm 0,06$ ммоль/л, $p < 0,05$). Звертало увагу, що максимальне зниження рівня P у крові – на 33,06 %, було у хворих на ГП, носіїв А (II) групи крові, $p < 0,01$. У пацієнтів основної групи з О (I) та В (III) групами крові вміст P у крові знижувався на 21,77 % та на 16,16 %, відповідно, стосовно даних у осіб порівняльної групи, $p < 0,05$. У хворих на ГП з АВ (IV) групою крові вміст P у крові хоча і зменшувався на 18,03 %, але отримане значення не мало статистичної значущості стосовно даних у осіб з інтактним пародонтом з ідентичною групою приналежності крові, $p > 0,05$.

Аналіз результатів дослідження заліза (Fe) при різній груповій приналежності крові показав, що, у середньому, у осіб з інтактним пародонтом вміст Fe у крові був на 33,42 % вище стосовно даних у пацієнтів з генералізованим пародонтитом ($19,75 \pm 2,67$ ммоль/л проти $13,15 \pm 1,04$ ммоль/л, $p < 0,05$). Привертало увагу, що максимальне зниження даного показника відбувалось у хворих на ГП з О (I)

групою крові – на 38,84 %, $p < 0,05$. Досліджували суттєве зниження вмісту Fe у крові у хворих з ГП: при В (III) – на 33,22 %, $p < 0,01$, А (II) – на 31,27 % та при АВ (IV) – на 29,92 %, $p < 0,05$ групах крові стосовно даних у людей з інтактним пародонтом з ідентичною групою приналежності крові.

Рівень калію (К) у крові досліджуваних порівняльної групи був, у середньому, на 27,44 % вище стосовно аналогічних даних у пацієнтів з генералізованим пародонтитом ($5,03 \pm 0,16$ ммоль/л проти $3,65 \pm 0,16$ ммоль/л, $p < 0,01$). Вміст калію у крові пацієнтів з генералізованим пародонтитом достовірно зменшувався в усіх групах дослідження, незалежно від групової приналежності крові: на 30,66 % у носіїв А (II), на 27,89 % – у О (I), на 26,20 % – у В (III) та на 25,00 – у АВ (IV) груп крові стосовно даних у людей групи порівняння з ідентичною групою приналежності крові, $p < 0,01$.

Таким чином, результати проведених досліджень переконливо доводять, що у хворих на ГП спостерігається більш виражений дисбаланс мікроелементного складу в сироватці крові стосовно даних у порівняльній групі. При цьому, найбільш виразною дана тенденція була у носіїв О (I) та А (II) груп крові, хворих на генералізований пародонтит.

УДК: 616.314.17-02:612.82

ВПЛИВ БЛОКАТОРІВ СИМПАТИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА ЩУРІВ

В. М. Батіг¹, А. В. Борисенко², О.В. Митченко¹

*¹Буковинський державний медичний університет
(м. Чернівці)*

*² Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця
(м. Київ)*

batig@email.ua

Нейроблокатори вегетативної нервової системи, на даний час, привертають до себе особливу увагу, так як майже всі метаболічні процеси знаходяться під їх регуляторним впливом.

Дане дослідження мало за мету з'ясувати вплив певного ряду адреноблокаторів на стан тканин пародонта.

Матеріали та методи дослідження

У якості адреноблокаторів ми використовували зоксон (Чехія), сибазон (діазепам) и ніцерголин (Україна).

З цих адреноблокаторів готували гель наступного складу:

зоксон – 8 мг

сибазон – 20 мг

ніцерголин – 40 мг

4 %-ий гель КМЦ-На соль – до 100 мл

Дослідження були проведені на 18 білих щурах лінії Вістар (самки, 1,5 місяцев, середня жива вага 60 ± 5 г), розподілених у дві рівні групи: 1-а – контрольна, отримувала щоденні аплікації по 0,3 мл на слизову оболонку порожнини рота (СОПР) «пустого» геля, який не містив адреноблокаторів; 2-ій – експериментальна, проводили аплікації на СОПР по 0,3 мл геля, з вмістом адреноблокаторів (дози адреноблока-торів: зоксона – 0,4 мг/кг, сибазона – 1,0 мг/кг, ніцерголина – 2,0 мг/кг)

Результати та їх обговорення

Адреноблокатори не мають суттєвого впливу на рівень маркерів запалення та активність уреаз, але значно знижують ступінь дисбіозу.

Оральні аплікації адреноблокаторів достовірно знижують активність каталази на 24%, але індекс АПІ після дії блокаторів змінюється мало.

В той же час активність лізоцима під дією адреноблокаторів підвищується, за нашими даними, на 56%.

Дія адреноблокаторів достовірно збільшує активність обох фосфатаз і так як блокатори активують у більшому ступені лужну фосфатазу, то індекс МІ достовірно зростає після аплікацій блокаторів.

Стан кісткової ткани пародонта суттєво не змінився так як блокатори не мають значного впливу на ступінь мінералізації кістки та мають незначний вплив на ураження зубів карієсом.

Отже, наші дослідження доводять, що адреноблокатори активують у яснах лізоцим, знижують ступінь дисбіозу і активність каталази, збільшують мінералізуючу активність кісткової тканини пародонта і достовірно знижують ступінь атрофії пародонта.

Висновок

Комплекс адреноблокаторів (зоксон + сибазон + ніцерголін) мають антидисбіотичну та пародонтопротекторну дію, а також підвищує рівень індексу МІ.

УДК 611.314-022.5-053.81-056

СУЧАСНІ ДАНІ ПРО ВПЛИВ ЕЗОФАГІТІВ НА СТАН ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

С.С. Бауман, О.В. Шешукова

*Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
oldista@gmail.com*

Гастроезофагальний рефлюкс (ГЕР) є одним з найбільш частих моторних порушень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Частота його, за даними різних авторів, коливається в діапазоні 18 – 25% в популяції дітей, які страждають розладами травлення (Зернов Н. Г. та ін, 1988).

Даним захворюванням страждають від 29% до 58% дитячого населення. Характерний зростання захворюваності з віком: до 5 років частота ГЕРХ становить 17%, з 5 до 15 років хвороба виявляється у 23% дітей. Приблизно у 30% хворих з підтвердженим діагнозом виникають ускладнення. (Маль І.В. та ін., 2004).

Публікації, що стосуються позастравохідних проявів ГЕРХ, особливо в дитячій гастроентерології, нечисленні і розрізнені. Якщо про бронхолегеневих, кардіологічних та оториноларингологічних проявах ГЕРХ накопичено певні дані, то стоматологічні прояви висвітлені в літературі недостатньо (Гнусаєв С.Ф., Іванова Н.І., 2003 Завікторіна Т.Г, Погосова І.Є., 2006., Meurman JM et al., 1994.). Не встановлені остаточно механізми і причинно-наслідкові зв'язки розвитку стоматологічних проявів ГЕРХ (Gurski R.R. 2006).

Більшість авторів віддають провідну роль у виникненні патології порожнини рота при ГЕРХ впливу соляної кислоти, що призводить до зниження рН змішаної слини нижче 7,0. (Денисов А.Б., 2003).

Порушення складу слини, зниження її нейтралізуючих властивостей по відношенню до соляної кислоти, може призводити до ураження м'яких і твердих тканин порожнини рота (Кеша С., 2005)

В цілому всі стоматологічні прояви ГЕРХ умовно можна розділити на ураження м'яких тканин (червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота, мови, тканин пародонта) і твердих тканин зубів (некаріозні зміни, карієс) (Барер Г.М. та ін., 2004)

Захворювання слизової оболонки порожнини рота спостерігалося у 46% дітей у віці від 8 до 15 років, з різним перебігом ГЕРХ. (Серебровская Н.Б. та ін., 2006). Особливостями стану слизової мови у дітей з ГЕРХ були: наявність «географічного мови», десквамативного зміни, рясний наліт білого кольору, який не має чіткої локалізації і розташовується вогнищами. Крім того, на мові відзначена виражена складчастий, гіпертрофовані сосочки, відбитки зубів на бічних поверхнях. У дітей з хронічним гастродуоденітом без моторних порушень наліт був рівномірний по всій поверхні язика, складчастість виявлялася рідко. (Алексеева О.П. та ін, 2006.)

Романенко Є.Г провівши ряд досліджень виявила, що у більшості хворих дітей (93,8%) з хронічним езофагітом, виявляється хронічний генералізований катаральний гінгівіт.

Відомості про взаємозв'язок змін твердих тканин зубів і ГЕРБ у пацієнтів дитячого віку недостатньо вивчені і досить суперечливі. У дітей, хворих на ГЕРХ, виявлені висока поширеність (97%) і інтенсивність ($5,80 \pm 0,54$) карієсу, незадовільний стан гігієни порожнини рота (ОНІ-S $1,76 \pm 0,08$), в 24,5 % випадків реєструється декомпенсована форма карієсу. Аріфуллін В.К., 2007; Піхур О.Л. і інші 2007 р.

Сафронова С.В., 2004р., Встановила, що у дітей з рефлюксною хворобою склад ротової рідини визначається формою рефлюксу. При рефлюксі шлункового вмісту поширеність карієсу молочних зубів становить $92,74\% \pm 4,58$; інтенсивність $6,43 \pm 0,41$; зміни слизової оболонки порожнини рота були виявлені у $76,12\% \pm 6,65$ від числа обстежених дітей. При рефлюксі дуоденального вмісту поширеності карієсу молочних зубів склала $98,6\% \pm 1,38$, інтенсивність $7,84 \pm 0,7$; зміни слизової оболонки порожнини рота відзначалися у $85,9\% \pm 4,43$ дітей.

Було виявлено, що у дітей з гастродуоденальної патологією відзначався симбіоз патогенних анаеробних мікроорганізмів, забрудненість Нр у дітей із гастроентерологічною патологією становить 19,4%. (Рисбаева Ж.І. та ін. 2017).

Поширеність каріозного процесу у дітей з захворюваннями гастродуоденальної ділянки склала 80,3%, що достовірно вище, ніж у практично здорових дітей (61,5%).

Аналіз наведених факторів ризику розвитку патологічних процесів твердих тканин зубів у дітей з кислотозалежних захворювань свідчить про необхідність спостереження дітей з даною патологією у лікаря-стоматолога. Таким чином, подальше вивчення взаємозв'язку захворювань гастродуоденальної області та патології твердих тканин зубів доцільна і необхідна для пошуку і розробки схем профілактики уражень твердих тканин зубів у дітей з кислотозалежними захворюваннями.

УДК 616.314.17-008.1:159.942.3/4-057.87

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У СТУДЕНТІВ І-ІІ КУРСУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ЕКСТРАВЕРСІЇ ТА НЕЙРОТИЗМУ

С.Н. Вадзюк, Ю.В. Болюк

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

boliuk@tdmu.edu.ua

Вступ. На сучасному етапі досліджень у галузі стоматології все більшої уваги надають пошуку нових аспектів етіології та патогенезу захворювань тканин пародонта. Надзвичайно важливим є виявлення достовірних критеріїв визначення схильності до патології, а особливо в осіб молодого віку.

Мета роботи. Встановити залежність між особливостями темпераменту студентів та поширеністю пародонтопатології, а також ступенем вираження запальних змін в тканинах пародонта.

Матеріали і методи. Було обстежено 41 особу віком 17-22 роки. За результатами психологічного тестування за методом Айзенка було сформовано групи дослідження. Обстежуваних поділили на групи залежно від ступеня екстраверсії (4-10, 11-14 і 15-23 бали) та нейротизму (2-9, 11-14, 15-21 бал). Оцінку інтенсивності запального процесу проводили з використанням папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА, Рамта).

Результати. Аналіз отриманих результатів показав, що поширеність патології пародонта не відрізнялася за групами. Проте виявлено закономірність між інтенсивністю запалення та ступенем екстраверсії. Найвищий показник індексу РМА спостерігався у групі з середніми значеннями за шкалою екстраверсії (11-14 балів) і становив $33,12 \pm 8,39$ %. У групі інтровертів (4-10 балів за рівнем екстраверсії) зареєстровано середній показник інтенсивності запального процесу ($13,03 \pm 5,81$ %). Найнижчі значення за даним критерієм виявлено у групі осіб з високим рівнем екстраверсії ($7,12 \pm 6,65$ %). Достовірність різниці спостерігаємо між показниками другої та третьої групи ($p < 0,05$). Суттєвої залежності між величиною індексу РМА та ступенем нейротизму не виявлено. Проте зареєстровано найменшу поширеність захворювань тканин пародонта в обстежуваних з високим рівнем нейротизму і найвищу – в осіб з середніми показниками ($p < 0,05$).

Висновки. За результатами дослідження виявлено найвищу поширеність патології пародонта у студентів із середнім рівнем нейротизму (11-14 балів) та найвищі показники інтенсивності запального процесу у групі осіб із середніми значеннями за шкалою екстраверсії (11-14 балів). Отримані дані можуть стати основою для глибшого вивчення питання та розробки індивідуалізованого підходу до профілактики і лікування захворювань пародонта.

ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ПЕРВИННИМИ ІМУНОДЕФІЦИТАМИ

О.Р. Боярчук, С.І. Бойцанюк, В.О. Свінціцький

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

Різні групи первинних імунодефіцитів (ПІД) у тій чи іншій мірі супроводжуються оральними проявами. Вони часто спричинені інфекціями, збудники яких не є патогенами у імунокомпетентних осіб та містяться у невеликій кількості в ротовій порожнині здорових осіб.

Комбіновані імунодефіцити найчастіше супроводжуються грибковими та герпетичними ураженнями слизових рота, рецидивуючим афтозним стоматитом. Дефекти антитілоутворення також можуть супроводжуватися ураженням слизових ротової порожнини, проте їх прояви не є частими та тяжкими.

Найчастіше проблеми пародонта та слизових оболонок рота мають місце у дітей з дефектами кількості та/чи функції фагоцитів. Інколи ураження пародонта у таких дітей має швидкопрогресуючий перебіг і супроводжується тяжкими наслідками.

Під нашим спостереженнями перебувають двоє дітей з ПІД, які супроводжуються порушенням фагоцитарної ланки імунітету: одна дитина з нейтропенією та одна дитина з дефіцитом адгезії лейкоцитів І типу. Вік дітей становить відповідно 8 та 17 років. Перші прояви в обох дітей виникли у віці 9-10 місяців у вигляді стоматиту, який мав стійкий рецидивуючий перебіг. У дівчинки з нейтропенією рецидивуючі афтозні стоматити, гінгівіт, хейліт є основними проявами захворювання. Вони рецидивують кожні 2-3-4 тижні, зазвичай супроводжуються гарячкою та збільшенням периферичних лімфатичних вузлів. У загальному аналізі крові – лейкопенія з нейтропенією.

У дівчинки з дефіцитом адгезії лейкоцитів рецидиви стоматиту спостерігаються не так часто – 2-3 рази на рік, проте відмічається тяжкий пародонтит.

Таким чином, при наявності рецидивуючих уражень слизової оболонки порожнини рота та тяжкого пародонтиту необхідно направляти пацієнтів на консультацію до лікаря-імунолога для виключення ПІД. Інфекції слизових оболонок у імуноскомпроментованих осіб можуть призвести до сепсису та інших тяжких наслідків.

ВПЛИВ КОЛЬОРУ КОФЕРДАМА НА ЯКІСТЬ РЕСТАВРАЦІЇ

І.І. Вовк

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет»*

*НЛЦ «Університетська клініка», стоматологічне
відділення*

В клінічній роботі лікарі-стоматологи дедалі частіше стикаються з різноманітними труднощами пов'язаними з реставруванням різних груп зубів, частину з яких можливо усунути за допомоги повної ізоляції робочого поля. Найчастіше з цією метою використовують ватні та марлеві валики, проте досягнути бажаного ефекту не вдається. Альтернативою стало застосування кофердаму. Кофердам – це тонкий шестидюймовий (15 см) квадрат з латексу чи нітрилу, який застосовують у стоматології для ізолювання одного чи кількох зубів від решти порожнини рота під час лікування. Головною функцією його є забезпечення сухості і чистоти робочого поля, запобігання проковтування чи вдихання інструментів та матеріалів, або поранення ними ротової порожнини. Це полегшує і покращує роботу лікаря-стоматолога. В роботі з кофердамом є певні недоліки, одним з яких вважається вплив кольору кофердаму на колір та форму майбутньої реставрації.

Існує велика палітра кольорів кофердаму: світло-бежеві, зелені, сині, фіолетові, чорні, рожеві, коричневі тощо. Лікар сам обирає, з яким матеріалом йому працювати, але не завжди зважає вплив його на колірне сприйняття та контури зуба.

Так, світло-бежевий, майже прозорий кофердам зливається з кольором твердих тканин зуба і, при використанні його в роботі з композитом, сприяє виникненню проблеми з контурами зубів. Даний відтінок добре використовувати в ендодонтичному лікуванні для якісної оцінки стану проблемного зуба, визначення осі і проєкції.

На темному фоні, навпаки, зуби виглядають білішими та крупнішими (більшими), крім того, колірний контраст підкреслює рельєф поверхні. Контури зубів чітко відмежовані завдяки контрасту з чорним або коричневим кольором кофердама. Темний кофердам виключає відображення спрямованого світла.

Зелений і синій кофердами затрудняють об'єктивне здорове сприйняття рельєфу поверхні зуба створюючи кольорові тіні, які називаються рефlekсами. В такому випадку на окремих ділянках відтінки будуть обиратися неправильно, а саме еталони кольорів зміщуватимуться за тоном або світлістю. Зуб набуває блакитних або зелених відтінків через тіні, що відбиваються від кофердаму. В іншому випадку кофердам синього кольору підвищує інтенсивність відчуття жовтих відтінків зуба. Як наслідок колір зубів буде жовтіший, ніж власний.

Необхідно пам'ятати, що після накладання кофердама зуб пересихає і, відповідно світлішає, на його поверхні можуть виявлятися різні плями і смуги, які за стандартних умов не видно.

Таким чином, рекомендується підбирати колір майбутньої реставрації до накладання кофердаму, що сприятиме відтворенню кольору тканин зуба. В роботі з коронковою частиною зубів слід надавати перевагу темним відтінкам для створення максимального контрасту.

УДК: 616.314.7– 008.1

ОЦІНКА ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, УРАЖЕНОЇ РАДИКУЛЯРНОЮ КІСТОЮ, ПРИ ЇЇ ГІСТОМОРФОМЕТРИЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

С.Т. Гаврильців

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Актуальність теми. Морфометрія кісткової тканини й надалі залишається важливим методом аналізу механізмів ремоделювання на клітинному і тканинному рівні. Для обробки цифрових зображень гістологічних препаратів стали активно використовуватись сучасні комп'ютерні програми (Ильина Р.Ю. и соавт., 2015, Kevin P. Egan et al, 2012; Lin Shi, Shangping Liu, et al, 2012; Rob J. van 't Hof et al, 2017). Автоматичні алгоритми в морфометрії здобули популярність завдяки можливості швидко та з високою точністю обробляти гістологічний матеріал. При роботі з препаратами із використанням рутинних методів фарбування, зокрема, гематоксилін-еозином, виникає багато технічних перепон для використання повністю автоматизованих алгоритмів, що пов'язане із наявністю великої кількості анатомічних утворень, які фарбуються з однаковою інтенсивністю та артефактів, що утворилися при виготовленні препаратів, що унеможлиблює об'єктивну оцінку морфологічного стану щелепових кісток, уражених пухлиноподібними новоутворами. На даний час для цього почали застосовуватися комп'ютерні методики, що дозволяють при гістоморфометрії кісткової тканини вивчати її трабекулярну структуру, оцінити її щільність (Ильина Р.Ю., 2015; Lin Shi et al, 2012).

Мета дослідження: дати об'єктивну оцінку щільності кісткової тканини нижньої щелепи, ураженої радикулярною кістою, при її гістоморфометричному дослідженні із застосуванням сучасних комп'ютерних технологій.

Матеріали та методи: Препарати, пофарбовані гематоксилін-еозином, досліджували за допомогою мікроскопу Meiji MT4300 LED

з об'єктивом x20, окуляр x10. Фотографували гістологічні зразки камерою Canon EOS 550D з перехідником MA150/50 та адаптером MA986 із збільшенням x1.9. Для порівняння було обрано 30 знімків гістопрепаратів – біоптатів кісткових тканин, взятих із бокових ділянок нижніх щелеп, уражених одонтогенними кістами та інтактних кісткових структур, взятих із краю лунок видалених «причинних» кутніх зубів. Для проведення морфометричного аналізу було використане програмне забезпечення ImageJ v.1.48u. Застосована наступна послідовність команд: 1. Window/level до максимального контрасту зображення, визначається візуально. 2. Розділення на канали кольору функцією Split channel та вибір зеленого каналу. 3. Використання функції Threshold для автоматичного виділення максимальної ділянки із кістковою тканиною та переведенням зображення в бінарну маску. 4. Замір фрагменту тканини, що виділений. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили за допомогою комп'ютерної програми статистичних обчислень «Statistica 8».

Результати дослідження. У зразках кісткових тканин, взятих із ділянок, прилеглих до радикальних кіст великих розмірів (які розташовані в ділянці трьох жувальних зубів та більше), площа міжтрабекулярного простору виявилась більшою в 1,58 рази ($p < 0,05$) в порівнянні із зразками інтактних кісток. Середній діаметр трабекул був відповідно тоншим, вони різнились за структурою. При радикальних кістах середніх розмірів (які розташовані в ділянці двох – трьох жувальних зубів) та малих розмірів (які розташовані в ділянці одного жувального зуба) спостерігали потовщення стінок трабекулярних базисних одиниць в 1,39 – 1,25 рази та звуження площі міжтрабекулярного простору у порівнянні із зразками інтактних кісток в 2,15 рази ($p < 0,01$), що свідчило про захисну компенсаторну реакцію організму у відповідь на хронічну компресію з боку оболонки радикальної кісти на прилеглу кісткову тканину.

Висновки: Під патологічним впливом радикальної кісти, відбувається захисна компенсаторна перебудова кісткової тканини нижньої щелепи, що морфологічно проявляється ущільненням їх структури. Зменшення товщини трабекул та кісткової щільності створює сприятливі умови для аппозиційного росту пухлиноподібного новоутвору.

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ
ФІТОПРЕПАРАТУ «РЕСВЕРАЗИН»
У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Н.О. Гевкалюк, Л.І. Кучирка, М.Я. Пинда

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

Вступ. Великий арсенал препаратів, які застосовують при лікуванні захворювань пародонта, складають лікарські засоби синтетичного походження, які поряд із вираженою позитивною дією можуть спричинити численні побічні ефекти. У зв'язку з цим увагу дослідників привертають лікарські препарати рослинного походження. Різноманітний діапазон фармакологічної дії фітопрепарату «Ресверазин» визначив наш вибір його в якості етіотропного, патогенетичного та симптоматичного лікування хворих на генералізований пародонтит.

Мета дослідження – оцінити клінічну ефективність препарату «Ресверазин» у складі комплексного лікування генералізованого пародонтиту.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 52 пацієнтів, хворих на хронічний генералізований пародонтит (ГП) початкового та І ступенів, з яких були сформовані дві групи. Основну групу склали 29 чоловік, групу порівняння – 23. При обстеженні пацієнти пред'являли скарги на набряк та кровоточивість ясен, яка посилювалась при чищенні зубів і прийомі твердої їжі, біль у яснах, естетичний дефект, оголення шийок і коренів зубів, рухомість зубів, неприємний запах з рота. Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували індекси Green–Wermillion, OHI-S, Silness-Loe, Stallard. Оцінку стану пародонта проводили за клінічними ознаками: кольором, формою, розміром ясенних сосочків, наявністю кровоточивості при пальпації та зондуванні ясенної борозни, визначали цілість зубоясенного з'єднання. Для оцінки важкості хронічного катарального гінгівіту і реєстрації динаміки процесу використовували РМА. Стан ясен ви-

вчали за індексом кровоточивості за Muhlleman, ступінь деструктивних змін у пародонті – за пародонтальним індексом (ПІ), глибиною пародонтальних кишень. Визначення індексів проводили за загальноприйнятими методиками. Для місцевого лікування пародонтиту в пацієнтів обох груп використовували традиційну терапію. Загальнозміцнювальна терапія полягала в призначенні вітамінів С, Р, групи В. Призначали препарати кальцію, фосфору та гіпосенсибілізувальні препарати. Пацієнтам основної групи призначали препарат «Ресверазин» по 2 капсули 2 рази на добу. Курс лікування становив 2 місяці.

Результати досліджень та їх обговорення. При об'єктивному обстеженні у пацієнтів обох груп до початку лікування було виявлено незадовільний стан гігієни порожнини рота і тканин пародонта. Середнє значення індексу гігієни в основній групі склало $(1,64 \pm 0,31)$, в групі порівняння – $(1,59 \pm 0,23)$ бала. Індекс РМА в основній групі обстежених становив $(63,12 \pm 1,17)$ бала; в групі порівняння – $(62,39 \pm 1,13)$ бала. Гігієнічні індекси ОНІ-S та Silness-Loe у пацієнтів основної групи становили $(2,36 \pm 0,13)$ та $(1,54 \pm 0,08)$ бала, у групі порівняння – $(2,30 \pm 0,12)$ та $(1,51 \pm 0,06)$ бала відповідно. Індекс Stallard у пацієнтів основної групи складав $(1,2 \pm 0,062)$ бала, в групі порівняння – $(0,89 \pm 0,032)$. Значення ПІ в групах склали $1,22 \pm 0,09$ і $1,24 \pm 0,13$ відповідно. Середнє значення індексу Muhlleman по групах становило $(2,21 \pm 0,13)$ бала в основній групі та $(2,18 \pm 0,11)$ у групі порівняння. У процесі лікування в усіх пацієнтів спостерігали позитивну динаміку досліджуваних показників. Так, динаміка показника поширеності запалення тканин пародонта мала тенденцію до зменшення ознак запалення, що підтвердилось клінічними методами та суб'єктивними даними. Значення індексу РМА (%) після закінчення курсу лікування склало $10,23 \pm 1,11$ в основній групі та $11,22 \pm 1,19$ у групі порівняння. Після закінчення курсу лікування у пацієнтів основної групи відмічались ознаки стабілізації пародонтиту. Аналогічна тенденція простежувалась при вивченні динаміки пародонтального індексу: в основній групі його значення зменшилось і становило $0,63 \pm 0,11$, у групі порівняння – $0,84 \pm 0,12$. Зниження значення інтегративного пародонтального індексу відбувалось переважно за рахунок зменшення важкості симптоматичного гінгівіту та глибини пародонтальних кишень.

Висновки. Отримані результати підтверджують високу клінічну ефективність фітопрепарату «Ресверазин», діапазон фармакологічної дії якого має вирішальне патогенетичне значення в перебігу генералізованого пародонтиту. Включення препарату в схему базисної терапії генералізованого пародонтиту сприяє настанню позитивної динаміки та стабільних змін у тканинах пародонта в більш ранні терміни, що підтверджується позитивними змінами пародонтальних індексів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІОЗНОГО УРАЖЕННЯ ЗУБІВ У ДІТЕЙ 5-7 РОКІВ МІСТА ЧЕРНІВЦІ

А.В. Горинюк

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет»*

*НЛЦ «Університетська клініка», стоматологічне
відділення*

Вступ. Стан ротової порожнини та зубів характеризує здоров'я всього організму людини. Важливу роль в цьому відіграє ураження порожнини рота у дітей 5-7 років, а саме раннє враження зубів карієсом. Згідно рекомендаціям ВООЗ група дітей у віці 5-7 років є ключовою для вивчення стоматологічних захворювань, адже тимчасові зуби це невід'ємна складова повноцінного розвитку порожнини рота, кісток лицевої ділянки, а також відіграють важливу роль в естетичі, формуванні мови та прийомі їжі. При ураженні даної групи зубів ці функції порушуються, що може призвести до різноманітних патологій постійного прикусу. Тому, не виникає жодних сумнівів у доцільності виділення й окремого вивчення цього вікового періоду. Ще однією невід'ємною частиною виникнення цих проблем є недоліки функціонування системи профілактики стоматологічних захворювань. Необхідно більше уваги приділяти інформованості батьків щодо основних стоматологічних захворювань та способів їх профілактики. Також лікарям-стоматологам основний акцент робити на профілактиці виникнення якоїсь із патологій, а не лікувати її наслідки.

Тому, метою нашої роботи стало визначення поширеності та інтенсивності каріозного процесу в дітей 5-7 років, обґрунтування принципів надання стоматологічної допомоги шляхом впровадження нових методів діагностики, профілактики й лікування основних стоматологічних захворювань.

Матеріали й методи. Представлені в роботі дані одержано в результаті обстеження 56 дітей (22 хлопчиків і 34 дівчаток) міста Чернівці віком 5-7 років. Обстеження та збір анамнезу проводилися з дозволу батьків, на базі навчально-лікувального центру «Університетська клініка». Були застосовані математично-статичні, соціально-гігієнічні та клініко-лабораторні методи дослідження. Стан твердих тканин зуба оцінювали за показниками «кп», на основі яких визначали поширеність й інтенсивність карієсу тимчасових зубів.

Результати дослідження. Поширеність карієсу серед дітей віком 5-7 років в середньому становить 89% (89,1% серед хлопчиків й 88,9% серед дівчаток). Значення індексу кп становить 14,8%, що свідчить про високий ступінь інтенсивності карієсу в обстежуваних осіб. Найвищий рівень ураження тимчасових зубів каріозним процесом зафіксовано в дітей семи років (кп 6,25%). Клініко-лабораторні та статичні методи дослідження вказують на необхідність покращення надання стоматологічної допомоги дітям, адаптації лікувально-профілактичних заходів до особливостей функціонування дитячого організму. Тому, на нашу думку доцільним є застосування препаратів, що компенсують дефіцит та нормалізують баланс між макро– та мікроелементами в організмі дитини. На місцевому рівні слід застосовувати методи, що спрямовані на мінералізацію твердих тканин, а також впливають на загально визнані карієсогенні чинники. З цією метою пропонуються гігієнічні засоби: зубна паста з амінофторидами, ополіскувач, що містить сполуки Ca, P, Mg, мікроелементи, що є основними структурними компонентами твердих тканин зубів.

Висновок. Після використання комбінації препаратів на основі з вищевказаних мінеральних сполук, приріст карієсу зубів у дітей 5-7 років через два роки став у 3,5 разів меншим, ніж до початку спостереження. Що свідчить про ефективність профілактики каріозних уражень саме у цієї вікової категорії.

ХРОНІЧНИЙ СТРЕС – ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

О.В. Денефіль, І.Р. Міц

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

Хронічний психоемоційний стрес і його наслідки є проблемою охорони здоров'я. Основний гормон, що виділяється при ньому – кортикостерон – може призводити до порушення функції та морфологічних змін у різних органах і системах, у тому числі слизових оболонок ротової порожнини.

Метою роботи було з'ясувати вплив хронічного психоемоційного стресу на систему імунітету молодих особин різної статі в експерименті.

Хронічний стрес у щурів викликали з 1,5 до 3 місячного віку (відповідає віку людини 7-14 років). Тварин утримували у клітках з обмеженням життєвого простору вдвічі (аналог сидячого способу життя). У день досліду їх фіксували 1 годину спинкою донизу, після чого проводили визначення вмісту імуноглобулінів А, М, G у сироватці крові та гістологічне дослідження тимуса.

Після стресу зросли концентрації Ig A, Ig M, Ig G. Враховуючи, що В-лімфоцити мають поверхневі рецептори до Ig M і секретують його першими, така «первинна реакція» на антиген відображає характер адаптаційно-компенсаторних реакції імунної системи. Отримані результати свідчать про те, що відбувається підвищення запальної реакції й активація імунної відповіді.

Відмічено значні зміни у тимусі тварин, які вказували на інволюцію тимуса, заміщення клітин жировою тканиною, що може призводити не тільки до пригнічення Т-ланки імунітету, розвитку вторинних імунодефіцитів, але й до дисбалансу роботи імунної системи, у результаті активації синтезу імуноглобулінів В-лімфоцитами. Зміни були вираженішими у самців.

Таким чином, хронічний психоемоційний стрес, викликаний у дитячому та підлітковому віці малорухомим способом життя при-

зводить до дисфункціональних розладів у роботі гуморальної і клітинної ланок імунної системи, що є предиктором розвитку запальних уражень слизових оболонок, у тому числі ротової порожнини.

УДК 616.716.1/4–089.22-06

ВИВЧЕННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Х.О. Дутко

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

За даними літератури, питома вага пошкоджень кісток лицевого скелету є досить високою. Так, кількість хворих з пошкодженнями обличчя складає від 3 % до 8 % у загальній структурі травм і від 20 % до 30 % серед всіх госпіталізованих в щелепно-лицеві стаціонари [1]. Серед постраждалих із травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки 75,2 % складають потерпілі з переломами нижньої щелепи, 7,4 % з переломами верхньої щелепи, із них, у більшості випадків, переважання переломів щелеп відзначається у чоловіків, що виражається в співвідношенні з жінками у пропорції 7:1 – 9:1 [3; 4]. Аналізуючи літературні джерела, можна виділити вікову категорію (до 80 %) хворих з переломами щелеп, яким від 18 до 40 років [2].

Моніторинг 144 пацієнтів з переломами нижньої щелепи показав, що у 59 хворих (62,77 %) діагностувались однібічні та у 35 постраждалих (37,23 %) двобічні переломи. Найбільша частота переломів нижньої щелепи діагностувалась у ділянці кута щелепи (44,68 %) та у підпідборідковому відділі (30,85 %). Найменша частка переломів нижньої щелепи досліджувалась у ділянці мищелкового відростка – 8,51 % (рис. 1).

Переломи верхньої щелепи були діагностовані у 58 госпіталізованих, причому найбільша їх частота припадала на переломи альвеолярного відростка – 38,46 % пацієнтів. Переломи по типу Ле Фор I

об'єктивізувались у 38,46 % хворих, по типу Ле Фор II – у 19,23 % пацієнтів та по типу Ле Фор III – у 11,54 % оглянутих (рис. 2).

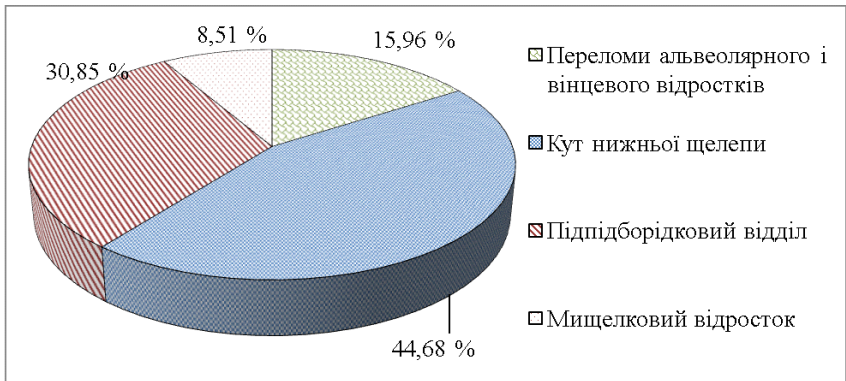


Рисунок 1. Локалізація переломів нижньої щелепи у обстежених пацієнтів

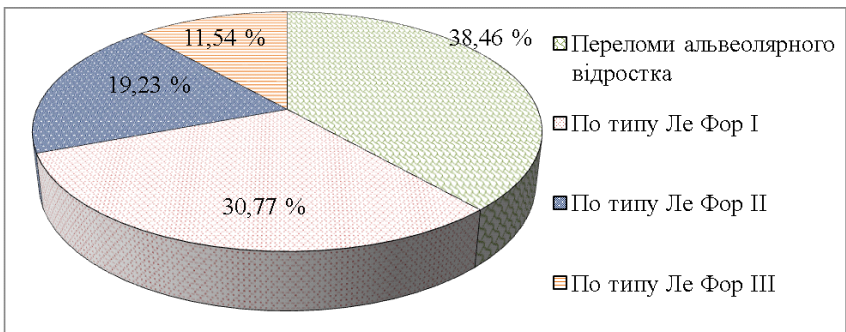


Рисунок 2. Локалізація переломів верхньої щелепи у обстежених пацієнтів

З 202 пацієнтів з переломами щелеп, у 122 досліджуваних діагностували запальні захворювання тканин пародонта. Найбільша поширеність гінгівіту (71,43 %) об'єктивізувалась у хворих молодшої вікової групи (18–25 років) та зменшувалась до 28,57 % пацієнтів віком 26–35 років. У старших вікових групах (36–60 років) дана нозологічна одиниця не діагностувалась. Розповсюдженість локалізованого пародонтиту зменшувалась від 28,57 % у пацієнтів віком 18–25 років до 17,86 % у віковому інтервалі 26–35 років. При цьому, локалізований пародонтит не діагностувався у 36–60-річних

обстежених. Генералізований пародонтит початкового – I ступеня не виявляли у пацієнтів у віці 18–25 років та у обстежених у віковому інтервалі 46–60 років. У госпіталізованих з переломами щелеп віком 26–35 років поширеність ГП початкового – I ступеня дорівнювала 44,64 % та зменшувалась до 17,65 % у пацієнтів віком 36–45 років. Розповсюдженість генералізованого пародонтиту II ступеня зростала від 8,93 % у хворих віком 26–35 років до 58,82 % обстежених у віковому інтервалі 36–45 років. У 46–60-річних пацієнтів ГП II ступеня діагностувався у 16,67 % обстежених з переломами щелеп. Поширеність ГП III ступеня, у даного контингенту хворих, зростала від 23,53 % у пацієнтів віком 36–45 років до 83,33 % госпіталізованих старшої вікової групи. Слід зауважити, що розвинуті форми генералізованих уражень тканин пародонта не визначались у обстежених з переломами щелеп у віці 18–35 років.

У 72,0 % госпіталізованих спостерігали виразну гіперемію шкірних покривів, тоді як помірна гіперемія була присутня у 28,0 % обстежених. У 30 пацієнтів (60,0 %) з переломами верхньої щелепи на тлі запальних захворювань тканин пародонта визначали щільно-еластичний поширений інфільтрат у ділянці перелому. У той же час, у 40,0 % обстежених інфільтрація була м'якоеластичною без ознак поширення. У 11 пацієнтів (22,0 %) з переломами верхньої щелепи на тлі запальних уражень тканин пародонта об'єктивізували розрив слизової оболонки порожнини рота у ділянці перелому. При цьому, у 78,0 % хворих перелом верхньої щелепи був без порушення цілісності СОПР. При переломах верхньої щелепи у 46,0 % хворих було присутнє порушення прикусу, а у 54,0 % обстежених дана тенденція не простежувалась.

При переломах нижньої щелепи на тлі запально-деструктивних захворювань тканин пародонта, 18,06 % госпіталізованих відзначали помірний, 38,89 % хворих – виразний та 43,05 % опитуваних – різковиражений біль за шкалою McGill. У 30,56 % пацієнтів цієї групи визначали виразний та у 69,44 % хворих незначний набряк шкірних покривів у ділянці перелому. Виразну та помірну гіперемію спостерігали у 25,0 % та у 75,0 % обстежених з переломами нижньої щелепи на тлі запальних захворювань зубоутримуючого апарату. Щільно еластична інфільтрація була присутня у 54,17 % пацієнтів, тоді як

м'яко еластичний інфільтрат без ознак поширення спостерігався у 45,83 % людей цієї групи. Перелом нижньої щелепи супроводжувався розривом слизової оболонки порожнини рота у 29,17 % пацієнтів, тоді як у 70,83 % обстежених даного явища не простежувалось. Порушення прикусу діагностували у 68,06 % хворих та у 31,94 % обстежених переломи нижньої щелепи не супроводжувалися порушенням прикусу. У 43,06 % пацієнтів тест на пряме навантаження було позитивним, а на непряме навантаження було присутнім у 56,94 % пацієнтів даної групи.

Таким чином, проведені клінічні обстеження пацієнтів з травматичними пошкодженнями щелеп з захворюваннями тканин пародонта, можуть обумовлювати синдром взаємного обтяження, що потребує удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів у даного контингенту хворих, які можливо здійснити шляхом проведення низки лабораторних досліджень, спільних для патогенезу обох стоматологічних захворювань.

Список літератури:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – 3-е изд., переробл. и доп. – Москва: Медицина, 2006. – 456 с.
2. Керівництво з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії / за ред. О.О. Тимофеева. – Київ: Рута, 2004. – 1062 с.
3. Маланчук В. А. Фактори ризику виникнення посттравматичних ускладнень у хворих з відкритими переломами нижньої щелепи / В. А. Маланчук // Вісник стоматології. – 2002. – № 2. – С. 18–20.
4. Chrcanovic B.R. Open versus closed reduction: comminuted mandibular fractures / B.R. Chrcanovic // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2013. – Vol. 17, N. 2. – P. 95–104.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОВАНОЇ ОБЛІПИХОВОЇ ОЛІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ТЮТЮНОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ

М.П. Ільчишин

*Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького*

*Кафедра терапевтичної стоматології
immartella@gmail.com*

Одним з сучасних методів лікування є озонотерапія, яка знижує небезпеку поліпрагмазії і добре поєднується з фітопрепаратами.

Мета дослідження. Оцінити ефективність застосування озонованої обліпихової олії на тканини пародонту у тютюнозалежних пацієнтів.

Матеріали і методи. Обстежено 67 пацієнтів-курців хворих на хронічний генералізований пародонтит (ХГП): I ступеня – 16 осіб (23,9 %); 17 осіб – II ступеня (25,4 %) та III ступеня – 20 осіб (29,9 %). Серед пацієнтів з ХГП – 14 хворих на даний час не палять, що дозволило сформувати групу порівняння. Для корекції патогенетичних порушень призначали озоновану обліпихову олію з концентрацією озону 4,5 мг/л.

Результати дослідження. У результаті застосування обліпихової олії, збагаченої озоном, у пацієнтів-курців з ХГП I-III ступенів досягнули значного покращення стану тканин пародонту та гігієни порожнини рота у середньому по: РМА – 45,8 %; РІ – 17,6 %; ОНІ-S – 32,1 %, що підтверджує пародонтопротекторні властивості обліпихової олії та бактеріологічну дію озону.

Висновки. Позитивна динаміка у пролонгації терапевтичного ефекту (до 12 місяців) підкреслює адекватність застосованого лікувального середника, та соціальну значимість проблеми відмови від паління у осіб з запально-деструктивними змінами тканин пародонту.

МОДЕЛЮВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ ІЗ ГІДРОГЕЛЮ – АДГЕЗИВНО АКТИВНОГО ПОЛІМЕРУ ПРИ ПАРОДОНТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ

О.Й. Комариця¹, Н.М. Баран²

*¹Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

² Національний університет «Львівська Політехніка»

Ротова порожнина є однією з найбільш заселених мікроорганізмами ділянок, на яку припадає 15–16 % від загального числа мікроорганізмів людського організму. При пародонтологічних маніпуляціях, які ведуть до порушення цілісності слизової оболонки порожнини рота, постає питання ізоляції ранової поверхні та впливу лікувального середника, який сприяє швидкому загоєнню ранової поверхні та профілактиці ускладнень. Нами запропонований нерезорбувальний гідрогель – адгезивно активного полімеру (ГААП), розроблений на кафедрі хімічної технології переробки пластичних мас Національного університету «Львівська політехніка». Як медикаментозний наповнювач у дослідженні використано хлоргексидин біглюконат.

Мета дослідження. Для впровадження ГААП у стоматологічну практику, виникла потреба опрацювання етапів лабораторного моделювання та удосконалення способів виготовлення індивідуальних стоматологічних конструкцій із новітнього матеріалу, що дозволило створити відповідну для кожної клінічної ситуації та максимально зручну для пацієнта форму стоматологічної конструкції з функцією захисної пов'язки із пролонгованою медикаментозною дією.

Матеріали та методи. У дослідженні використано гідрогель – адгезивно активного полімеру, С–силікон та базисний зуботехнічний віск.

Отримані результати. Для досягнення мети дослідження виготовлено 22 дослідних зразків гідрогелевих композицій стоматологічного призначення різної форми та об'єму. Особливість виго-

товлення індивідуальної стоматологічної гідрогелевої композиції полягає у використанні силіконової маси замість гіпсу. Альгінатною масою отримують відбиток з щелепи та відливають модель із силіконової маси, на якій із базисного зуботехнічного воску моделюють індивідуальну форму майбутньої стоматологічної конструкції. Формують контрштамп із С–силікону та утворюють силіконовий замок, у якому проводиться заміна зуботехнічного воску на ГААП. Таким чином, отримуємо готову гідрогелеву композицію індивідуальної форми у твердій фазі. Після шліфування та припасовки композиції на моделі, переходять на етап переведення твердої фази у гідрогелеву. Після завершення гідратації, композицію передають у клініку, де лікар насичує гідрогелеву композицію лікувальним засобом.

Висновки: У запропонованій технології індивідуального моделювання ГААП, використання силікону замість гіпсу, дозволяє відмоделювати міжзубні проміжки, вестибулярну, оральну частини конструкції та легко відокремити гідрогелеву композицію від силіконової моделі. Полімерна композиція із ГААП на основі полівінілпіролідону є високогідрофільна і не проявляє адгезії до поверхні силікону на відміну від гіпсу. Таким чином, запропонований спосіб дозволяє досягнути індивідуальної точності та максимальної якості лікувально-профілактичної стоматологічної конструкції.

Індивідуальні стоматологічні конструкції, як лікувальні та захисні можна використовувати при гемісекції, коронаро-радикулярній сепарації, при подовженні коронкової частини зуба, після пародонтологічних втручань та інших маніпуляціях, які проводяться із порушенням цілісності м'яких тканин порожнини рота та потребують місцевої медикаментозної дії.

ЗАЛУЧЕННЯ ГІГІЄНІСТА ЗУБНОГО ДО НАДАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

В.М. Косенко¹, М.С. Задорожний², І.М. Скиба¹

¹КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР

²КУ «Житомирська міська дитяча стоматологічна
поліклініка»

kosenkost@gmail.com

Україна відноситься до країн з «масовою» розповсюдженістю і «високою» інтенсивністю карієсу у дітей як в зубах тимчасового, так і постійного прикусу. Уражені патологічним процесом зуби та ясна посідають одне з перших місць серед джерел хронічної інфекції. Тому попереджувальний напрям є одним із найважливіших у сучасній стоматології. Своєчасно проведені комплексні превентивні заходи здатні позитивно вплинути на рівень стоматологічної захворюваності, зокрема серед дитячого населення.

Мета дослідження: проаналізувати основні показники діяльності Комунальної установи «Житомирська міська дитяча стоматологічна поліклініка» та визначити шляхи покращення первинної профілактики.

Матеріали й методи дослідження. Були проаналізовані річні звіти Комунальної установи «Житомирська міська дитяча стоматологічна поліклініка» за період з 2016 по 2017 рік.

У дослідженні використані такі методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, математичної обробки зібраних даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Комунальна установа «Житомирська міська дитяча стоматологічна поліклініка» обслуговує усе дитяче населення міста Житомира, зокрема учнів, які навчаються в загальноосвітніх школах у кількості 47411 дітей. Впродовж 2016 та 2017 років надано лікувально-профілактичну допомогу 32904 та 38168 первинним пацієнтам, сановано в 2017 році 12169 дітей (в 2016 р. – 13031), запломбовано в 2017р. 29883 зубів (в 2016 р.

– 30969), питома вага пломб із сучасних композитних матеріалів в 2017 році відповідала показнику 35,2% (у 2016 р. – 25,0%).

В центрі уваги медичних працівників Житомирської міської дитячої стоматологічної поліклініки завжди були заходи щодо проведення первинної профілактики стоматологічних захворювань. В дошкільних навчальних закладах та загальноосвітніх школах в 2016-2017 роках проведено 1214 та 1657 бесід стосовно дотримання правил гігієни порожнини рота, оформлено 39 санітарних бюлетенів. Лікарі неодноразово були учасниками теле– та радіопередач, проводили анкетування серед дітей та їх батьків стосовно вибору предметів та засобів, необхідних для зняття зубного нальоту в домашніх умовах.

У 2017 році плановою санацією були охоплені учні всіх шкіл м. Житомира. Число дітей, оглянутих в порядку планової санації, відповідало показнику 80,0%; питома вага потребуючих санації дітей серед оглянутих при планово-профілактичних заходах становила 54%, а питома вага планово санованих дітей від числа тих, хто потребує стоматологічного оздоровлення, виявлених під час профілактичних оглядів – 71,2%

Профілактичні втручання включали герметизацію фісур, ремінералізуючу терапію, професійну гігієну тощо.

Цифровий матеріал переконує, що лікарі Житомирської міської дитячої стоматологічної поліклініки виконують значний обсяг превентивних втручань, використовуючи сучасні препарати та методики. Проте покращити профілактичну роботу серед дитячого населення можливо шляхом введення в штатний розпис поліклінік посад гігієністів зубних. У наш час жодних нормативно-правових перепон для роботи фахівців в галузі профілактичної стоматології не існує.

З 2009 року відбуваються щорічні випуски молодших медичних спеціалістів з кваліфікацією «Гігієніст зубний» у восьми навчальних закладах України, зокрема у КВНЗ «Житомирський медичний інститут».

Залучення гігієністів зубних до надання профілактичної допомоги дозволить поліпшити якість превентивних послуг та удосконалити організацію стоматологічної допомоги населенню. Постійна та планова попереджувальна робота сприятиме зниженню показників, що відтворюють поширеність та інтенсивність основних стомато-

логічних хвороб. Широке впровадження комплексної масової програми профілактики неможливе без залучення гігієністів зубних до превентивної роботи.

Серед завдань, що постали в наш час, необхідно виділити: підвищення ролі гігієністів зубних в системі надання стоматологічної допомоги населенню, зокрема дитячому; впровадження алгоритмів профілактики карієсу та захворювань пародонту; моніторинг ефективності реалізації профілактичних програм; недостатнє фінансування галузі.

Надання стоматологічних послуг дітям повинно базуватися на бюджетній основі. Держава зобов'язана опікуватися дітьми та їх здоров'ям. Мережа стоматологічних кабінетів у загальноосвітніх школах не повинна скорочуватися. Штати цих кабінетів повинні бути посилені гігієністами зубними.

Висновки. Подальший розвиток та реформування стоматологічної допомоги потребує залучення висококваліфікованих молодших медичних спеціалістів (гігієністів зубних) до надання профілактичної допомоги, що дозволить покращити якість превентивних стоматологічних послуг та досягти зниження захворюваності недуг порожнини рота.

УДК: 616.724-08:615-085

ЗАСТОСУВАННЯ СЕЛЕКТИВНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ДІАГНОСТИЦІ МІОГЕННОЇ ПРОЗОПАЛГІЇ З ПРОЯВАМИ В ЩІЧНІЙ ДІЛЯНЦІ

О.Я. Мокрик, Р.В. Кулінченко

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Актуальність теми. При наявності болю в ділянці обличчя (прозопалгія) у хворих погіршується психоемоційний стан, з'являються стресіндуковані метаболічні порушення, знижується якість життя (Yoshihara T., 2005; Sipila K., 2006). Складність діагностики і лікування прозопалгій полягає у значній кількості можливих причин, що їх

викликають, серед яких треба знайти справжню (Лысаков П.В., 2008; Мірза О.І., 2012; Посохов Н.Ф., 2015). Лише тоді можна швидко й ефективно усунути біль у хворого. Складна анатомофункціональна організація лицевих структур і нервової системи даної ділянки визначає різноманітність механізмів появи болю (Скуридина Е.Н., 2009; Лихачев С.А. та співавтори, 2013). Серед головних виділяють компресійний, запальний, рефлекторний (Логинов, В.Г., 2017). Прозопалгія компресійного генезу виникає внаслідок стискання нервових стовбурів або вузлів через морфологічні зміни в складових елементах лицевої ділянки (наприклад, звуження кісткових каналів), або через функціональні порушення (тривалі напруження жувальних м'язів чи м'язів шиї). Прозопалгії рефлекторного генезу виникають при міофасціальних синдромах в ділянці шиї і плечового пояса, при м'язових скронево-нижньощелепних розладах (СНР). В закордонній фаховій літературі описано клінічні випадки, коли виявляли хронічний біль та парестезії у щічній ділянці, які зумовлені компресією щічного нерва скронеvim або латеральним крилоподібним м'язами (Maeda S., et. al. 2001; Joaquín Alvira-González, Cosme Gay-Escoda, 2016).

Мета дослідження: Покращення якості діагностики міогенної прозопалгії з проявами у щічній ділянці шляхом застосування селективної анестезії.

Матеріал і методи дослідження. Серед осіб, що звернулись у період з 2016 по 2017 рік зі скаргами схожими на маніфестацію СНР, було обстежено 5 пацієнтів (4 жінки та 1 чоловік) віком від 21 до 69 років із прозопалгіями, які клінічно проявлялись больовими пароксизмами та розладами чутливості в щічній ділянці. Щодо можливого перебігу СНР, застосовували експрес-заключення Гамбурзького протоколу. Проводили визначення сенсорної функції бокової ділянки обличчя. Тактильну чутливість досліджували за допомогою нейлонових монофіламентів Фрея діаметром 5,88 мм, що дозволяє створити тиск на шкірні покрови силою 60 г/мм². Больову чутливість визначали за pinprick test. Для виявлення можливого міогенного чинника прозопалгії нами було проведено у зазначених п'яти хворих селективну анестезію за Берше (голку вколують на 2 см попереду від козелка вуха перпендикулярно до шкіри, просувається на глибину 2-2,5 см і вводиться анестетик).

Результати досліджень. У обстежених хворих з прозопалгіями при дослідженні сенсорної функції бокової ділянки обличчя виявили парестезії чи гіперестезії в ділянці щоки, болючість латеральних крилоподібних м'язів при пальпації на боці ураження, у трьох осіб – болючість скроневого м'язів на боці ураження, біль іррадіював у щоку. Після проведення селективної анестезії знечулювались рухові гілки нижньощелепного нерва, наставала релаксація скроневого та латерального крилоподібного м'язів, внаслідок чого припинялась компресія щічного нерва. У хворих зникали парестезії та переходив біль у ділянці щоки. Пальпація скроневого та латерального крилоподібного м'язів на відповідному боці була безболісною.

Висновки. Застосування селективної блокади рухових гілок нижньощелепного нерва, що призводить до релаксації жувальних м'язів, є ефективним методом в алгоритмі діагностики міогенної прозопалгії з її експресією в щічній ділянці.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПЕРИОДОНТА И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

П.А. Леус

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь*

Актуальность. Болезни периодонта широко распространены среди населения во всех странах мира, отрицательно влияют на физическое (нарушения жевательной функции), социальное и психологическое благополучие человека, а также являются одной из доказанных причин ряда системных заболеваний вследствие хронического орального сепсиса (О.В.Деньга, 2006; Н.А.Юдина, 2012). Ранние стадии периодонтитов проявляются кровоточивостью десен у детей и во многих случаях остаются незамеченными. Болезнь прогрессирует в течение десятилетий, иногда до преклонного возраста пациента. Этиология болезней периодонта, за исключением прояв-

лений системной патологии, до конца не изучена, однако, хорошо известны факторы и индикаторы риска, своевременное устранение которых может существенно замедлить, или стабилизировать процесс на уровне «практически здорового периодонта», с очень медленной постепенной рецессией десны и атрофией альвеолярных отростков челюстей (E.Carranza, 2004). Основным индикатором риска болезней периодонта является микробный зубной налет, накопление и длительная ретенция которого в области десны, в свою очередь, обусловлена поведенческим фактором риска – отсутствием, или неадекватной чисткой зубов. Причинно-следственные взаимосвязи зубного налета и хронических гингивитов доказаны в многочисленных исследованиях, в том числе и в рамках настоящей работы, основанной на данных межгосударственного пилотного проекта «Европейские индикаторы стоматологического здоровья» (Н.И.Смоляр, 2013; М.А.Лучинский, 2013; Л.А.Хоменко, 2015; Л.Ф.Каськова, 2016). Важно заметить, что по аналогии с кариесом зубов, который в ряде авторитетных работ определяется как «поведенческая болезнь» (E. Nonkala, 1993), начальная стадия хронического периодонтита в виде кровоточивости десен, также прямо взаимосвязана с нездоровым образом жизни индивидуума – игнорированием рекомендаций по режиму чистки зубов. Однако, данный вопрос изучен недостаточно, что обуславливает противоречивые мнения не только среди врачей-стоматологов, но и научных школ по периодонтологии.

Целью настоящей работы было изучение возможных взаимосвязей распространенности кровоточивости десен у подростков 15 лет с их самооценкой соблюдения рекомендованного режима чистки зубов.

Методы исследования. В межгосударственном пилотном проекте «Европейские индикаторы стоматологического здоровья» в 21 местности 8 стран была проведена аналитическая эпидемиология начальной стадии болезни периодонта по симптому кровоточивости десен среди школьников ключевой возрастной группы – 15 лет. В каждой местности обследованы 100 и более детей, используя систему EGONID-2005. Стоматологическое исследование детей было проведено под руководством и непосредственным участием высококвалифицированных специалистов (см. Табл.) по единой методи-

ке, рекомендованной ВОЗ – 2013. В Минске сделан ретроспективный анализ описательной эпидемиологии болезней пародонта у подростков в сравнении с результатами настоящей работы с нашим участием. Данные распространенности кровоточивости десен у 15-летних подростков получены исключительно для обозначенной выше цели исследования и не могут рассматриваться в качестве ситуации для конкретной местности и/или страны.

Результаты и обсуждение. В таблице обобщены данные распространенности кровоточивости десен среди подростков 15 лет и результаты анкетирования этих же детей по вопросу соблюдения режима двухразовой чистки зубов. Распространенность кровоточивости десен у обследованных детей варьировала от 13% до 98%. Нельзя исключать различий в использовании метода ВОЗ-2013 при определении кровоточивости десен («есть», или «нет», при легком зондировании десневого желобка пуговчатым зондом), а также фактора выборки школ и детей, однако, более вероятно, что исследованные подростки были в разной степени подвергнуты влиянию гигиены полости рта на состояние пародонта. Достаточно очевидные взаимосвязи кровоточивости десен и упрощенного индекса гигиены ОНІ-S по Грину-Вермильону были определены исследователями в данном проекте ранее. В то же время, не всегда зубной налет можно обнаружить у подростка, информированного о врачебном осмотре. В этой связи, эксперты ВОЗ в последнем методическом руководстве по эпидемиологии болезней пародонта исключили необходимость определения индексов гигиены рта и зубного камня. Кровоточивость десен, как часть СРІ (коммунального пародонтального индекса) позволяет более объективно оценить подвержен ли ребенок влиянию фактора риска – микробному зубному налету, т.е. регулярно ли он чистит зубы. Последнее, мы определяли, также, согласно рекомендации ВОЗ – методом анкетирования. В анкете нужно было указать чистит ли исследуемый индивидуум зубы и, если «да», то сколько раз в день.

Согласно полученным данным, 98-100% 15-летних школьников чистят зубы, из них 52% регулярно 2 раза в день, 38% – 1 раз в день, остальные – изредка. Анализируя результаты анкетирования, мы исходили из известной рекомендации стоматологов о регулярной ежедневной двухразовой чистке зубов. Теоретически, соблюде-

ние данной рекомендации должно в большей мере способствовать устранению фактора риска – зубного налета – и, соответственно, распространенность кровоточивости десен будет меньшей. Практически же, по нашим данным, такая взаимосвязь прослеживается только в нескольких местностях: Новосибирске, Кишиневе, Львове. Также редко можно предположить, что чем меньший процент подростков соблюдает рекомендованную двухразовую чистку зубов, тем у большего процента детей наблюдается кровоточивость десен: Душанбе, Ереван, Санкт-Петербург. В остальных 15 местностях установить прямые, или обратные взаимосвязи изучаемого поведенческого фактора и кровоточивости десен было невозможно.

Таблица

Распространенность кровоточивости десен у 15-летних подростков и соблюдение ими рекомендованного режима двухразовой чистки зубов

Местность	Процент детей		Исследователи (руководители проектов) и даты публикаций их работ
	2-х-разовая чистка	Кровоточивость десен	
Алматы	60 55 71 –	30 49 41 21 87	Ермуханова Г.Т., 2016
Бишкек	26 31 65 56	44 51 98 42 15	Калбаев А.А., 2013
Воронеж	67 58 58 65	25 27 37 22 74	Ипполитов Ю.А., 2016
Днепр	61 84 60 64	74 49 70 59	Ковач И.В., 2015
Душанбе	31 61 24 21	26 13	Турдыев Б.З., 2015
Ереван	22		Манрыкян М.Е., 2013
Ижевск			Шакирова Р.Р., 2016
Киев Киров			Хоменко Л.А., 2015
Кишинев			Синицына А.В., 2016
Львов Минск			Спиной А.Ф., 2016
Москва			Смоляр Н.И., 2013
Новосибирск			Жугина Л.Ф., 2013
Одесса Омск			Кисельникова Л.П., 2013
Полтава			Нарыкова А.А., 2013
Самара			Деньга О.В., 2013
Санкт-Петербург			Скрипкина Г.И., 2016
Тернополь			Каськова Л.Ф., 2016
Тирасполь			Хамадеева А.М., 2013
			Сатыго Е.В., 2014
			Лучинский М.А., 2013
			Рябцева И.М., 2013

Очевидна необходимость дальнейших исследований данной проблемы методом экспериментально-аналитической эпидемиологии. На это косвенно указывают ретроспективные данные распространенности кровоточивости десен у 15-летних подростков г. Минска (рис.).

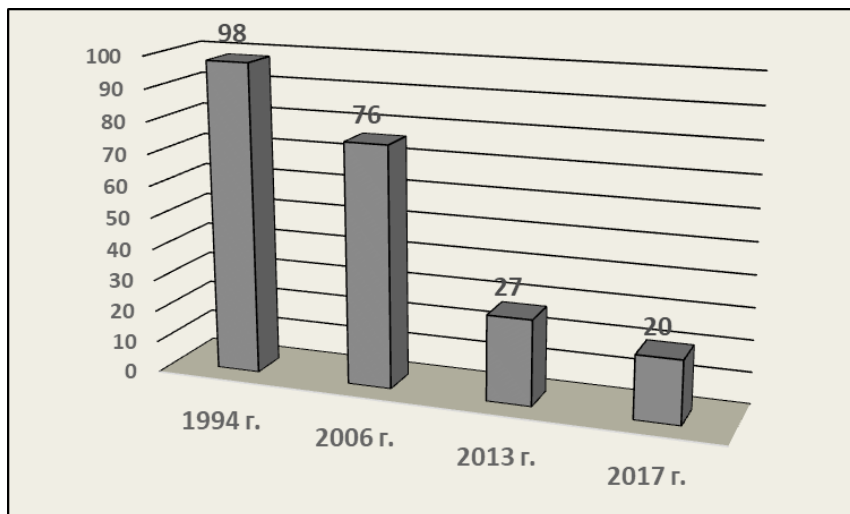


Рисунок. Динамика распространенности кровоточивости десен (в %) по индексу CPI у 15-летних подростков г. Минска за период с 1994 по 2017 гг. (ссылки на исследования – в тексте).

В 1994 г. у 98% школьников была определена кровоточивость десен и более тяжелые симптомы болезней пародонта по индексу CPI (Л.Г.Борисенко, 1994). В последующие годы распространенность кровоточивости постепенно уменьшилась до 20% в 2017 г. (Т.Н. Терехова, 2017). Процент 15-летних детей, соблюдающих 2-разовую чистку зубов в данный период наблюдений был в пределах 55-65%. Но важно отметить, что с 1998 г. в Беларуси реализуется государственная программа профилактики кариеса зубов и болезней пародонта, которая включает обучение и контроль гигиены рта школьников. Можно предположить, что не количество, а умение тщательно чистить зубы имеет важное значение в профилактике болезней пародонта.

Заключення. Данніе о распространенности кровоточивости десен у 15-летних подростков подтверждают повсеместное существование проблемы ранних проявлений болезней пародонта среди детей школьного возраста. Несоблюдение режима двухразовой чистки зубов не является доказательным поведенческим фактором риска возникновения хронического гингивита. Можно предположить, что не количество раз в день, а качество гигиены более важно для профилактики болезней пародонта и это возможно путем обучения здоровым навыкам в школе в рамках программы профилактики.

УДК 616.31-018.4-02:616.61-008.9]-053.2

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ю.І. Лучинська, В.М. Лучинський, Б.О. Паласюк

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
lyshunskiyvm@tdmu.edu.ua*

Аналіз літературних джерел свідчить, що дистрофічно-деструктивні процеси у тканинах ротової порожнини, обмінні процеси в кістковій тканині альвеолярного гребеня пов'язані зі структурно-функціональним станом кісткової системи, а також з активністю метаболічних процесів й інтенсивністю ремоделювання кісток скелета.

Метою роботи було дослідження стану кісткової тканини нижньої щелепи у дітей зі стоматологічними захворюваннями, які хворіють дисметаболічними нефропатіями.

У результаті вивчення структурно-функціонального стану кісткової тканини за допомогою ехоостеометрії встановлено, що у дітей без стоматологічних захворювань відмічали найменшу швидкість проходження ультразвуку в кістковій тканині ($11,98 \pm 0,22$ мкс). При цьому в осіб зі стоматологічними захворюваннями на тлі дисметаболічної нефропатії, мешканців умовно екологічно чистого району

ну, час проходження ультразвуку в кістковій компоненті пародонта збільшувався до $12,67 \pm 0,21$ мкс. Найвищу швидкість проходження ультразвуку відзначали у дітей зі стоматологічними захворюваннями, які проживали в екологічно несприятливому регіоні – $13,01 \pm 0,20$ мкс. Однак отримані дані у цій групі не відрізнялись статистичною достовірністю від значень швидкості проходження ультразвуку в альвеолярному відростку нижньої щелепи у дітей зі стоматологічними захворюваннями на тлі дисметаболических нефропатій з екологічно чистого регіону.

Таким чином, у результаті проведених досліджень можливо констатувати, що залежно від екологічних факторів місця проживання та наявності соматичної патології, збільшується швидкості проходження ультразвуку по кістковій тканині альвеолярного відростка нижньої щелепи. Зі збільшенням віку зростає швидкості проходження ультразвуку в кістковій тканині, причому в дітей зі стоматологічними захворюваннями на тлі дисметаболических нефропатій з екологічно несприятливого регіону цей процес відбувається інтенсивніше. Отримані дані можуть свідчити про зниження щільності кісткової тканини у дітей із захворюваннями тканин порожнини рота на тлі як соматичної патології, так і внаслідок дії негативних чинників навколишнього середовища.

УДК 616.314-07+616.314-002

СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

**М.А. Лучинський, Л.В. Пясецька, В.М. Лучинський,
М.С. Залізняк**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
luchynskyy@tdmu.edu.ua*

Дані літературних джерел свідчать, що нестача есенціальних хімічних елементів створює несприятливі умови для розвитку та мінералізації зубів, що призводить до ураження їх карієсом. Проведені

клінічні дослідження дітей вказують на погіршення стоматологічного здоров'я школярів, які проживають у регіоні з низьким вмістом макро– та мікроелементів та нестачею йоду в об'єктах довкілля, що проявляється у високих числових значеннях показників поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових і постійних зубів, у великій частоті тяжкого перебігу каріозного процесу із значною кількістю деструктивних форм каріозного ураження зубів, що призводить до раннього їх видалення.

Метою нашого дослідження було вивчення показників мінерального обміну у дітей зі стоматологічними захворюваннями.

Біохімічний аналіз маркерів кісткового метаболізму у дітей зі стоматологічними захворюваннями, довів наступне:

у дітей з карієсом зубів спостерігається незначне зниження рівня Ca^{+} та загальної лужної фосфатази ($p \leq 0,001$) та збільшення показників фосфору ($p \leq 0,001$), що, можливо, пов'язано з активізацією обмінних процесів, які підтримуються системою гормональної регуляції кальцій-фосфорного гомеостазу;

у дітей із захворюванням пародонта визначали достовірне зменшення показників Ca^{+} ($p \leq 0,001$) при достовірному збільшенні вмісту P^{+} та лужної фосфатази ($p \leq 0,001$), що, можливо, пов'язано з недостатністю Ca^{+} у крові дітей, яке призводить до стимуляції секреції паратгормону, який збільшує вихід кальцію з кісткового депо, в тому числі з кістки альвеолярного паростка, що у свою чергу посилює перебіг запальних захворювань пародонта. Підвищення концентрації Ca^{+} сприяє звільненню ферменту лужної фосфатази, а активність лужної фосфатази пропорційна концентрації неорганічного фосфору;

у дітей з поєднаною патологією визначалось більш інтенсивне достовірне зниження рівня Ca^{+} та лужної фосфатази при збільшенні P ($p \leq 0,001$), що пов'язано з посиленням резорбції кісткової тканини та насамперед з виснаженням компенсаторних захисних механізмів, що призводить до пригнічення формування кісткової тканини та зниженню активності остеобластів.

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

**М.А. Лучинський, В.М. Лучинський, О.В. Шкумбатюк,
Ю.І. Лучинська, Л.О. Пацкань**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
luchynskyy@tdmu.edu.ua*

Однією з найактуальніших проблем медичної науки в Україні є стан здоров'я населення, в тому числі його складової – стоматологічного здоров'я. Особливе занепокоєння викликає висока поширеність стоматологічних захворювань у всі вікові періоди, насамперед значна ураженість твердих тканин зубів й аномалій зубощелепної системи у дітей.

Метою нашої роботи було розробка та встановлення надійності способу доклінічної діагностики зубощелепних аномалій, як складової рівня стоматологічного здоров'я.

Для вивчення комплексного впливу чинників ризику на ймовірність виникнення зубощелепних аномалій методом логістичної регресії проведено виокремлення чинників, що при поєднаній дії провокують ризик появи захворювання. Отримані фактори розподілили на 4 підгрупи: анамнестичні дані, генетично детерміновані показники, показники мінерального обміну та метаболізму кісткової тканини, а також денситометричні дані. Встановлено, що існує 21 чинник, які при поєднаній дії обумовлюють виникнення зубощелепних аномалій у дітей. Достовірність обчислених коефіцієнтів перевірено за допомогою методу Вальда, а цілої моделі – за допомогою ксі-квадрату, значення якого 37,62 вказує на те, що модель є достовірною з вірогідністю помилки менше 5 % ($p < 0,05$).

Для практичного втілення опрацьованої системи щодо прогнозування виникнення зубощелепних аномалій у дітей було опрацьовано електронну програму, яка надає змогу автоматично розрахувати ризик виникнення патології у конкретної дитини. Програму розроблено таким чином, щоб можна було спрогнозувати значення ризи-

ку виникнення зубощелепних аномалій виходячи із інформації про існуючі досліджені чинники. Опрацьована програма являє собою файл, який відкривається в «Microsoft Excel», що входить до пакету «Microsoft Office». Суть розробки полягає у простому способі розрахунку лікарем стоматологом індивідуального ризику виникнення зубощелепних аномалій у конкретної дитини шляхом введення інформації про встановлені фактори ризику. Програма одразу розрахує індивідуальний ризик та графічно продемонструє у якій групі ризику перебуває дана дитина.

УДК 616.314 – 089.28/.29 – 071:616 – 036.864 – 037

ОЦІНКА СТАНУ ОПОРНИХ ЗУБІВ ТА ЯКОСТІ КОРОНОК ТА МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ У НАЙБЛИЖЧІ ТА ВІДДАЛЕННІ ТЕРМІНИ КОРИСТУВАННЯ

Б.Р. Маланяк², А.Ю. Кордіяк¹

*¹ Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

*² Львівський медичний інститут,
e-mail Bogdanmalanyak@gmail.com*

Вступ. Одним з основних завдань у сучасній стоматології є підвищення ефективності ортопедичного лікування завдяки впровадженню нових матеріалів і технологій, вибору адекватних методів діагностики та підготовки до протезування (Л. Голик, 2002; О. М. Вахненко, 2009; В. Ю. Стеценко, 2013). Зростає також рівень запитів та очікувань пацієнтів щодо естетичних і функціональних властивостей зубних протезів. (А. Г. Крячко, 2010; В. А. Лабунець, 2011; І. В. Янішен, 2015). У той же час, за даними рентгенологічного аналізу, у приверхівкових тканинах 20 – 65% зубів через декілька років після ендодонтичного лікування виникають деструктивні зміни (Н. М. Дидик, 2008; М. В. Голейко, 2010; О. І. Купчак, 2015). Так, через 3 роки після депульпування у 34% зубів, які були інтактними до протезування, виникли деструктивні зміни в кістковій тканині

(Н.М. Дидик, 2015). Отож, необхідно не лише запровадити єдині критерії оцінки якості і методи контролю виготовлення зубних протезів, але й удосконалити заходи щодо збереження життєздатності пульпи на етапах виготовлення незнімних зубних протезів, що й визначило актуальність нашого дослідження.

Мета даної роботи – з’ясувати вплив клінічних та технологічних чинників на результати ортопедичного лікування при найближчих та віддалених спостереженнях.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані первинної медичної документації 334 пацієнтів, які звернулися для консультації на кафедру ортопедичної стоматології та у відділення ортопедичної стоматології №1 Стоматологічного медичного центру (СМЦ) ЛНМУ імені Данила Галицького упродовж 2014 – 2017 років. Опис ендодонтичного статусу та стану приверхівкових тканин зубів був проведений за даними огляду зубних рядів та ортопантограм. Критеріями зниження якості 1235 незнімних конструкцій – 648 штучних коронок (повних металевих і комбінованих), 587 мостоподібних протезів (штамповано-литих паяних, суцільнолитих комбінованих) у ранньому (до 24 міс.) та віддаленому (понад 24 міс.) періодах користування були: зміни кольору, дефекти поверхні, порушення фіксації, порушення анатомічної форми, втрата цілісності конструкції. Дані обстеження з відповідними додатками були внесені до медичних карт стоматологічних хворих (форма 043/о).

Результати та обговорення. Як відомо, річні звіти лікувально – профілактичних закладів (форма 20, затверджена наказом МОЗ № 378 від 10.07. 2007) містять зведені дані щодо кількісних показників роботи за окремими лікарськими спеціальностями. Саме тому проаналізувати найближчі та віддалені результати комплексного стоматологічного лікування можна лише на підставі своєчасних і повноцінних записів у відповідних формах первинної медичної документації. Так, за даними медичної статистики СМЦ у 2014 – 2017 роках у Львівській області мостоподібні конструкції склали 22,4 %, а штучні коронки – 49 % від усіх виготовлених протезів. Згадка про те, що за сучасними технологіями (суцільнолиті, керамічні) у вказаний період були виготовлені лише 9,5 % від усіх зубних протезів, спонукає до регулярного проведення оцінки їхньої якості. Серед обстежених зубів

2530 були покриті коронками, (у т.ч. 1882 – опорними мостоподібних конструкцій). Ендодонтично лікованими були 1467 (58%) зубів, а 1063 (42%) зубів не мали ознак ендодонтичного втручання. Ознаки хронічного верхівкового періодонтиту – одного з основних чинників, що мають вплив на віддалений результат ортопедичного лікування – серед ендодонтично лікованих зубів, покритих коронам, мали 616 (42%), і 117 (11%) – серед нелікованих зубів, що склало 733 (29%) від усіх обстежених зубів. Слід зазначити, що ознаки руйнування коронкової частини при зондуванні та на рентгенограмах були виявлені у 183 (13%) ендодонтично лікованих зубів. Найбільш частою ознакою зниження якості штучних коронок були: зміни кольору-190 (29,3%), дефекти поверхні- 167 (25,8%), порушення фіксації- 119 (18,3%), анатомічної форми-107 (16,5%), втрата цілісності (тріщини, злами конструкції) – 65 (10,0 %). Найчастіше на зниження якості мостоподібних протезів вказували зміни кольору лікування – 156 (26,6%), дефекти поверхні – 141 (24,0%), порушення фіксації – 113 (19,2%), порушення анатомічної форми – 95 (16,2%) і втрата цілісності (тріщини, злами) конструкцій – 82 (14,0%). Серед випадків зниження якості штучних коронок 61 (9,4%) припадає на ранній період спостереження, а 587 (90,6%) – віддалений період. Серед мостоподібних протезів 76 (12,9%) випадків припадає на ранній, а 511 (87,1%) – віддалений період спостереження. Прогностично важливими, на наш погляд, є повідомлення Н.М. Дидик (2008) про те, що лише 16 – 20% ендодонтично лікованих зубів можуть одразу прийматися до плану протезування, а решта 80 – 84% потребують обов'язкового передпротезного ендодонтичного лікування з метою корекції обтурування корневих каналів, попередження та лікування хронічного верхівкового періодонтиту. За результатами нашого дослідження було складено рекомендації про заміну/зміну конструкції 48 (7,4 %) штучних коронок і 214 (36,4 %) мостоподібних протезів, у інших випадках – про подальші спостережень або корекцію зубних протезів.

Висновок. Поєднаний вплив ендодонтичного статусу, клінічних і технологічних причин зниження якості штучних коронок і мостоподібних протезів вказує на необхідність опрацювання комплексного підходу до планування і контролю за проведенням стоматологічного ортопедичного лікування.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з опрацюванням і клінічним впровадженням методики комплексної оцінки стану зубних рядів і якості зубних протезів, як основи для рекомендаційних висновків стосовно необхідності повторного передпротезного лікування, а також заміни чи зміни конструкцій зубних протезів

УДК 616.314.25-007.481-092:08

БІОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗУБНИХ РЯДІВ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

О.В. Мандич

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної
стоматології факультету післядипломної освіти,
Волинська філія (м. Луцьк)
dr.mandych@gmail.com*

Вступ. Різноманітність етіопатологічних факторів і клінічних проявів зубощелепних аномалій та деформацій потребує додаткових об'єктивних методів дослідження для уточнення діагнозу, з яких найбільш ефективним та доступним є аналіз діагностичних моделей та рентгенографія. В процесі додаткового обстеження визначаються величина недостатності місця в зубній дузі для аномально розташованих та ретинованих зубів, ступінь звуження та вкорочення всього зубного ряду та його фронтального відділу та ступінь зменшення апікального базису. Антропометричні методи дослідження ортодонтичних пацієнтів дозволяють точно класифікувати аномалії зубів, зубних рядів, апікальних базисів щелеп, визначати розміри апікальних базисів щелепних кісток та встановити симптомокомплекс морфологічних змін зубощелепної системи.

Мета дослідження – провести антропологічний аналіз вимірювання моделей щелеп у пацієнтів зі скупченістю зубів на тлі хронічного катарального гінгівіту.

Матеріали і методи дослідження. У зв'язку з цим, ми провели вимірювання діагностичних моделей 104 осіб віком 18–35 років з

наявністю скупченості зубів у фронтальному відділі верхнього та нижнього зубних рядів із співвідношенням по I класу за Енглеєм.

Антропометричні обстеження діагностичних моделей щелеп 18–35 річних пацієнтів зі скупченістю зубів на тлі хронічного катарального гінгівіту проводили за допомогою методів Тона (Tonp), Понта (Pont), Коркхауза (Korkhauz) і Нансе (Nance) (таблиця 1). Отримані біометричні дані порівнювали зі значеннями середньостатистичної норми та опрацьовували статистично.

Результати дослідження та їх обговорення. Дані, отримані у ході антропометричного аналізу гіпсових моделей щелеп свідчили про пропорційне співвідношення розмірів різців ВЩ та НЩ, незалежно від віку пацієнтів. Так, у 18–26 річних обстежених співвідношення розмірів фронтальних зубів складало, за методом Тонп, $1,39 \pm 0,07$, та у 27–35 річних осіб – $1,37 \pm 0,06$. При цьому, отримані значення в обох групах дослідження не відрізнялись статистичною значущістю від середньостатистичної норми – $1,33 \pm 0,05$, $p > 0,05$.

Вивчення діагностичних моделей щелеп за методом Pont, дозволило встановити звуження бокових відділів зубних рядів верхньої та нижньої щелеп. Звертало увагу, що у 18–26 річних пацієнтів щелепи у ділянці премолярів були на 4,37 мм вужче на верхній щелепі ($37,00 \pm 2,50$ мм проти $32,63 \pm 2,90$ мм, $p > 0,05$) та на 5,09 мм на нижній щелепі ($37,00 \pm 2,50$ мм проти $31,91 \pm 3,03$ мм, $p < 0,01$) стосовно значень середньостатистичної норми.

Аналіз ширини зубних рядів у 18–26 річних пацієнтів виявив незначне звуження щелеп у ділянках молярів: на 1,64 мм та на 2,45 мм на верхній та нижній щелепах, відповідно. Однак, статистично значущих відхилень від даних середньостатистичної норми встановити не вдалось, $p > 0,05$.

У пацієнтів віком 27–35 років досліджували звуження щелеп у ділянках премолярів: на 4,12 мм та на 5,03 мм на верхній та на нижній щелепах, відповідно, стосовно нормативних значень, $p > 0,05$. У той же час, у пацієнтів даної групи спостерігали звуження щелеп у ділянках молярів верхньої щелепи на 1,64 мм ($48,37 \pm 2,50$ мм проти $46,73 \pm 3,72$ мм, $p < 0,05$) та на нижній щелепі на 2,46 мм ($48,39 \pm 2,50$ мм проти $45,93 \pm 3,62$ мм, $p > 0,05$).

Таблиця 1

Дані біометричного вимірювання щелеп у пацієнтів молодого віку зі скученістю зубів на тлі хронічно-го катарального гінгівіту

Вік, у роках	Індекс Топп	Індекс Премоляри верхньої щелепи	Індекс Ронт, моляри верхньої щелепи	Індекс Премоляри нижньої щелепи	Індекс Ронт, молярної нижньої щелепи	Індекс Когkhaus, верхня щелепа	Індекс Когkhaus, нижня щелепа	Індекс Nапсе, верхня щелепа	Індекс Nапсе, нижня щелепа
18-26 років	1,39± ±0,07	32,63± ±2,90	46,69± ±3,70°	31,91± ±3,03°°	45,88± ±3,61	17,63± ±1,25	15,94± ±1,67	5,28± ±0,80	4,94± ±0,81
27-35 років	1,37± ±0,06	32,88± ±2,96	46,73± ±3,72°	31,97± ±3,04°°	45,93± ±3,62	17,24± ±1,15	15,70± ±1,12	5,34± ±0,72	4,99± ±0,90
Середнє значення	1,38± ±0,06	32,76± ±2,93	46,71± ±3,71	31,94± ±3,03	45,91± ±3,61	17,44± ±1,20	15,82± ±1,40	5,31± ±0,76	4,97± ±0,86

Примітка. °р<0,05; °°р<0,01 – достовірна різниця значень стосовно даних середньостатистичної норми.

Вимірювання довжини переднього відділку щелеп за методом Korkhaus у 18–26 річних пацієнтів дорівнювало: $17,63 \pm 1,25$ мм на верхній та $17,24 \pm 1,15$ мм на нижній щелепах у ділянці премолярів, однак отримані значення вірогідно не відрізнялись від даних середньостатистичної норми ($p > 0,05$).

У пацієнтів віком 27–35 років спостерігалась аналогічна тенденція, яка характеризувалась незначним зменшенням переднього відділку щелеп, $p > 0,05$. При цьому, дана тенденція в обох групах дослідження засвідчувала першу ступінь укорочення переднього відрізка зубних дуг.

При аналізі дефіциту простору за методом Nance на верхньому і нижньому зубних рядах у двох групах пацієнтів отримані дані свідчили про наявність скупченого положення зубів на верхній і нижній щелепі.

За даними досліджень, у 18–26 річних пацієнтів визначали 2-гу ступінь укорочення зубних рядів, яка складала $5,28 \pm 0,80$ мм на верхній та $4,94 \pm 0,81$ мм на нижній щелепах. У той же час, укорочення зубних рядів у 27–35 річних пацієнтів складало $5,34 \pm 0,72$ мм та $4,99 \pm 0,90$ мм на верхній та на нижній щелепах, відповідно.

Висновки. Отже, у результаті аналізу антропометричного дослідження гіпсових моделей щелеп даного контингенту досліджуваних встановлено: 1. Звуження зубних рядів у ділянках премолярів верхньої та нижньої щелеп 2-го ступеня (> 4 мм). 2. Звуження зубних рядів у ділянках молярів верхньої та нижньої щелеп 1-го ступеня (< 4 мм). 3. Вкорочення переднього відрізка зубної дуги 1-го ступеня (до 3 мм) верхньої та нижньої щелепи. 4. Вкорочення зубної дуги по оклюзійній площині верхньої щелепи 2-го ступеня та нижньої щелепи – 1-го ступеня. При цьому, у середньому, визначалось пропорційне співвідношення ширини коронок верхніх і нижніх різців. Таким чином, отримані дані дозволять вибрати та опрацювати тактику лікування даного контингенту хворих.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

С.А. Маркевич

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль
e-mail: markevych_soan@tdmu.edu.ua*

Актуальність теми. Згідно результатів наукових досліджень останніх років, поширеність стоматологічної патології серед осіб різного віку складає майже 96-98 % (Н.О. Савичук, 2009, О.В. Клітинська 2015). Поширеність карієсу складає 80-82%, захворювання тканин пародонта діагностуються у 65-70% осіб (Н.В. Гасюк, 2015). Некаріозні ураження та патологія слизової оболонки порожнини рота, складають 35-40% в загальній структурі стоматологічних захворювань терапевтичного профілю (А.В. Борисенко, 2008). Поширеність наведених нозологічних одиниць, породжує актуальність питання розробки прогностичних критеріїв розвитку стоматологічної патології.

Метою даного дослідження є розробка предикторів розвитку стоматологічної патології залежно від типу темпераменту індивідуума.

Дані збирали шляхом анкетування, при якому враховували спадковість, характер харчування. Кореляційний аналіз між обраними параметрами проводили із визначенням коефіцієнту кореляції (r) за Спірменом.

Доведено наявність прямого кореляційного зв'язку між холеричним типом темпераменту та травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота (м'яка форма лейкоплакії) із коефіцієнтом кореляції ($r=91$) та меланхолічним типом темпераменту, патологією тканин пародонта ($r=63$). Кореляційний зв'язок ($r=71$) утворювали наступні параметри, а саме сангвіністичний тип темпераменту, спадковість та некаріозні ураження (гіпоплазія емалі). Слід зазначити, відсутність кореляційних зв'язків між каріозним процесом та типом темпераменту індивідуума, що підтверджує на мультифакторну природу даної нозології. Приведений кореляційний аналіз дає можли-

вість розробки психологічних предикторів розвитку стоматологічної патології у осіб вказаного контингенту.

УДК 616-089.882+616-089+616.314.17-008.1

ВИКОРИСТАННЯ КВЕРЦЕТИНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

**Н.П. Махлинець, М.В. Красій, І.З. Чубій, О.В. Довганич,
Л.Ю. Плав'юк**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»*

*Кафедра терапевтичної стоматології, кафедра дитячої
стоматології*

e-mail: marianakrasi@gmail.com

Мета: підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит (ГП) з мілким присінком рота (МПР) шляхом використання кверцетину.

Матеріали і методи: 60 хворих на ГП з МПР, яким проводили тунельну вестибулопластику за О.І. Грудяновим (2006 р.). Хворим І групи (30 осіб) у післяопераційному періоді призначали ранозагоюючий препарат солкосерил (реєстраційне посвідчення №013615/02-2002 02.04.02) 5 г, 1 раз на день аплікацію гелем, який попередньо наносять на стерильну марлеву серветку, протягом 5 днів. Хворим II групи (30 осіб) призначали ранозагоюючий препарат кверцетин (реєстраційне посвідчення №UA /0119/01/01) 1г, 1 раз на день аплікацію гелем, який попередньо наносять на стерильну марлеву серветку, протягом 5 днів.

Результати. За результатами клінічних досліджень у хворих на ГП із МПР двох груп протягом 6 місяців після проведеного лікування спостерігалась позитивна динаміка індексної оцінки тканин пародонта. Через 3 місяці після операції суттєвої різниці між станом хворих двох груп не було. Через 6 міс. у 25 хворих (86%) I групи та 27 (90%) хворих II групи ГПР становила 5-10 мм, в 9 хворих (30%) I

групи та 4 хворих (13,3%) II групи спостерігались рубцеві деформації м'яких тканин присінка рота в ділянці премолярів. У всіх хворих до вестибулопластики встановили наявність дефіциту кровообігу, зниження судинного тонуусу та еластичності судин, а в свою чергу – погіршення трофіки тканин. Морфологічне дослідження між хворими обох груп: у хворих I групи на кінцевий термін спостереження було виявлено в епітелії ясен чітко окреслені базальні клітини, окремі з них мали мітотичні ядра. Епітеліоцити остистого шару виявляли округлі ядра, у цитоплазмі помірна базофільна зернистість. Серед клітин фібробластичного діферону, як у сосочках, так і в підлеглій ділянці, переважали фіброцити. Водночас ми виявили в цих ділянках і фіброласти, які можна віднести до колагенобластів I типу, які синтезують колаген, що підтверджує присутність в їхній цитоплазмі розширених цистерн гранулярної ендоплазматичної сітки, із дрібнозернистим вмістом. У хворих на ГП II групи через 3 міс. після операції будова слизової оболонки в нормувалася. Епітеліальна пластинка виявляла звичайну будову базальних епітеліоцитів, більш активними стали епітеліоцити остистого шару (у клітинах чітко ідентифікувались ядерця). Колагенові волокна тут виявлялися тонкими і мали поздовжній напрямок. Серед клітинного компоненту пухкої сполучної тканини вирізнялися юні, малодиференційовані і активні фіброласти. Макрофаги траплялися рідко. Ознак інфільтрації іншими клітинами не виявлено. Фіброласти за електронномікроскопічними ознаками належать до колагенобластів II типу. Характерним для їх будови є присутність у цитоплазмі великої кількості цистерн гранулярної ендоплазматичної сітки, яка відповідає за синтез білкових сполук і, зокрема, колагену.

Висновки: Використання ранозагоюючого препарату кверцетин у комплексному лікуванні хворих на ГП з МПР попереджує появу рубцевих деформацій та стимулює обмінні процеси в тканинах пародонта і зменшує кількість рецидивів.

**ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ МІСЦЕВОЇ
ПРОВІДНИКОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ ВИЛИЧНО
– ЛИЦЕВОГО НЕРВА ІЗ ВРАХУВАННЯМ
ІНДИВІДУАЛЬНО-АНАТОМІЧНИХ
ОСОБЛИВОСТЕЙ ЙОГО РОЗГАЛУЖЕННЯ**

О.Я. Мокрик

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Актуальність теми. Як відомо, чутлива іннервація щелепово – лицевої ділянки (ЩЛД) є доволі складною. В м'яких тканинах обличчя розгалужуються чутливі гілки трійчастого нерва а також шийного поверхневого нервового сплетення (Brennan P.A., et al., 2010; Kim S.A., 2016; Cobof A., 2017). Нерви в суміжних ділянках анастомозують між собою, крім того, в них переплітаються гілки від різних нервових стовбурів трійчастого нерва, який при розгалуженні на обличчі має індивідуальну анатомічну мінливість. За даними В.Н. Шевкуненко, існує два його типи: за першим – переважають гілки верхньощелепного нерва (Золотарева Т.В., Топоров Г.Н., 1968). В таких випадках вилично – лицевий нерв іннервує не лише шкіру виличної ділянки, але й верхню частину щічної. За другим типом домінує нижньощелепний нерв, коли виличний нерв розгалужується лише в одноіменному топографо-анатомічному просторі. Знання топографо – анатомічних особливостей ЩЛД, варіабельності іннервації м'яких тканин обличчя є важливою умовою успішного їх місцевого знеболення. Однак, при традиційному знечуленні вилично-лицевого нерва за відомою методикою (Мигович М.І, 1997), коли вводиться анестетик в ділянку, прилеглу до нижнього зовнішнього краю очниці (на рівні трагоорбітальної лінії), не завжди вдається повністю блокувати гілки цього нерва.

Мета дослідження: вдосконалити методику місцевої провідникової анестезії вилично – лицевого нерва із врахуванням індивідуально-анатомічних особливостей його розгалуження на обличчі.

Об'єкт і методи дослідження. Краніометричні дослідження проводили на 60-ти комп'ютерних томограмах (КТ) лицевих частин че-

репів з їх 3-D реконструкцією, взятих із архівної бази діагностичного центру ТОВ «Абсолют МЕД» Львівської обласної клінічної лікарні. На комп'ютерних томограмах визначали типи будови черепів за черепним індексом, який визначали за формулою Гарсона: розмір ширини черепа / розмір довжини черепа $\times 100$. Проводили підрахунок кількості вилично-лицевих отворів та особливості їх розташування на кожному черепі. Вимірювали по вертикалі та горизонталі залягання цих анатомічних утворів щодо сталих анатомічних орієнтирів: лобно – виличного шва, зовнішнього краю очниці та запропоновано нами анатомічного орієнтиру для вколу голки на лицевій поверхні виличної кістки.

Результати власних досліджень. Доліхоцефалічний тип черепів виявлено у 18 випадках, мезоцефалічний тип визначався при дослідженні 27 черепів, брахіцефалічний тип у 15 випадках. Не залежно від форми черепів спостерігали анатомічну варіабельність чисельності та порядку розташування вилично – лицевих отворів на лицевій поверхні виличної кістки. На мезоцефалічних та брахіцефалічних типах черепів найчастіше виявлено один (48,1 %) та два (53,3 %) отвори відповідно. Три отвори зустрічались рідше – у 14,8 % та 20,0 % випадків. Ці анатомічні утворення у переважній більшості були розташовані в ділянці, прилеглій до нижнього зовнішнього краю очниці. Знаходились на відстані $19,7 \pm 3,8$ мм від вилично-лобного шва. Встановлено, що у доліхоцефалів зустрічаються від одного (22,2 %) до чотирьох отворів (16,7 %), які розташовані вздовж зовнішнього краю очниці, латеральніше від неї на $8,2 \pm 1,4$ мм. Відстань від вилично-лобного шва до цих отворів знаходилась в широкому діапазоні від $24,2 \pm 1,5$ мм до $1,6 \pm 1,3$ мм. Щоб ефективно заблокувати вилично-лицевий нерв біля одноіменних отворів нами розпрацьовано наступну методіку. Для вколу голки визначається анатомічний орієнтир, який знаходиться на перетині двох ліній – вертикальної, проведеної від вилично-лобного шва до нижнього виличного кута та горизонтальної, проведеної від виличної дуги до нижнього краю очниці. Досліджувані отвори знаходяться в межах еліпса, центром якого є місце вколу голки, відстань до отворів по великій напів осі – 18 ± 3 мм, по малій – 7 ± 2 мм. У доліхоцефалів після вколу голка просувається від визначеного орієнтиру на 15 – 20 мм до гори, у на-

прямку до вилично-лобного шва, щоб знечулити всі отвори, розташовані вздовж зовнішнього краю очниці.

Висновок. Для успішного проведення місцевого знечулення гілок вилично-лищевого нерва необхідно враховувати його анатомічну варіабельність розташування на обличчі у хворих, що в значній мірі залежить від їх типу будови черепа.

УДК: 616 – 001+616.31+617.52 – 001

ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ПІДОЧНОЯМКОВОГО ТА ВИЛИЧНОГО НЕРВІВ У ХВОРИХ ІЗ ІЗОЛЬОВАНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ОЧНИЦІ

М.Р. Назаревич, Р.З. Огоновський, О.Я. Мокрик

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Актуальність теми. Серед переломів кісток середньої зони обличчя ізольовані переломи очниці складають 11– 28 % й займають третє місце після переломів виличної кістки й дуги та кісток носа (Николаенко В.П., Астахов Ю.С., 2012; Siritongtaworn P. et. al., 2001; Chang E.W., Manolidis S., 2005; Arangio P. et. al., 2013). За нашими спостереженнями за період із 2014 по 2017 роки, серед хворих, які знаходилися на лікуванні у відділенні щелепно-лищевої хірургії комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова із переломами кісток середньої зони лищевого черепа, ізольовані переломи кісток dna очниці зустрічалися у 8,9 % випадків. При такій локалізації травми обличчя є найбільш характерними наступні клінічні симптоми: диплопія – 58,1%, розлади чутливості м'яких тканин, прилеглих до очниці (гіпестезія, парестезія в зоні іннервації підочноямкового та виличногo нервів) – 35,5%, обмежений рух очей – 9,7%, енофтальм – 3,2% й гематома в ділянці очниці – 32% (Hwang K., 2009), що підтверджується нашими спостереженнями. При «вибуховому» переломі очниці наявність клінічних ознак не-

вриту підчочномкового нерва є важливим патогномотичним симптомом, що вказує на локалізацію перелому кісток на дні очниці (S. Parouliakos, 2006). До основних факторів, що визначають при периферійних травматичних невротіях швидкість і якість спонтанного відновлення порушених функцій і відповідно обсяг та спрямованість лікувальних втручань належать: ступінь пошкодження нервового провідника, рівень ураження, ішемія тканин, характер пошкоджуючого агента. При перетисканні нерва ступінь порушення провідності залежить в першу чергу від тривалості й інтенсивності компресії: при своєчасному видаленні альтеруючих чинників (уламок кістки, чужорідне тіло, гематома і т.д.), ліквідації ішемії та відновлення повноцінної трофіки нервової тканини може спостерігатися швидке і повне відновлення її провідності, тоді як при тривалому здавленні в нервовому стовбурі розвиваються дегенеративні зміни (Hoке А., 2006; William W. Campbell, 2008).

Мета дослідження: вдосконалити діагностику та місцеве лікування травматичних пошкоджень підчочномкового та виличного нервів у хворих із ізольованими переломами очниці.

Матеріали та методи дослідження. Клінічні, рентгенологічні, нейрофункціональні та біохімічні методи дослідження були проведені у 19 хворих, віком від 20 до 65 років із ізольованими «вибуховими» переломами dna очниці. Інтенсивність набряку та крововиливу в ділянках очниць оцінювали за методикою Mohsen Rajati та співавторів (2013), при якій розрізняють легкі, помірні та важкі їх клінічними прояви. Після госпіталізації всім хворим проводили комп'ютерну томографію кісток лицевого черепа із їх 3–D реконструкцією. У хворих виявляли рентгенологічні типи переломів dna очниці згідно класифікації G.F. Fueger та А. Т. Milauskas (1966). Ступені ураження підчочномкового та виличного нервів (з урахуванням динамічного клінічного спостереження) оцінювали за класифікацією Н. Seddon (1943), яка дозволяє визначити ступінь пошкодження нервового стовбура за змінами провідності в кожному його сегменті і виділяють при цьому 3 види ускладнення: нейрапраксію, аксонотмезіс, нейротмезіс. Ступінь пошкодження гілок верхньощелепного нерва визначали за даними електрофізіологічних тестів за методикою Нечаевой Н.К. та співавторів (2014). Показники норми становлять 25-35 мкА.

При значеннях показників електроодонтометрії (ЕОД) зубів – 12-25 мкА і при застосуванні електродіагностики чутливості (електросенсометрії) шкіри обличчя – 45-55 мкА діагностують тимчасове порушення провідності нерва, що свідчить про легкий ступінь пошкодження; ЕОД зубів – 26-50 мкА і електросенсометрія шкіри обличчя – 55-80 мкА – пошкодження сегмента нерва через механічну компресію, ЕОД зубів – 51-100 мкА і електросенсометрія шкіри обличчя 80-150 мкА – повне припинення провідності нервового стовбура. Електроодонтометрію зубів на відповідній стороні верхньої щелепи проводили за допомогою портативного цифрового електроодонтометра «Pulptester» (Тайвань). Електродіагностику чутливості шкірних гілок верхньощелепного нерва здійснювали в місцях їх виходу на поверхню обличчя за допомогою апарату для низькочастотної електротерапії «Радиус-01 ФТ» (Білорусія) в режимі роботи – електростимуляція. У периферійній венозній крові хворих визначали концентрацію нейрон-специфічної енолази (НСЕ), який є нейронспецифічною ізоформою енолази, яка зустрічається в нейронах. Його досліджували імунохімічним методом із електрохемілюмінесцентною детекцією, для цього застосовували аналізатор і тест-систему Cobas 6000, Roche Diagnostics (Швейцарія). Референтне значення НСЕ – до 16,3 нг/мл.

Хворим в гострий період протікання травматичного процесу, при наявності в них вираженого крововиливу в очницю та перифокальних набряків, під час комплексного лікування, для профілактики виникнення спайкових процесів в пошкоджених гілках верхньощелепного нерва, вводили парабульбарно по дну очниці до підочномкової борозни, де залягає одноіменний нерв, фібринолітичний препарат Гемазу (рекомбінантну проурокиназу) – 1 раз на добу, по 5000 МЕ в 0,5 мл 0,9 % розчину хлориду натрію щоденно, упродовж 4 – 5 днів, а розчин Траумелю С вводили до підочномкового отвору по 2,2 мл через добу, 3 рази на тиждень. Препарат чинить протизапальну, анальгетичну, протиексудативну, імунокоригуючу та репаративну дію. Дія препарату базується на активації захисних сил організму і нормалізації порушених функцій за рахунок речовин рослинного та мінерального походження, які входять до складу препарату.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили за допомогою комп'ютерної програми статистичних обчислень «Statistica 8».

Результати власних досліджень. Першу, легку ступінь, невропраксію, виявлено у 13 пацієнтів. Травма нерва, ймовірно, була обумовлена компресією нервового стовбура за рахунок вираженого набряку та гематоми. Променеве дослідження фіксувало безпосереднє проходження перелому через підчочномковий канал у 5 випадках, а у 8 пацієнтів виявлено лінію перелому, яка перетинала підчочномкову борозну. Такі хворі мали за рентгенологічною класифікацією G.F. Fueger та A. T. Milauskas другий, четвертий та шостий типи переломів. Вміст у крові концентрації нейрон-специфічної енолази не виходив за верхню межу норми – $14,5 \pm 2,3$ нг/мл. Порушення чутливості зубів та м'яких тканин в зоні іннервації підчочномкового та виличного нервів у всіх хворих цієї групи носили тимчасовий характер. Після курсу місцевої терапії препаратом Гемазою та Траумелем С швидше зменшувався набряк м'яких тканин очниці та розсмоктувались гематоми. Чутливість пошкоджених нервів повністю відновлювалася через 3 – 4 тижні.

Наявність аксонотмезису підчочномкового та виличного нервів у 6 пацієнтів став причиною виникнення виражених сенсорних порушень в м'яких тканинах підочної й виличної ділянок, втрати чутливості в зубах на верхній щелепі на стороні пошкодження. Серед виявлених причин цих патологічних змін визначальним було їх перетискання кістковими відламками дна очниці, які були зміщені у верхньощелеповий синус. Дані, отримані при комп'ютерній томографії, повністю корелювали з результатами клініко-електрофізіологічної діагностики. У крові таких хворих зростала концентрація нейрон-специфічної енолази, яка виходила за верхню межу норми – $18,9 \pm 1,7$ нг/мл. У цієї категорії обстежених чутливість, як правило, відновлювалася в повному обсязі через 2,5 – 3 місяці після операцій по реконструкції дна очниці.

Висновки. Застосування електрофізіологічних тестів та дослідження в крові маркера пошкодження нервової тканини – нейрон-специфічної енолази дозволяють визначити ступінь ушкодження підчочномкового та виличного нервів у хворих із ізольованими

переломами дна очниці. Місцеве, поєднане застосування фібринолітичного препарату Гемази та гомеопатичного засобу Траумель С в комплексному лікуванні прискорює ліквідацію клінічних симптомів запалення, розсмоктування гематоми очниці та попередити розвиток хронічного невриту підочноямкового й виличного нервів.

УДК 616.311.2-002.2-085:615.451.34

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ORAL BLUE»
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ТКАНИН ПАРОДОНТУ**

**З.Ю. Назаренко, І.М. Ткаченко, І.Я. Марченко,
Л.І. Ляшенко, Н.М. Браїлко**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава
e-mail: zoryana.nazarenko@gmail.com*

Лікування захворювань тканин пародонту є однією з найбільш важливих і складних проблем стоматології, актуальність якої обумовлена високою розповсюдженістю даної патології, виникненням в організмі вогнищ хронічної інфекції, передчасною втратою зубів, зниженням психоемоційного статусу та працездатності хворих. Хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) є найбільш поширеною патологією серед запальних захворювань тканин пародонта, розповсюдженість якої досягає 98%, вражаючи переважно осіб молодого віку.

Слід відмітити, що одним із головних етіологічних факторів, який призводить до виникнення запальних захворювань тканин пародонта, вважають бактеріальну мікрофлору, яка приймає участь у формуванні бактеріальної бляшки. Тому цілком обґрунтованим є пошук нових методик лікування хронічного катарального гінгівіту, спрямованих на дану ланку патологічного процесу.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності терапії ХКГ з використанням у схемі комплексного лікування препарату «Oral Blue» на основі антисептику «Troklosene». Об'єктами клінічних спостережень стали 24 хворих на ХКГ середнього ступе-

ню тяжкості, які не мали загально-соматичної патології. ХКГ діагностували відповідно до загальноприйнятих клінічних критеріїв.

Препарат «Oral Blue», розроблений для дезінфекції ротової порожнини та боротьби з патогенними мікроорганізмами, має формулу, яка підвищує контакт із слизовою оболонкою та має здатність потрапляти в біоплівку і порушувати її цілісність за рахунок утворення активного хлору, який сприяє усуненню зубного нальоту. Ефективність проведеного лікування визначали на підставі динаміки клінічних показників до та після завершення курсу лікування.

Ефективність комплексного лікування ХКГ препаратом «Oral Blue» склала 97,8%, що підтверджується динамікою клінічних показників. Після курсу комплексної терапії достовірно зменшувалися значення ГІ ОНІ-S Green-Vermillion від $2,63 \pm 0,59$ до $0,33 \pm 0,03$ ($p < 0,01$); проба Шиллера-Писарева у хворих змінилася від позитивної до негативної ($p < 0,01$). Значення індексу РМА в модифікації С. Парма після лікування значно зменшилися: від $42,75 \pm 2,42$ до $9,28 \pm 1,28$ ($p < 0,01$). Значення КПІ за П.А. Леусом також суттєво зменшилося – від $0,74 \pm 0,18$ до $0,19 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Індекс кровоточивості за Kотzhhке становив $2,33 \pm 0,25$ до лікування та $0,75 \pm 0,14$ ($p < 0,05$) після лікування; індекс кровоточивості за Muhleman та Son до лікування становив $2,18 \pm 0,24$, після – $0,45 \pm 0,13$ ($p < 0,05$). Значення індексу гінгівіту (ІГ) за Silness-Loe змінилося наступним чином: від $1,68 \pm 0,27$ до $0,33 \pm 0,08$ ($p < 0,01$). Проба В.І. Кулаженка до лікування становила: у фронтальній ділянці – $17,91 \pm 1,54$ сек., у боковій – $30,23 \pm 1,83$ сек.; після лікування: у фронтальній ділянці – $36,46 \pm 1,88$ сек. ($p < 0,05$). Індекс периферичного кровообігу за Л.Н. Дєдовою (ІПК) становив $0,29 \pm 0,08$ до лікування, після – $0,45 \pm 0,08$ ($p < 0,05$).

Таким чином, аналізуючи динаміку отриманих клінічних показників, можна дійти висновку, що стан ясен значно покращився в пацієнтів, яким у комплексній терапії хронічного катарального гінгівіту додатково використовували препарат «Oral Blue» на основі антисептику «Troklosene».

**THE STUDY OF PECULIARITIES OF ADDITIONAL
ORAL HYGIENE ITEMS USAGE IN ADOLESCENTS
WITH THE AIM OF INDIVIDUAL PREVENTIVE
MEASURES CORRECTION**

**R. S. Nazarian, V.V. Kuzina, M. V. Tkachenko,
Merdan Rejebov**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv
viktoriya_61@ukr.net*

A high level of approximal caries, registered in adolescents, dictates the need for adequate oral hygienic care. The level of psycho-physiological development of children from this age-related group, allows to use not only the usual variants of toothbrushes, but also, expand the range of additional items for toothbrushing. In recent decades the various modifications of flosses have become widespread. A manual flossing technique is recommended after mandatory instruction about correct using of dental floss and the subsequent control of skills. In general, when choosing accessories for interdental hygiene, the specialist focuses on the density of proximal contacts, condition and shape of the gingival papillae, however, it is necessary to take into account other factors. During the period of mixed dentition, on a background of physiological replacement of temporary teeth with permanent, at orthodontic treatment, when changing the occlusal relationships and rearrangement of periodontal tissue, as well as due to the specific food habits and behavioral stereotypes, which are typical for this age, preventive measures require an additional correction.

Objective. To study of peculiarities of additional oral hygiene items usage in adolescents with the aim of individual preventive measures correction.

Material and methods. 28 adolescents, aged 13-17 years, divided into 2 groups of 14 people each, with the diagnosis of chronic generalized catarrhal gingivitis of mild severity, without comorbidity, were under the supervision. Attention to these patients was also directed in connection with the high intensity of caries of temporary teeth in the anamnesis. Brushing teeth twice a day with a manual brush, was recommended to all

participants of the study. Additionally, after cleaning in the evening, for the interdental spaces, in a group 1 a flossette with a working length of 1.5 cm and in a group 2 – an irrigator of the oral cavity were used. Instruction on the use of these hygiene items was carried out previously. OHI-S (Green-Vermilliona, 1964) and also the API (Lange, 1986) index for determination of plaque on the approximal surfaces were used to assess the hygienic status of the oral cavity. For assessment the periodontal status – the PBI-index (Muhlemann, 1981). Visual assessment of manual skills during manual flossing and using irrigators were performed. Follow-up examinations were conducted after 3 months. The obtained data were subjected to statistical processing.

Results. Dental sanitation was performed prior to the beginning of the research. The value of the OHI-S and API indices corresponded to unsatisfactory oral hygiene in both groups. The PBI-index was at the level of 1-2 degrees in all patients. After the briefing, the participants demonstrated the ability to use additional items for oral hygiene care in sufficient volume. During the control visit, it was found that some of the adolescents from the group 1 refused to use flossing in the region of the lateral teeth of 1 and 2 quadrants due to the subjective feeling of gums injury. Controlled flossing showed a clear violation of the technique of inserting the flosset into the interdental space (at an angle of less than 90°). A visual assessment of the areas of staining in determining both hygienic indices indicated an improvement in the care skills in the frontal region, both on smooth and on proximal surfaces, in contrast to the lateral sector, where the score of API was still high. The PBI-index decreased to 0-1 in the region of the frontal teeth, values remained at 1-2 in the upper lateral areas.

There was no refusal from using the irrigator in group 2. The assessment of hygienic status of the oral cavity corresponded to the gradation «satisfactory» in the frontal and lateral areas. The PBI-index decreased to 0-1 in all areas.

The obtained data showed the effectiveness of irrigators and the difficulty to perform flossing correctly in patients of this age category. This can become an additional traumatic factor for the gingival margin and one of the risk factors for the development of periodontal disease in children.

Conclusions. Imperfection of manual skills when using manual flossing in adolescents can have a significant negative impact on the condition of periodontal disease. Thus, for the category of children and adolescents, the use of irrigators for the oral cavity with an individual choice of the force of the fluid flow should be preferred.

УДК:616.314.11-089.24-14-073.175.004.65

**ОЦІНЮВАННЯ ЗАРОДЖЕННЯ РУЙНУВАННЯ
МАТЕРІАЛІВ МЕТАЛОКЕРАМІКА ТА КОМПОЗИТ,
ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В КОНСТРУКЦІЯХ
ЗУБ-ЕНДОКОРОНКА ЗА ЦИКЛІЧНОГО
НАВАНТАЖЕННЯ**

В.Ф. Макєєв, Р.Р. Павличко

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології*

Вступ. Під час розроблення нових стоматологічних реставраційних матеріалів виробники повинні передбачити властивості цих матеріалів і прогнозувати їх експлуатаційну ефективність у ротовій порожнині. Адже через дію великої кількості циклічних навантажень може статися крихке руйнування матеріалу, яке називають руйнуванням від втоми. Клінічні випробування зазвичай складно виконати – вони дорогі і займають багато часу (до двох-трьох років). Незважаючи на певні обмеження в лабораторних дослідженнях, випробування на циклічні навантаження жувальних рухів є об'єктивним методом для прогнозування клінічної ефективності стоматологічних матеріалів. У наших дослідженнях запропоновано для виготовлення ендокоронки використовувати окрім традиційних матеріалів (прес-кераміка, композит) нетрадиційний (металокераміка).

Методи дослідження. Проведення механічних випробувань за циклічного навантаження стоматологічних матеріалів в установці ВУСМ-500; застосування методу акустичної емісії (АЕ) система SKOP-8M; фрактографічні дослідження зламів стоматологічних ма-

теріалів за допомогою скануючого електронного мікроскопа (СЕМ) ZEISS EVO 40XVP; статистичні методи опрацювання отриманих результатів. Досліджували два типи стоматологічних матеріалів металокераміка (GC Initial MC), композит (Tetric N-Ceram) по 3 штуки у формі дисків товщиною 4 мм та діаметром 16 мм. Дослідження проводили у два етапи: (1) – за циклічного навантаження силою жувального тиску 450 Н; (2) – за циклічного навантаження силою 750 Н. Максимальна кількість циклів 500000, кількість циклів початку руйнування реєстрували за параметрами АЕ.

Результати й обговорення. Розвиток руйнування у металокераміці відбувався внаслідок поступового вищупування окремих прошарків керамічного покриття (фасетки відколу) та локального утворення мікротріщин у місцях ймовірного розташування мікродфектів виготовлення під час пошарового спікання керамічної маси (пор, раковин тощо). У центрі прикладання циклічного навантаження утворилась заглибина еліпсоподібної форми (дно мікрократера). За аналізом акустограм руйнування розвивалось активно після 125 тис. циклів навантаження. Руйнування композита відбувалось внаслідок витиснення зі структури дрібних часток матеріалу та росту мікротріщин вглиб матеріалу. Утворений під індентором мікрократер мав круглу форму з дугоподібними гребенями та мікротріщинами, розташованими від центра до його країв. Очевидно, що таку особливість мікрократера руйнування зумовлює високонаповнена структура матеріалу. За аналізом акустограм руйнування розвивалось активно після 53 тис. циклів навантаження.

Висновки. Під час виготовлення ортопедичних конструкцій зуб-ендокоронка окрім характеристик статичної міцності матеріалів необхідно враховувати їх міцність під дією циклічних навантажень. Вищі показники втомної міцності показали взірці металокераміки GC Initial MC що на 72 тис. циклів навантаження більше ніж в композиту Tetric N-Ceram. Наведені дослідження демонструють важливість стійкості до циклічної втоми оскільки прискорене руйнування поверхні ортопедичної конструкції призведе до втрати оклюзійних пунктів і як наслідок постійної деформації оклюзійної площини.

ВПЛИВ АПРОТИНІНУ НА НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНИЙ НЕРВ ЗА УМОВ ЙОГО ТРАВМАТИЗАЦІЇ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Н.І. Патерега, Р.С. Данькович

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

*Львівський національний університет ветеринарної
медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького*

Актуальність. Одним із серйозних ускладнень хірургічних втручань, що проводять на нижній щелепі, є травмування нижньоальвеолярного (НАН) і язикового нервів. Зокрема, після при видаленні глибоко ретенуваних нижніх третіх молярів у пацієнтів тривалий час утримуються нейропатичні порушення із-за можливого безпосереднього контакту між третім моляром і нервом.

Мета – вивчення місцевого впливу препарату на основі апротиніну на структури нижньоальвеолярного нерва після його травмизації.

Матеріали і методи: У 32 щурів, поділених на 2 групи (дослідна і контрольна) під наркозом моделювали травматичний неврит нижньоальвеолярного нерва шляхом його перетискання впродовж 1 хв. біля ментального отвору. Через 2, 3, 7 і 14 діб по 4 тварини з кожної групи виводили з експерименту і відбирали фрагменти щелепи з ментальним нервом для гістологічного дослідження. Після фарбування гематоксиліном та еозином препарати розглядали під мікроскопом зі збільшенням у 200, 400 та 1000 разів.

Результати. Вже у ранньому післяопераційному періоді (через 48 год. після травми) у тварин дослідної групи морфологічні ознаки гострого невриту (деструктивні зміни нервових волокон, розлади кровообігу – гіперемія, стаз), а також перифокальні запальні зміни були менш вираженими. У зоні пошкодження та дистальному сегменті нерва нагромаджувались невеликі інфільтрати, що включали поодинокі нейтрофіли, лімфоцити та тканинні базофіли, у проксимальній ділянці нерва збільшувалась кількість нейроремоцитів.

На 3-ю добу експерименту на тлі застосування аprotиніну, виявляли збереження цілісності більшості нервових волокон НАН. Реєстрували некротичні зміни лише окремих пучків нервових волокон, незначну інфільтрацію сполучнотканинних оболонок нерва лімфоцитами і макрофагами у ділянках альтеративних змін. У порівнянні з тваринами контрольної групи вираженої поліморфно-клітинної інфільтрації оболонки нерва у ділянці пошкодження не було.

На 7-у добу експерименту у тварин дослідної групи важких морфологічних деструктивних змін значної частини нервових волокон не реєстрували. У порівнянні з тваринами контрольної групи відзначали у меншій мірі виражений набряк основної речовини ендопери- та епіневрію. У зоні пошкодження нервових волокон кількість лімфоцитів і фіброblastів збільшувалась незначно, візуалізувались поодинокі макрофаги.

На 14-у добу у тварин дослідної групи виявляли лише мінімальні деструктивні зміни у окремих пучках нервових волокон НАН. У переважній більшості нервових волокон осьові циліндри були збережені.

Висновки. Проведеними експериментальними дослідженнями встановлено, що місцеве застосування у вигляді аплікації препарату на основі аprotиніну виявляє позитивний нейропротекторний вплив на структури нижньоальвеолярного нерва, зменшуючи деструктивні зміни у окремих пучках нервових волокон зі збереженням осьових циліндрів, а також – на запальні та деструктивні зміни у оточуючих м'яких тканинах.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ СТОМАТИТОМ, ЩО ПОЄДНАНИЙ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ЗА ПОКАЗНИКАМИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

**А.В. Повшенюк, М.М. Шінкарук-Диковицька,
Т.О. Тепла, М.А. Горай, Л.Ф. Курдиш**

*Кафедра терапевтичної стоматології
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова. м. Вінниця, Україна
n.povsheniuk@gmail.com*

Актуальність. Останнім часом особливого значення набувають коморбідні стани, серед яких – поєднання стоматологічних хвороб з ураженнями сполучної тканини. Разом з тим, досі мало уваги приділяють питанням уражень слизової оболонки порожнини рота, поєднаними з ревматоїдним артритом.

Метою дослідження стало визначення клінічної ефективності лікування хворих хронічним катаральним стоматитом, поєднаним з ревматоїдним артритом.

Матеріали та методи. З метою вивчення клінічного стану було проведено обстеження 36 хворих хронічним катаральним стоматитом, поєднаним з ревматоїдним артритом, які звернулися за допомогою на кафедру терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Клінічне обстеження включало опитування і вивчення анамнезу захворювання і життя хворого та проведення основних методів дослідження. Результати обстеження заносили до спеціально розробленої стандартизованої карти.

Всіх хворих розділили на основну групу і порівнювальну по 18 осіб в кожній. До проведення лікування усі клінічні показники були майже ідентичними і значно не відрізнялись між собою.

Для вивчення ефективності лікування обстежених хворих з ураженням слизової оболонки порожнини рота, що поєднані з ревматоїдним артритом, пацієнтам основної групи проводили терапію за

розробленою нами методикою, а в групі порівняння за традиційною.

Усім хворим проводили санацію порожнини рота та усунення місцевих подразнюючих факторів, навчання індивідуальної гігієни порожнини рота. Місцеве лікування основної групи хворих включало: застосування лікувальної зубної пасти Xerostom, препарату «Декатилен», аплікації 5% лініменту циклоферон, полоскання порожнини рота антисептичним препаратом «Октенідол», аплікації гепаринової мазі. Протирецидивне лікування передбачало дотримання дієти, прийом полівітаміну «Алфавіт» і застосування зубної пасти Splat professional ARTICUM. Лікування хворих групи порівняння проводили шляхом призначення зубної пасти «Sensodyne Total Care», полівітамінного препарату «Дуовіт», зрошення порожнини рота препаратом «Орасепт».

Результати. Після вжитих терапевтичних заходів у хворих на хронічний катаральний стоматит, поєднаний з ревматоїдним артритом повне клінічне видужання спостерігали у 16-ти з 18-ти хворих основної групи, що склало 88,9%. На 7-му добу лікування всі пацієнти відзначали зникнення больових та неприємних відчуттів і порушення смаку. Слизова оболонка порожнини рота і язика у зазначених хворих блідо-рожевого кольору без елементів ураження, нальоту, набряку і гіперемії. Подальше спостереження не виявило негативної динаміки клінічного перебігу захворювання. Лише у 2-х хворих чоловічої статі (відповідно з супутньою патологією шлунково-кишкового тракту і серцево-судинної системи), які не відмовились від шкідливої звички паління, стан слизової оболонки порожнини рота залишався на початковому рівні.

У той же час застосування традиційного лікування хворих на хронічний катаральний стоматит сприяло видужанню в 61,1% випадків. У 4-х хворих (22,2%) спостерігали відсутність ефекту лікування, а у 1-го (5,6%) – погіршення стану слизової оболонки порожнини рота: поява додаткових скарг і поглиблення об'єктивних ознак хвороби.

Ефективність лікування хворих основної групи з хронічним катаральним стоматитом склала 88,9%, в той час як в групі порівняння – 61,1%.

Висновки. Отже, проведене лікування за розробленою нами схемою в основній групі сприяло усуненню суб'єктивних відчуттів та

нормалізації клінічного стану слизової оболонки порожнини рота у хворих на хронічний катаральний стоматит, поєднаний з ревматоїдним артритом. Застосування традиційного методу лікування у порівняльній групі хворих не сприяло високому терапевтичному ефекту, на що вказувала незначна розбіжність даних об'єктивного обстеження до та після проведеного лікування.

UDC 616.311.2

**CHARACTERISTIC OF MORPHOLOGICAL
REARRANGEMENT OF GUMS UNDER
THE CONDITION OF DIFFERENT SPECIES
ODONTOPREPARATION UNDER METAL-CERAMIC
STRUCTURES**

V.B. Radchuk, N.V. Hasiuk

*I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil,
Ukraine*

e-mail: gasyuk.natasha@gmail.com

Being part of the system of mucous membranes, the clear epithelium takes an active position in reactive changes induced by irritating factors of the external and internal environment. This makes it possible to consider the changes of gingival epithelial cells for markers of physiological equilibrium and reactivity of mucous membranes, including as an indicator of local and general homeostasis disorders that develop as a result of prolonged exposure to traumatic and bacterial agents. The above data emphasize the relevance of the question of the qualitative changes of the gingival epithelium in the conditions of preparation for metal-ceramic structures.

The purpose of this study was to determine the reactive changes of qualitative parameters of gingival epitheliocytes in the conditions of preparation of hard tissues of teeth under metal-ceramic structures.

The material used for the study was gingival epithelium, taken at patients under different types of odontoparticle. The epithelium was collected with a spatula, followed by transfer to the slide and drying under

open air for 3-5 minutes. The coloration of the material was carried out on the Romanovsky-Gimza, followed by microscopic and morphological analysis.

The cytological composition is represented by cells of the epithelium with signs of irritation, dystrophy and necrobiotic changes. In this case, the cytomorphological characteristic of the cellular composition, due to the presence of a large number of segmental leucocytes of different functional states, corresponds to the picture of chronic catarrhal inflammation.

УДК: 616.314.17-036-085.31:547.995.17

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ГЛІКОЗАМІНГЛІКАНАМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА

А.С. Басіста, В.І. Рожко

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет»*

rozhko_vitalij@bsmu.edu.ua

Представлені літературні дані про патогенетичну роль перекисного окиснення ліпідів свідчать про доцільність призначення антиоксидантної терапії, що буде направлена на ліквідацію деструктивної дії патологічних процесів на тканини пародонта. Метою дослідження було оцінити ефективність проведеної терапії глікозамінгліканами за індексами РІ та АРІ.

Клінічні дослідження були проведені у 90 пацієнтів віком 23-45 років (54 – основна група і 36 – контроль). Хронічний катаральний гінгівіт діагностували у 24 осіб, хронічний генералізований пародонтит легкого ступеня у 38 пацієнтів, ХГП середнього ступеня у 28 осіб. В обох групах обстеження та лікування були однаковими, але в основній групі (60% хворих) додатково призначали курс препарату «Theraflex» (Sagmel, Inc., США) протягом 20 днів по 1 капсулі 3 рази на день (500 мг глюкозамін гідрохлориду та 400 мг натрію хондроїтин сульфат).

В групі контролю через 7 діб після лікування значення індексу АРІ було $53,19 \pm 2,43$. Через 21 та 30 днів АРІ знизився з $53,47 \pm 1,64$

до $40,16 \pm 1,52$ ($p < 0,05$). В основній групі у відповідні терміни спостереження індекс API склав $50,34 \pm 1,21$, $36,42 \pm 1,06$ і $33,45 \pm 1,54$ відповідно, що в середньому було на 35,4% вище, ніж у контрольній групі. В результаті оцінки редукції індексу PI встановили, що через місяць показники зменшилися в середньому на 17,52% у контрольній групі та на 28,12% в основній групі ($p < 0,05$).

Використання глікозамінгліканів в комплексній терапії збільшує період ремісії та оптимізує окиснювально-відновні процеси, ПОЛ та регенерацію в тканинах пародонту.

УДК : 616.314.163-08-06-084

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПІ ХЕМО-МЕХАНІЧНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ

Х.Т. Сидорак

*НМАПО імені П.Л. Шупика, Інститут стоматології,
м. Київ.*

x.sydorak@gmail.com

За даними вітчизняних досліджень, проведених на базі українських стоматологічних закладів, відсоток успішного первинного ендодонтичного лікування дуже низький і складає всього 24% [5], 18.7% [3], 53.6% [6], відповідно всі інші випадки відносяться до «сумнівного результату» або «неуспіху» лікування.

Разом з тим, індивідуальні показники успішного ендодонтичного лікування і позитивний прогноз свідчать про високий професіоналізм окремих сучасних ендодонтистів і можливість досягнення позитивних результатів у 90% випадків [1, 2, 4, 5, 6].

Лікування ендодонтичної патології складається з трьох основних етапів: механічної обробки, медикаментозної обробки і пломбування кореневих каналів.

Метою хемо-механічної обробки системи кореневих каналів є [9, 10]:

- видалення вітальної або некротизованої пульпи і предрентину;
- дезінфекція, тобто максимально повне усунення мікроорганізмів та продуктів їх життєдіяльності;

– надання каналу конічної форми для кращої адаптації кореневої пломби.

Проведення адекватного і ефективного препарування є важким клінічним завданням і вимагає достатніх мануальних навичок і досвіду. За останні роки, в зв'язку із запровадженням супереластичних нікель-титанових сплавів, широке застосування отримали ротаційні нікель-титанові ендодонтичні інструменти. Без сумніву, вони дуже ефективні при відповідному застосуванні лікарем, який володіє достатніми знаннями і пройшов відповідну підготовку [10, 11]. Однак, масова популяризація цих інструментів потягнула за собою ряд проблем. Очевидна технічна простота в застосуванні привела до того, що стоматологи перестали зважати на біологічні принципи ендодонтичного лікування зубів. Головне правило механічного препарування кореневого каналу – максимальне збереження істинної анатомії кореневого каналу та попередження зміщення його просвіту від центру [8, 9, 11, 12].

Не зважаючи на найновіші винаходи в галузі ендодонтичних інструментів, механічна обробка корневих каналів залишається великим випробуванням для лікарів-стоматологів. Завжди залишається темою для різноманітних досліджень, як уникнути різного роду процедурних помилок, що в подальшому стають на заваді позитивним наслідкам лікування.

За аналізом літературних джерел, найпоширенішими ускладненнями інструментальної обробки корневих каналів зубів є [7, 9, 10]:

Транспортація кореневого каналу (випрямлення стінок, надлишкове препарування, транспортація апікального отвору);

Виведення в періодонт пломбувальних матеріалів, дезінфікуючих засобів і вмісту кореневого каналу, внаслідок неправильного визначення робочої довжини каналу;

Перфорація стінки кореневого каналу;

Злам інструменту в кореновому каналі;

Відсутність апікального герметизму в кореновому каналі внаслідок неправильного трактування робочої довжини і робочої ширини каналу;

Помилки при прокладанні килимової доріжки та проведення апікальної прохідності, як при первинній ендодонтичній інфекції, так і при переліковуванні корневих каналів.

Розуміння та аналіз причин невдач і виникнення помилок в роботі лікаря сприяє удосконаленню протоколів лікування.

Інструментальна обробка системи кореневих каналів є тим першим і, відповідно, дуже важливим етапом, який в подальшому дає можливість якісно виконати медикаментозну обробку і пломбування ендодонтичної системи. Якість інструментальної обробки не тільки забезпечує безпосередній успіх ендодонтичного лікування, а й створює відповідні умови для репаративних процесів в периапікальних тканинах. Попри це, використовуючи найновіші системи ротаційних нікель-титанових інструментів за всіма правилами, 30-50% площі кореневого каналу все одно залишається недообробленою [9, 11, 12]. Тому, інструментація разом з іригацією мають визначальне значення в очищенні системи кореневих каналів і на даний час це єдиний спосіб контролю ендодонтичної інфекції [4, 7, 13].

Негативні наслідки лікування ендодонтичної патології переважно є результатом неякісно проведеного одного з етапів лікування (механічної очистки, медикаментозної очистки, пломбування), коли не було створено задовільних умов для запобігання і контролювання ендодонтичної інфекції. Клініцисти доволі часто вводяться в оману, думаючи, що такі процедурні помилки, як транспортація кореневого каналу, перфорація, зламаний інструмент, виведення за межі каналу медикаментів, пломбувального матеріалу і т.д. є прямими причинами невдачі лікування кореневих каналів. Проте, процедурні помилки часто просто стають на заваді або ж ускладнюють проведення відповідних етапів лікування для досягнення адекватного контролю ендодонтичної інфекції. Знаючи яким чином уникнути цих помилок, можна підвищити прогноз ендодонтичного лікування.

Список використаної літератури:

1. Абрамова Н. Е. Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохим прогнозом на успех / Н. Е. Абрамова, Е.В. Леонова. // Эндодонтия Today – 2003 – № 1-2. – С. 60-65.

2. Денисов Л.А. Обоснование повторного эндодонтического лечения / Л.А. Денисов, Е.Е. Ковецкая, В.А. Андреева. //Стоматолог. Минск. – 2013 – №1 – С.88-93.

3. Дидик Н. М. Критерії ініціювання повторного ендодонтичного лікування стратегічно важливих зубів із сумнівним прогнозом. / Н.

М. Дидик., Я.В.Заблоцький.// Новини стоматології – 2001 – №4 – С.66-69.

4. Левченко Г.В. Оцінка ефективності ендодонтичного лікування при удосконаленому препаруванні кореневих каналів зубів : автореф .дис. на здобуття наук .ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Г.В.Левченко.– Київ : НМУ, 2003.– 22с.

5. Политун А.П. Повторное эндодонтическое лечение: причины, показания, современна стратегия / А.П. Политун // Эндодонтист. – 2010 – №2(4) – С. 21-22.

6. Тарасенко О.А. Прогнозування ускладнень при ендодонтичному лікуванні зубів та їх профілактика : автореф .дис. на здобуття наук .ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / О.А. Тарасенко. – Львів : ЛДМУ, 2010. – 16 с.

7. Хюльсман М. Проблемы эндодонтии / М. Хюльсман ,Э. Шефер – Москва: Азбука , 2009. – 586 с.

8. Jafarzadeb, H., Abbott,V.P. (2007). Ledge formation: review of a great challenge in endodontics. JOE , 35, 1155-1162.

9. Hulsmann, M., Peters, O. & Dummer, P. (2005). Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and means. Endod Topics, 10, 30-76.

10. McSpadden T.J. (2007). Mastering endodontic instrumentation. / Cloudland Institute.

11. Peters, A.O., Laib, A., Gohring, N.T. & Barbacow, F. (2001). Changes in root canal geometry after preparation assessed by high-resolution computer tomography. JOE, 27, 1-6.

12. Peters, O.A., Schonberger, K., Laib, A. (2001). Effects of four NiTi preparation techniques on root canal geometry assessed by micro computed tomography. IEJ, 34, 221–230.

13. Schilder, H. (1974). Cleaning and shaping the root canal. Dent Clin North Am, 18, 269–296.

РОЗМІРИ ЗУБІВ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ РІЗНИХ СОМАТИПІВ

Л.В. Смаглюк, Д.В. Шешуков

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

oldista@gmail.com

Актуальність. Головною метою ортодонтичного лікування є отримання оптимальної функціональної оклюзії, яка неможлива за умов невідповідності в розмірах зубів, нормального сагітального та вертикального перекриття (Куроєдова В.Д., 1997; Смаглюк Л.В., 2009). Розмір зубів верхньої та нижньої зубних дуг – важливий фактор у досягненні цієї мети. З іншої сторони, різні розміри зубів можуть виступати одним із етіологічних факторів в випадках порушень прикусу.

Тому актуальним залишається питання розробки критеріїв естетичності та розмірів зубів, зубних рядів у пацієнтів із різними видами оклюзії та в залежності від конституціональних особливостей тіла .

Метою дослідження було визначення особливостей розміру зубів молодих людей в залежності від їх конституціонально-типологічних параметрів будови тіла.

Матеріали та методи. У клінічне дослідження було включено 181 студент віком 21-25 років, середній вік обстежених складав $23,09 \pm 0,11$ роки, серед них було 85 чоловічої та 96 жіночої статі. Під час проведення клінічного обстеження за основу був взятий розроблений на кафедрі ортодонтії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» алгоритм, який передбачає фіксування загальноприйнятих стоматологічних показників згідно з формою №043-1/о, доповненою визначенням індивідуально-типологічних показників. В обстеженні брали участь студенти, які заздалегідь оформили інформаційну угоду на проведення цього дослідження.

Огляд стану твердих тканин зубів проводили за загальноприйнятою методикою WHO, 1989.

Використовуючи дані антропометричного дослідження (зріст, вага, поперековий діаметр грудної клітини тощо), визначали конституціональний тип чоловіків та жінок за індексом L.Rees-H.J.Eisenk, 1945. Для характеристики стану прикусу застосовували класифікацію Angle (1906).

У всіх обстежених пацієнтів було проведено зняття відбитків для контрольно-діагностичних моделей. Біометричне вивчення гіпсових моделей щелеп проводилося у трьох взаємно перпендикулярних площинах для визначення порушень у положенні зубів, зубоальвеолярних дуг, прикусу.

Для вимірювання моделей використовували електронний штангенциркуль. При оцінці контрольно-діагностичних моделей нами визначалися мезіо-дистальні розміри 12 зубів верхньої та нижньої щелеп. Проведені виміри за Pont, Tonn, Korkhaus G, Bolton overall ratio (BOR) та Bolton anterior ratio (BAR).

Аналіз кількісних показників, отриманих у процесі обстеження пацієнтів, проводили методами математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (M), дисперсії (σ) та помилок середніх значень (m). Вірогідність відмінностей отриманих результатів для різних груп визначалася за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Обчислення проводили на персональному комп'ютері із використанням програм «Microsoft Excel 2007», «NCSS 2004» та «SPSS for Windows. Release 13.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Найпоширенішим типом будови тіла у чоловіків та жінок був нормостенічний тип – у 99 осіб (54,69%). Астенічний тип нами визначений у 52 обстежених (28,74%) молодих людей, гіперстенічний тип будови тіла визначений у 30 осіб (16,57%).

При проведенні порівняльного аналізу у розмірах окремих зубів у молодих людей різних соматотипів нами визначені такі особливості. Мезіо-дистальний розмір зубів 25 і 35 (других лівих премолярів верхньої та нижньої щелеп), а також 45 (другого правого нижнього) у астеніків був вірогідно більший, ніж у нормостеників. Розмір зубу 25 у астеніків також перевищував розмір цього зубу у гіперстеників.

Подальший порівняльний аналіз дозволив виявити особливості розмірів зубів у групі гіперстеників, так, всі ікла (13,23,33,43) мали

більший мезіодистальний розмір, ніж у нормостеників ($p < 0,001$), а зуби 13,23,33, ніж у астеніків. Також, мезіодистальний розмір зуба 32 у гіперстеників був більшим, ніж в нормостеників ($p < 0,05$).

Високий кореляційний зв'язок відмічається між показниками суми мезіо-дистальних розмірів центрального, бокового різця і ікла верхньої щелепи із довжиною фронтальної ділянки верхнього та нижнього зубних рядів.

На підставі кореляційного аналізу доведений тісний зв'язок між сумою мезіо-дистальних розмірів чотирьох верхніх різців з трансверзальними параметрами рядів в ділянці премолярів та молярів за Поном.

Висновки. Для досягнення найбільшої естетики штучних зубів все частіше використовуються принципи індивідуального зовнішнього виду людини взагалі і коронок зубів (розмір, колір, форма, прозорість) у окремої особистості. Отже, для відновлення оптимальної конфігурації зубів, зубного ряду лікарям-стоматологам необхідні знання про морфологічні параметри зубів, а також про їх взаємозалежність з формою зубного ряду, станом прикусу та іншими конституційними параметрами тіла людини. Отримані нами результати стануть у нагоді лікарям-стоматологам при проведенні реставрації та плануванні перебудови зубного ряду.

УДК 616.314.17-008.1+616.13-004.6+616.12

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ІМУНОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Н.О. Стасюк

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»*

plawiuukl77@gmail.com

Станом на сьогоднішній день існує чимала кількість тривалих контрольованих досліджень, які в загальному, проте неодноголосно, підтримують статистично достовірні асоціації між клінічною мані-

фестацією пародонтиту та становленням і прогресуванням тяжких серцево-судинних захворювань. Такі зв'язки відмічені між хворобами пародонту та ішемічною хворобою серця (ІХС), облітеруючим атеросклерозом, випадками дестабілізації ІХС – появою інфаркту міокарда чи нестабільної стенокардії, важким генералізованим атеросклерозом (по величині співвідношення товщини «інтима-медіа» сонних артерій за даними ультрасонографії), випадками ішемічного інсульту тощо.

Отримані дані в ході виконання роботи свідчать про генералізований пародонтит (ГП) як незалежний чинник ризику прогресування атеросклерозу та дестабілізації перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС). Встановлено статистично достовірні асоціації між клінічною маніфестацією ГП та становленням і прогресуванням тяжких серцево-судинних захворювань. Інфекція ротової порожнини слугує в даному випадку потенційним джерелом системної реакції і запального стресу. Відповідно до завдань дослідження, проведено пошук медикаментозних середників, які б чинили вплив на вказані патогенетичні ланки захворювання.

Метою дослідження було вивчити вплив запропонованої імунотропної терапії на динаміку окремих показників системного та локального імунітету при генералізованому пародонтиті у хворих із супутньою ІХС та без вінцевого атеросклерозу.

Було обстежено 130 хворих на генералізований пародонтит I та II ступенів розвитку із супутньою стабільною стенокардією напруження, ФК II-IV. Групу порівняння склали 65 пацієнтів із генералізованим пародонтитом без клінічних проявів ІХС та іншої вісцеральної патології. Контрольну групу склали 26 осіб із клінічно здоровим пародонтом та відсутністю вісцеральної патології на момент обстеження, що підтверджувалось відповідними загально клінічними дослідженнями.

Кількість Т-, В-лімфоцитів та природних кілерів визначали із використанням непрямого варіанту імунофлуоресцентного методу за допомогою моноклональних антитіл (МКАТ) до CD3, CD4, CD8, CD19, CD56 (Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р. Кавецького, Україна). В ротовій рідині визначали вміст IgA, IgM, IgG, секреторного IgA (sIgA) методом імуноферментного

аналізу з використанням тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» на аналізаторі «Stat Fax 303 Plus» (США).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою стандартного пакету програм «Statistica 6.0».

Запропонована схема імунорегуючої терапії генералізованого пародонтиту обумовлює ряд вагомих змін з боку гуморального місцевого імунітету ротової порожнини. Це проявляється нормалізацією концентрації Ig A, більш вираженої при відсутності супутньої ІХС. Зростанням концентрації sIg A при другому ступені захворювання. Спостерігається стабілізація початково високих рівнів імуноглобуліну М. Натомість, титри Ig G залишаються практично без змін. Високі концентрації імуноглобулінів G пов'язані з ризиком дестабілізації ІХС.

Таким чином, запропонована імунокорекція справляє позитивний вплив на стан місцевого імунітету ротової порожнини у хворих на ГП та із супутньою ІХС.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В СУЧАСНУ ІНФОРМАЦІЙНУ ЕПОХУ

І.О. Суховолець , І.В. Антонишин , А.М. Серватович

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

Згідно сучасних статистичних досліджень, майже кожен другий дорослий страждає захворюваннями тканин пародонта. Для успішного лікування, реабілітації, а також попередження їх виникнення однією з найважливіших складових є підтримання гігієни ротової порожнини на високому рівні. Живучи в еру інформаційної епохи, де будь-яку інформацію легко отримати з телебачення чи інтернету, лікарі часто помилково вважають пацієнтів ознайомленими з основними та допоміжними засобами та методами гігієни ротової порожнини, що в багатьох випадках не відповідає дійсності.

Під час профілактичних оглядів нами в випадковому порядку було обрано 70 пацієнтів, яким задали питання стосовно їхньої що-

денної гігієни ротової порожнини. Відповіді були проаналізовані у відсотках.

Результати анкетування показали досить невисокий рівень володіння інформацією про підтримання в належному стані гігієни порожнини рота, що пов'язано, зокрема з низькою зацікавленістю населення в профілактиці. Лише третина опитаних зазначили, що звертаються до стоматолога двічі на рік з метою огляду, інші ж роблять це значно рідше і переважно за умов виникнення болю, що часто вже свідчить про серйозні зміни.

Згідно з результатами опитування, додаткові засоби гігієни (такі як флос, ополіскувач чи міжзубна щіточка) після прийому в стоматолога призначали лише для 27% пацієнтів, 70% взагалі ніколи не обговорювали цю тему з лікарем. Для щоденного чищення 97% опитаних використовують щітку, 82% з них – разом з пастою, 20% використовують зубну нитку, лише 7% користуються ополіскувачем, жоден з опитуваних не зазначив міжзубних щіточок. Це, можливо, пов'язане з тим, що лише 24% з тих, кому призначали додаткові засоби чищення, були проінструктовані як саме ними користуватися. Зважаючи на неможливість очищення міжзубних проміжків лише звичною щіткою навіть в соматично здорового пацієнта за таких умов високим є ризик розвитку захворювань пародонта.

Незважаючи на велику кількість інформації про засоби гігієни порожнини рота, що є в засобах мас медіа, лікарям стоматологам необхідно так само ретельно відноситися до профілактичних розмов з пацієнтами, бо те що здається очевидним для лікаря є часто повністю новим для пацієнта.

СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ РОТОВОЇ РІДИНИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

І.Р. Федун

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
irenafedun@gmail.com*

Однією із базових ланок у патогенезі запально-дистрофічних процесів у тканинах пародонту є ослаблення антиоксидантного захисту і наркотичні речовини є додатковим фактором, який його виснажує.

Мета. Вивчення стану антиоксидантного захисту (АПІ) ротової рідини у наркозалежних хворих на генералізований пародонтит початкового та I ступенів тяжкості (ГП).

Матеріали і методи. Об'єктом біохімічних досліджень була ротова рідина 14 наркозалежних хворих на ГП (основна група), 10 ненаркозалежних (група порівняння) хворих на ГП та 10 осіб з інтактним пародонтом (група контролю). Вік обстежуваних – від 18 до 35 років. Пацієнти не були обтяжені соматичною патологією. Каталазну активність визначали за методом Королук та співавторів, вміст малонового діальдегіду (МДА) за — Стальная та співавторів і вираховували АПІ.

Результати дослідження. В узалежнених осіб виявляли збільшення кількості МДА на 40,9 % та зменшення каталазної активності на 30,0 % порівняно з групою порівняння. Показники АПІ є нижчими у пацієнтів основної групи у 1,9 раза порівняно з показниками у ненаркозалежних хворих та у 3,2 раза порівняно з групою контролю.

Висновки. Вживання наркотичних речовин, посилює виснаження можливостей антиоксидантного захисту, що призводить до порушення протекторних функцій тканин порожнини рота та розвитку запалення.

**КЛІНІЧНА ОЦІНКА МІСЦЕВИХ ПОКАЗНИКІВ
СТАНУ ОПЕРОВАНОЇ ДІЛЯНКИ РОТОВОЇ
ПОРОЖНИНИ ЩУРІВ**

С.І. Чепишко

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний
університет»*

*НЛЦ «Університетська клініка»,
стоматологічне відділення*

У клініці хірургічної стоматології оперативні втручання виконуються в більшості випадків класичним хірургічним методом з використанням шовних матеріалів. Проте в умовах ротової порожнини досить важко досягти повної герметичності та стерильності операційного поля, що змушує лікарів до постійного пошуку нових методів лікування.

З метою удосконалення існуючих методів порушення цілісності тканин в порожнині рота в роботі нами було використано прилад вітчизняного виробника ЕКВЗ-300 «ПАТОНМЕД», інституту електрозварювання імені Є.О.Патона НАН України. Його розробники спромоглися досягти кращих результатів під час різноманітних хірургічних втручань, коли при дії струму білки не руйнуються, а тільки змінюється їх структура під дією температури що не перевищує 50-55°C, а зварний шов є неперервним та герметичним.

Дослідження проводилися на білих щурах – самцях лінії Вістар, вагою 150-200г, які були розділені на 2 групи: I група (контрольна) – щури, яким було відтворено розріз та ушивання слизової оболонки класичним хірургічним методом з використанням поліамідної нитки, II група (дослідна) – щури, яким було відтворено безпосередній вплив високочастотного електрохірургічного інструменту в режимі зварювання.

Матеріалом для роботи була слизова оболонка порожнини рота в ділянці щоки на 1, 3, 7 та 14 добу після операції. Клінічне спостереження проводили за такими місцевими показниками як: гіперемія, набряк, та інші ускладнення. Графа «інші ускладнення» містила: розходження швів, ексудат тощо.

Аналізуючи отримані результати, в перший день після операції, в дослідній групі тварин спостерігалися помірні гіперемія та набряк, в той час як у групі контролю ці показники були значно виражені. На третю добу в контрольній групі в одного щура спостерігалось розходження швів та наявність серозного ексудату. Щодо дослідної групи, то починаючи з третьої доби ускладнень не спостерігалось, лінія зварювання суцільна, просторова структура колагенових та еластичних волокон не змінена, відсутні вільні клітинні фрагменти. Відсутність грубої сполучної тканини свідчить про загоєння первинним натягом.

Аналіз вищевказаних результатів дослідження дозволяє зробити наступні висновки: використання електрозварювання при будь-яких операціях в ротовій порожнині, що пов'язані з порушенням цілісності слизової оболонки є ефективним та значно полегшує роботу лікаря та реабілітаційний період пацієнтів. Даний метод дозволяє скоротити терміни реабілітації вдвічі та уникнути низки ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗУБНОЇ ПАСТИ З БЕТУЛАВІТОМ І ПЕПТИДНИМ КОМПЛЕКСОМ «VIVAX» ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

**Н.В. Чорній, М.А. Лучинський, С.І. Бойцанюк,
Н.В. Манащук, А.В. Чорній**

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

Актуальність теми. Захворювання пародонта залишаються однією із актуальних проблем сучасної стоматології. За даними ВООЗ, які ґрунтуються на обстеженні населення багатьох країн, дуже високий рівень даних захворювань припадає на вік 35-44 роки (від 65 % до 98 %) і 15-19 років (від 55 % до 89 %), а у 80 % дітей всієї земної кулі діагностується гінгівіт. Серед гінгівітів у 90 % хворих діагностується катаральний гінгівіт.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проведено лікування 15 хворих із хронічним катаральним гінгівітом. Критеріями ефективнос-

ті лікування було клінічні ознаки та визначення пародонтальних індексів РМА та КПП і індексу гігієни Грін-Вермільйона. Лікування проводили наступним чином: після проведеної професійної гігієни порожнини рота пацієнтам проводили аплікацію та пальцевий масаж ясен пастою «Vivax», яка містить в своєму складі активні пептидні комплекси та екстракт берести бетулавит. Крім цього, рекомендували пацієнтам проводити дану процедуру масажу пастою самостійно, двічі на день. Результат лікування оцінювали на 7-й день лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. На початок лікування пацієнти скаржились на неприємні відчуття в яснах, кровоточивість та біль, індекс Грін-Вермільйона становив $1,67 \pm 0,05$ бали, РМА – $8,5 \pm 2,4$ %, КПП – $0,97 \pm 0,05$ бали. Контрольний огляд пацієнтів із хронічним катаральним гінгівітом на 7 день лікування показав позитивні результати. За клінічними ознаками ми спостерігали зміну кольору ясенних сосочків із синюшно-червоного кольору на білдо рожевий, зникнення набряку та неприємних відчуттів в яснах, зменшення кровоточивості. Так, нами виявлено, що індекс гігієни за Гріном-Вермільйоном знизився у 1,65 раз, індекс РМА у 2,08 рази, а індекс КПП – у 1,2 рази.

Висновок. Отже, отримані результати дозволяють нам зробити висновок, що паста «Vivax» чинить антибактеріальну дію, зменшуючи прояви запалення ясен та сприяє регенерації тканин пародонта, що робить доцільним її застосування при лікуванні хронічного катарального гінгівіту.

УДК: 616.311.2-002-036.12-071.3

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІВЧАТ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ

Н.Л. Чухрай, О.О. Машкаринець, Т.Ю. Лисак

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Фізичний розвиток дитини є критерієм реакції організму на зміни оточуючого середовища, відображенням соціальних умов та способу життя та може порушуватися під дією екзо- та ендогенних фак-

торів. Відомо, що критичними періодами для формування кісткової маси у дітей є перші три роки життя та препубертатний вік. За даними Поворознюк В.В. і співавт., (2003) у віці 10-14 років відбувається активне збільшення кісткової маси. Зважаючи на те, періоди піку накопичення кісткової тканини є важливими при вивченні розвитку будь-якої патології, в тому числі й стоматологічної.

Метою роботи було дослідити взаємозв'язок між фізичним розвитком дівчат та хронічним катаральним гінгівітом.

Оцінку фізичного розвитку проводили шляхом порівняння індивідуальних антропометричних показників (маса, ріст та окружність грудної клітки (ОГК)) з нормативними у 615 дівчат 6-16 років міста Львова. Аналіз результатів проведено за допомогою непараметричного методу. Оцінку груп фізичного розвитку проводили за комплексною методикою з допомогою центильних таблиць (Майданник В.Г., Дадакіна М.А., 1999).

Беручи до уваги високу поширеність хронічного катарального гінгівіту серед дівчат пубертатного періоду, можна припустити певний взаємозв'язок між виникненням захворювань тканин пародонта та дисгармонійним розвитком дитини. Тому, беручи до уваги, що зріст, маса тіла та ОГК є одними з найважливіших параметрів фізичного розвитку дітей, нами було проаналізовано показники довжини, маси тіла та ОГК в різні вікові періоди у дівчат з ХКГ.

Провівши аналіз зросту залежно від ступеня важкості ХКГ нами встановлено, що середні показники у дівчат усіх груп знаходяться в межах вікових норм, за винятком 7-ми, 11-ти, 12-ти та 13-річних дівчат з інтактним пародонтом, ріст яких дещо перевищував середні вікові норми. Значну відмінність ми спостерігаємо у групі дівчат з середнім ступенем важкості ХКГ, де у всіх вікових групах показники зросту є нижчими.

Спостерігалась різниця і в масі тіла. Дівчата з ХКГ середнього ступеня важкості у всіх вікових групах мали нижчу масу, у порівнянні до групи дівчат з інтактним пародонтом та ХКГ легкого ступеня важкості. Достовірною ця різниця була у групі 6-річних дівчат – $18,8 \pm 0,19$ кг проти $22,06 \pm 0,68$ ($p < 0,01$) та $25,92 \pm 2,04$ кг відповідно, ($p < 0,001$). Дівчата віком 7-11 років з середнім ступенем важкості ХКГ теж мали меншу масу тіла, ніж їх однолітки з груп порівнян-

ня. Достовірно меншою була вага у 12-річних дівчат ($38,3 \pm 1,14$ кг) проти $44,5 \pm 2,28$ кг, ($p < 0,02$) та проти $46,5 \pm 1,12$ кг ($p < 0,001$); 13-річних – ($44,5 \pm 1,12$ кг проти $53,65 \pm 2,32$ кг та $50,01 \pm 1,16$ кг ($p < 0,01$)), у 16-річних дівчат ($50,8 \pm 1,59$ кг проти $57,7 \pm 1,74$ кг, ($p < 0,01$)).

Аналізуючи об'єм грудної клітки (ОГК) у дівчат встановлено, що при ХКГ легкого ступеня важкості з 6-ти до 10 років цей показник зростає, у порівнянні до дівчат з інтактним пародонтом. З 11-ти до 16-річного віку об'єм грудної клітки поступово зменшується. У групі дівчат з ХКГ середнього ступеня важкості у всіх вікових групах спостерігаються нижчі показники ОГК, з достовірним їх зменшенням у 11-річних ($69,08 \pm 1,74$ проти $75,68 \pm 1,54$ см, ($p < 0,01$)), 12-річних ($71,7 \pm 0,67$ проти $78,68 \pm 2,04$ см, ($p < 0,01$)) та 13-річних ($80,3 \pm 0,96$ проти $86,23 \pm 1,54$ см, ($p < 0,01$)) та у 16-річних ($85,5 \pm 0,42$ проти $88,84 \pm 1,21$ см, ($p < 0,02$)).

Отже, середні антропометричні показники продемонстрували загальну тенденцію до зниження росту, маси тіла та об'єму грудної клітки у дівчат з ХКГ середнього ступеня важкості.

УДК 616:311.2+616.314.17+616.314.19)-002-092:612.017.1

РОЛЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В ЛЕГЕНЯХ В ДИНАМІЦІ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ

Б.Ф. Щепанський

*Львівський медичний інститут
borys.shchepanskyu@gmail.com*

Вступ. Вплив пародонтальної інфекції на загальний стан та системні захворювання був широко досліджений в останні десятиліття, аж до того, що вплив захворювань пародонту на системному рівні було пов'язано з порушеннями шлунково-кишкового тракту, серцево-судинними захворюваннями, резистентністю до інсуліну, а також захворюванням дихальних шляхів. Останнім часом з'явилися дослідження, які вивчали вплив захворювань пародонту на астму – бронхіальне запалення із збільшенням поширеності в усьому світі. На сьогодні до

кінця не є з'ясованою роль системи прооксидантно-антиоксидантного захисту в легенях в динаміці розвитку хронічного пародонтиту.

Метою дослідження було визначення окремих показників системи перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантної системи (АОС) в легенях мурчаків в динаміці розвитку хронічного пародонтиту (ХП) на 4-ту, 18-ту та 25-ту доби експерименту.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилися згідно з дотриманням принципів біоетики у відповідності з положеннями Європейської конвенції щодо захисту хребетних тварин, яких використовують в експериментальних цілях (Страсбург, 1986), Директиви Ради Європи 86/609/ЄС (1986), Закону України №3447-IV «Про захист тварин від жорстокого поводження», загальних етичних принципів експериментів на тваринах, ухвалених Першим національним конгресом України з біоетики (2001).

Досліди були проведені на 40 мурчаках (самцях) масою тіла 0,25-0,27 кг. Тварин розділили на чотири групи по 10 тварин в кожній: інтактні мурчаки – контроль, тварини на 4-у добу з ХП, тварини на 18-у добу з ХП, тварини 25-у добу з ХП.

ХП відтворювався за методом О. Н. Воскресенського з використанням моделі зниженої жувальної функції.

З продуктів ПОЛ визначали вміст малонового діальдегіду (МДА) за методом Е. Н. Коробейнікова, дієнових кон'югатів (ДК) за методом В. Б. Гаврилова та М. І. Мишкорудної. З показників АОС визначали активність супероксиддисмутази (СОД) за методом R. Fried, каталази (КТ) за методом В. Holmes та С. Masters, церулоплазміну (ЦП) за методом В. Г. Колб та В. С. Камышнікова.

Статистичні методи обробки результатів дослідження оброблялися за методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені експериментальні дослідження показали, що при ХП в легенях мурчаків поступово зростає, в порівнянні з контролем, рівень МДА та ДК у всі досліджувані доби (рисунок 1). Паралельно з цим відбувається поступове збільшення, порівняно з інтактними тваринами, активності СОД, КТ, та вмісту ЦП на 4-ту добу, з подальшим зниженням на 18-ту та 25-ту доби експерименту (рисунок 2).

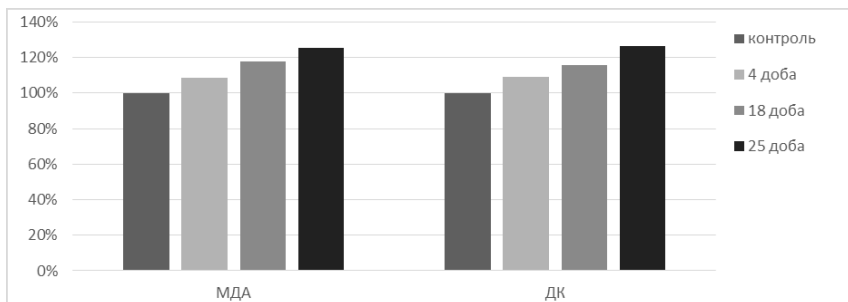


Рисунок 1. Вміст продуктів ПОЛ в динаміці розвитку ХП (% від контролю) ($p \leq 0,05$).

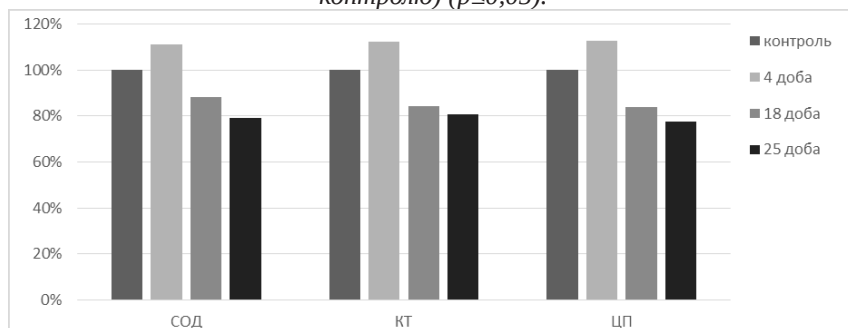


Рисунок 2. Активність ферментів АОС в динаміці розвитку ХП (% від контролю) ($p \leq 0,05$).

Висновок. Збільшення вмісту продуктів ПОЛ та початкове зростання з подальшим зниженням активності ферментів АОС свідчить про компенсаторну реакцію організму з подальшим виснаженням антиоксидантної системи та розвитку оксидативного стресу.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення стану прооксидантно-антиоксидантної системи в легенях у динаміці розвитку ХП дасть можливість кращого розуміння впливу даної патології на бронхіальну астму.

**ДІАГНОСТИКА МІКРОБНОГО СПЕКТРУ
РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ НА ТЛІ
ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ**

М.М. Шило

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

kaf_phthisiology@meduniv.lviv.ua

Зростання в сучасних умовах запальних захворювань пародонта пояснюється суттєвим впливом негативних чинників, серед яких важлива роль належить індукції запального процесу мікрофлорою ротової порожнини, кількісний склад та співвідношення яких залежать від антимікробного фактора слини і ясенної рідини, стану гігієни порожнини рота, характеру харчування, стану екології, забруднення біосфери, наявності соматичної патології і т.п.

Мета роботи – діагностика мікробного спектра ротової порожнини при запальних захворюваннях пародонта у дітей на тлі легеневої патології.

Вивчення мікробного пейзажу включало діагностику біотопів ротової рідини та поверхні ясен бактеріоскопічними і бактеріологічними методами. Обстежено 48 дітей із запальними захворюваннями пародонта на тлі запальних захворювань легень (основна група) та 36 дітей із запальними захворюваннями пародонта на тлі алергічних захворювань легень (група порівняння). Контрольну групу склали 25 клінічно здорових дітей.

Проведені мікробіологічні дослідження виявили, що у ротовій рідині та на поверхні ясен персистують асоціації аеробних, факультативно анаеробних та анаеробних бактерій. Ротову рідину та поверхню ясен найчастіше колонізували бактерії роду *Streptococcus*, а саме *Str.mutans*, *Str.β-haemoliticus*); бактерії роду *Staphylococcus* (*S.aureus*, *S.epidermidis*). Колонізація *Str.mutans* становила $5,45 \pm 0,22$ КУО/мл в ротовій рідині та $5,98 \pm 0,18$ КУО/мл на поверхні ясен основної групи і $4,01 \pm 0,36$ КУО/мл в ротовій рідині та $5,20 \pm 0,17$ КУО/

мл на поверхні ясен групи порівняння, що вірогідно перевищувало дані у здорових дітей – $3,38 \pm 0,32$ КУО/мл і $3,59 \pm 0,23$ КУО/мл, $p < 0,05$. Колонізації *Str.β-haemoliticus* була у менших кількостях у дітей основної та групи порівняння, ніж у здорових – відповідно $3,34 \pm 0,11$ КУО/мл і $3,67 \pm 0,17$ КУО/мл проти $4,42 \pm 0,27$ КУО/мл, $p < 0,05$ у ротовій рідині і $3,08 \pm 0,23$ КУО/мл та $3,38 \pm 0,14$ КУО/мл проти $4,29 \pm 0,25$ КУО/мл, $p < 0,05$ на поверхні ясен. У обстежених дітей виявлено суттєве обсіменіння ротової рідини та поверхні ясен бактеріями роду *Neisseria* (*N.catarrhalis*) та роду *Corinebacterium* (*Corinebacterium xerosis*), а в спектрі мікрофлори у дітей обох груп значну частину складали бактерії роду *Lactobacillus*. Крім того, концентрація мікроорганізмів була вищою на поверхні ясен, ніж у ротовій рідині і найбільш виражено це визначалося у дітей основної групи, ніж групи порівняння – відповідно $4,72 \pm 0,21$ КУО/мл і $4,10 \pm 0,22$ КУО/мл проти $4,05 \pm 0,35$ КУО/мл і $3,60 \pm 0,25$ КУО/мл, $p < 0,05$ і $4,72 \pm 0,21$ КУО/мл проти $4,10 \pm 0,22$ КУО/мл, $p < 0,05$. Аналогічна тенденція була характерна і для *S.epidermidis*.

Колонізація *Neisseria catarrhalis* та *Esherichia coli* переважала у дітей основної та незначно групи порівняння над рівнем колонізації у здорових дітей, в той же час рівень колонізації у ротовій рідині та на поверхні ясен переважав у дітей основної групи, ніж групи порівняння. Так, *Neisseria catarrhalis* переважала у ротовій рідині ($5,08 \pm 0,37$ КУО/мл проти $4,22 \pm 0,43$ КУО/мл, $p < 0,05$) та на поверхні ясен ($5,18 \pm 0,26$ КУО/мл проти $4,16 \pm 0,32$ КУО/мл, $p < 0,05$) основної групи, ніж групи порівняння. Аналогічна тенденція була характерна для *Esherichia coli*, концентрації *Lactobacillus* і, особливо, грибів роду *Candida*.

ПЛАНИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРЕДПРОТЕЗНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА

А.Е. Захарова, Закут Яра Саллах

*Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, кафедра ортопедической
стоматологии*

Актуальность. Работа посвящена клинической проблеме планирования ортопедических мероприятий в комплексном лечении генерализованного пародонтита. Заболевания пародонта являются одной из основных причин утраты зубов и имеют значительную распространенность среди взрослого населения, достигая по данным различных авторов от 65 до 98%. В настоящее время в лечении генерализованного пародонтита (ГП) применяется мультидисциплинарный подход, включающий в себя терепевтические, ортопедические и хирургические мероприятия. Доказано, что неустраненная травматическая окклюзия усугубляет воспалительно-деструктивные процессы в пародонте, осложняет течение заболевания и снижает эффективность медикаментозного и хирургического лечения. К функциональной перегрузке пародонта ведет прогрессирующая резорбция альвеолярных стенок, деформация окклюзионной плоскости и преждевременные контакты в результате вторичного смещения зубов. Уменьшение перегрузки создает благоприятные условия для трофики пародонта, способствуют достижению ремиссии, стабилизации зубов, обеспечивает благоприятный прогноз лечения. Однако планирование ортопедических конструкций может быть проблематичным в период обострения из-за невозможности адекватной оценки состояния опорных зубов. Временные шинирующие конструкции позволяют не только стабилизировать зубные ряды на период лечения, но и после достижения ремиссии объективно оценивать состояние зубов, целесообразность их сохранения и включения в постоянную шинирующую конструкцию.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 27 пациентов с генерализованным пародонтитом, в том числе из них 18(67%) относительно здоровых, 9(33%) - с отягощенным общесоматическим статусом (6 – сахарный диабет, 2 - хронический лейкоз, 1- вирусный гепатит тип С).

Для оценки состояния пародонта использовались клинические индексы РМА и ОНI-S, ортопантомография и 3D томография. Оценку функциональной окклюзии проводили на диагностических моделях в регулируемом артикуляторе SAM 2 и с помощью электронной окклюзиографии TScan III (диагностический комплекс Biopack). Для оценки состояния пульпы опорных зубов применяли электрооднотодиагностику. Протокол комплексного лечения включал профессиональную гигиену, противовоспалительную и антимикробную медикаментозную терапию, хирургическую санацию - удаление зубов, кюретаж, лоскутные операции. Ортопедическое лечение проводилось в два этапа. Первичный подготовительный этап осуществлялся параллельно с терапевтическим лечением и включал мероприятия, направленные на устранение травматической окклюзии - временное шинирование, избирательное шлифовывание зубов и имедиат-протезирование по показаниям. Этап постоянного шинирования и протезирования осуществлялся после достижения ремиссии пародонтита.

Результаты исследования. Среди обследованных генерализованный пародонтит 1-2 степени диагностирован у 8(29,6%), 2-3 ст. – у 19(70,4%) человек, в. т. ч. у 17 – в стадии обострения; 15 пациентов ранее протезированы не были, 12 – имели различные ортопедические конструкции. Интактные зубные ряды выявлены у 5(18,5%), включенные дефекты до 3 зубов у 12(44,4%), дистально неограниченные - у10(37,0%) обследованных. При рентгенологическом обследовании у всех пациентов выявлена атрофия альвеолярной кости, неравномерная, смешаного типа, остеопороз. В области травматических узлов выявляли костные карманы, расширение периодонтальных щелей, и сравнительно большую степень атрофии. Деформации окклюзионной плоскости выявлены у 22(81,5%) обследованных. Признаки травматической окклюзии в виде рецессии десневого края, патологической подвижности зубов, костных карманов и не-

равномерной атрофии выявлены у 100% обследованных. По данным анализа TScan, для деформаций зубных рядов на фоне пародонтита характерны неравномерное распределение контактов и нарушение окклюзионного балланса в центрической окклюзии; при эксцентрических движениях и положениях нижней челюсти возникают нежелательные интерференции в области боковых зубов.

Обоснование выбора ортопедических конструкций. На этапе первичного ортопедического лечения 20(74,1%) пациентам были установлены временные шинирующие конструкции; из них 4(14,8%) при множественном удалении зубов предварительно было проведено имедиат-протезирование. Коррекция окклюзионных контактов путем избирательного пришлифовывания проведена 15(55,6%) пациентам. Непосредственное протезирование осуществлялось пластмассовыми пластиночными протезами, которые изготавливались до удаления зубов. Через 10-14 дней, после спадания отека мягких тканей проводилась прямая клиническая перебазировка материалом Reline Soft (GC). Поскольку данная конструкция не является шинирующей, срок ее использования ограничивали 4-6 неделями, после чего изготавливали собственно шинирующие протезы. Конструкцию временных шин определяли на основании состояния опорных зубов, степени атрофии, класса дефектов. У 5(18,5%) пациентов с ГП 1-2 ст, и атрофией преимущественно во фронтальном участке и стабильной окклюзией в боковых участках, в качестве долгосрочной временной шины изготовлены волоконно-композитные конструкции (Glasspan и Filtek-flow (3M Espe)). Провизорные пластмассовые коронковые и мостовидные шинирующие протезы установлены 11(40,7%) пациентам со 2-3 ст. ГП, при наличии нескольких включенных дефектов, а также для шинирования передних зубов при дистальных дефектах (временно замещались пластинчатыми протезами). В среднем срок использования несъемных коронковых шин составлял 2 – 3 мес, в зависимости от проводимого лечения. Перед изготовлением несъемных конструкций опорные зубы депульпировались в случаях атрофии лунки или наличии костного кармана глубиной от $\frac{1}{3}$ длины корня, ветрикального смещения относительно уровня окклюзионной плоскости свыше 4 мм, мезиодистального или вестибулярного наклона. У лиц с осложненным общесомати-

чески статусом отдавалось предпочтение съемным конструкциям, которые позволяют минимизировать длительность манипуляций в полости рта, не требуют значительной подготовки зубного ряда. У 4(14,8%) пациентов с наличием общесоматического заболевания в стадии декомпенсации в качестве временных конструкций были использованы бюгельные протезы с шинирующими кламмерами; на срок 6-12 мес. Их преимуществами являются прочность, гигиеничность, возможность модификации и использования в течение относительно неограниченного периода времени.

Заключение. Анализ ранних и отдаленных результатов подтвердил эффективность данного протокола лечения. Через 6 месяцев отмечена клинико-рентгенологическая стабилизация процесса у большинства пациентов. Устранение травматической окклюзии и шинирование на раннем этапе позволяет стабилизировать зубные ряды на период лечения, адекватно оценивать состояние опорных зубов, целесообразность их сохранения и включения в конструкцию. Использование коронковых провизорных шинирующих конструкций при ГП позволяет формировать оптимальный край препарирования учетом лабильности положения десневого края и достичь адекватного уровня эстетики постоянных несъемных протезов. Для пациентов с осложненным общесоматическим статусом, когда достижение ремиссии может быть непрогнозируемым, может быть рекомендовано долгосрочное временное шинирование с использованием съемных конструкций. Доказана эффективность использования бюгельных протезов для долгосрочного временного шинирования в случаях тяжелого течения генерализованного пародонтита.

ЗМІСТ

<i>О.В. Авдеев, Ю.К. Змарко, Р.О. Дрезницька, А.Б. Бойків</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ	3
<i>Я.С. Алай</i> АДГЕЗИВНА СИСТЕМА ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ – «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ».....	5
<i>І.В. Антонишин, І.О. Суховолець, А.М. Серватович</i> РАННІ ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ЇХ ВЧАСНА ДІАГНОСТИКА	6
<i>Ю.Л. Бандрівський, О.О. Бандрівська</i> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ В ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГРУПОВОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ КРОВІ	7
<i>В.М. Батіг, А.В. Борисенко, О.В. Митченко</i> ВПЛИВ БЛОКАТОРІВ СИМПАТИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА ЩУРІВ	9
<i>С.С. Бауман, О.В. Шешукова</i> СУЧАСНІ ДАНІ ПРО ВПЛИВ ЕЗОФАГІТІВ НА СТАН ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ.....	11
<i>С.Н. Вадзюк, Ю.В. Болюк</i> СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У СТУДЕНТІВ I-II КУРСУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ЕКСТРАВЕРСІЇ ТА НЕЙРОТИЗМУ	13
<i>О.Р. Боярчук, С.І. Бойцанюк, В.О. Свінцицький</i> ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ПЕРВИННИМИ ІМУНОДЕФІЦИТАМИ	15
<i>І.І. Вовк</i> ВПЛИВ КОЛЬОРУ КОФЕРДАМА НА ЯКІСТЬ РЕСТАВРАЦІЇ	16
<i>С.Т. Гаврильців</i> ОЦІНКА ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, УРАЖЕНОЇ РАДИКУЛЯРНОЮ КІСТОЮ, ПРИ ЇЇ ГІСТОМОРФОМЕТРИЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	18
<i>Н.О. Гевкалюк, Л.І. Кучирка, М.Я. Пинда</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТУ «РЕСВЕРАЗИН» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	20
<i>А.В. Горинюк</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІОЗНОГО УРАЖЕННЯ ЗУБІВ У ДІТЕЙ 5-7 РОКІВ МІСТА ЧЕРНІВЦІ.....	22

<i>О.В. Денефіль, І.Р. Міц</i> ХРОНІЧНИЙ СТРЕС – ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.....	24
<i>Х.О. Дутко</i> ВИВЧЕННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА.....	25
<i>М.П. Льчишин</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОВАНОЇ ОБЛПІХОВОЇ ОЛІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ТЮТЮНОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ	29
<i>О.Й. Комариця, Н.М. Баран</i> МОДЕЛЮВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ ІЗ ГІДРОГЕЛЮ – АДГЕЗИВНО АКТИВНОГО ПОЛІМЕРУ ПРИ ПАРОДОНТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ	30
<i>В.М. Косенко, М.С. Задорожний, І.М. Скиба</i> ЗАЛУЧЕННЯ ГІГІЄНІСТА ЗУБНОГО ДО НАДАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ	32
<i>О.Я. Мокрик, Р.В. Кулінченко</i> ЗАСТОСУВАННЯ СЕЛЕКТИВНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ДІАГНОСТИЦІ МІОГЕННОЇ ПРОЗОПАЛГІЇ З ПРОЯВАМИ В ЩІЧНІЙ ДІЛЯНЦІ	34
<i>П.А. Леус</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПЕРИОДОНТА И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	36
<i>Ю.І. Лучинська, В.М. Лучинський, Б.О. Паласюк</i> СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	41
<i>М.А. Лучинський, Л.В. Пясецька, В.М. Лучинський, М.С. Залізняк</i> СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	42
<i>М.А. Лучинський, В.М. Лучинський, О.В. Шкумбатюк, Ю.І. Лучинська, Л.О. Пацкань</i> КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ.....	44
<i>Б.Р. Маланяк, А.Ю. Кордіяк</i> ОЦІНКА СТАНУ ОПОРНИХ ЗУБІВ ТА ЯКОСТІ КОРОНОК ТА МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ У НАЙБЛИЖЧІ ТА ВІДДАЛЕННІ ТЕРМІНИ КОРИСТУВАННЯ	45
<i>О.В. Мандич</i> БИОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗУБНИХ РЯДІВ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ	48

<i>С.А. Маркевич</i>	
ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ...	52
<i>Н.П. Махлинець, М.В. Красій, І.З. Чубій, О.В. Довганич, Л.Ю. Плав'юк</i>	
ВИКОРИСТАННЯ КВЕРЦЕТИНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	53
<i>О.Я. Мокрик</i>	
ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ МІСЦЕВОЇ ПРОВІДНИКОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ ВИЛИЧНО – ЛИЦЕВОГО НЕРВА ІЗ ВРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНО- АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЙОГО РОЗГАЛУЖЕННЯ.....	55
<i>М.Р. Назаревич, Р.З. Огоновський, О.Я. Мокрик</i>	
ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ПІДЧОНОЯМКОВОГО ТА ВИЛИЧНОГО НЕРВІВ У ХВОРИХ ІЗ ІЗОЛЬОВАНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ОЧНИЦІ.....	57
<i>З.Ю. Назаренко, І.М. Ткаченко, І.Я. Марченко, Л.І. Ляшенко, Н.М. Браїлко</i>	
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ORAL BLUE» ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ	61
<i>R. S. Nazarian, V.V. Kuzina, M. V. Tkachenko, Merdan Rejebov</i>	
THE STUDY OF PECULIARITIES OF ADDITIONAL ORAL HYGIENE ITEMS USAGE IN ADOLESCENTS WITH THE AIM OF INDIVIDUAL PREVENTIVE MEASURES CORRECTION.....	63
<i>В.Ф. Макеев, Р.Р. Павличко</i>	
ОЦІНЮВАННЯ ЗАРОДЖЕННЯ РУЙНУВАННЯ МАТЕРІАЛІВ МЕТАЛОКЕРАМІКА ТА КОМПОЗИТ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В КОНСТРУКЦІЯХ ЗУБ-ЕНДОКОРОНКА ЗА ЦИКЛІЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ.....	65
<i>Н.І. Патерега, Р.С. Данькович</i>	
ВПЛИВ АПРОТИНІНУ НА НИЖНЬОАЛЪВЕОЛЯРНИЙ НЕРВ ЗА УМОВ ЙОГО ТРАВМАТИЗАЦІЇ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)....	67
<i>А.В. Повшенюк, М.М. Шінкарук-Диковицька, Т.О. Тепла, М.А. Горай, Л.Ф. Курдиш</i>	
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ СТОМАТИТОМ, ЩО ПОЄДНАНИЙ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ЗА ПОКАЗНИКАМИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ	69
<i>V.B. Radchuk, N.V. Hasiuk</i>	
CHARACTERISTIC OF MORPHOLOGICAL REARRANGEMENT OF GUMS UNDER THE CONDITION OF DIFFERENT SPECIES ODONTOPREPARATION UNDER METAL-CERAMIC STRUCTURES	71
<i>А.С. Басіста, В.І. Рожко</i>	
ФАРМАКОТЕРАПІЯ ГЛІКОЗАМІНГЛІКАНАМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА	72
<i>Х.Т. Сидорак</i>	
АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПІ ХЕМО- МЕХАНІЧНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ.....	73

<i>Л.В. Смаглюк, Д.В. Шешуков</i> РОЗМІРИ ЗУБІВ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ РІЗНИХ СОМАТИПІВ.....	77
<i>Н.О. Стасюк</i> ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ІМУНОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	79
<i>І.О. Суховолец , І.В. Антонишин , А.М. Серватович</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В ІНФОРМАЦІЙНУ ЕПОХУ	81
<i>І.Р. Федун</i> СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ РОТОВОЇ РІДИНИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ.....	83
<i>С.І. Чепишко</i> КЛІНІЧНА ОЦІНКА МІСЦЕВИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ОПЕРОВАНОЇ ДІЛЯНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ЩУРІВ	84
<i>Н.В. Чорній, М.А. Лучинський, С.І. Бойцанюк, Н.В. Манащук, А.В. Чорній</i> ЗАСТОСУВАННЯ ЗУБНОЇ ПАСТИ З БЕТУЛАВІТОМ І ПЕПТИДНИМ КОМПЛЕКСОМ «VIVAХ» ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ	85
<i>Н.Л. Чухрай, О.О. Машикаринець, Т.Ю. Лисак</i> ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІВЧАТ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ...	86
<i>Б.Ф. Щепанський</i> РОЛЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В ЛЕГЕНЯХ В ДИНАМІЦІ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ	88
<i>М.М. Шило</i> ДІАГНОСТИКА МІКРОБНОГО СПЕКТРУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ НА ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	91
<i>А.Е. Захарова, Закут Яра Саллах</i> ПЛАНУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРЕДПРОТЕЗНОЇ ПОДГОТОВКИ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТЕ НА ОСНОВЕ КЛІНІКО- ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОЦЕНКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА ПАТОЛОГІЇ	93

Підписано до друку 11.04.2018. Формат 60x84/16.
Гарнітура Tinos. Друк офсетний. Папір офсетний № 1.
Ум. др. арк. 5,93. Обл.-вид. арк. 5,03.
Тираж 100 прим. Зам. № 126.

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 р.