

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ХИРУРГИИ



СБОРНИК
материалов
научно-практической конференции с
международным участием, посвященный
75-ти летию
профессора Рузина Геннадия Петровича
Харьков, 11 мая 2016 г.

г. Харьков

2016

Сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием, посвященный 75-ти летию профессора Рузина Геннадия Петровича. – Харьков, ХНМУ, 2016.- с.

В сборнике тезисов представлены результаты научных исследований и практических достижения по внедрению новых методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

Редакционная коллегия: проф. Григоров С.Н., доц. Демяник Д.С., доц. Рекова Л.П., доц. Вакуленко Е.Н.

Тезисы печатаются в авторской редакции.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов

научно-практической конференции с международным участием,
посвященный 75-ти летию профессора Рузина Геннадия Петровича

Харьков, 11 мая 2016 г.

г. Харьков

2016

Оглавление

ВЕРЕТІЛЬНИК А.В., РИБАЛОВ О. В.	1
ВОЛЧЕНКО Н.В., НАЗАРЯН Р.С.	2
ГОЛІК В.П., БРЕСЛАВЕЦЬ Н.М., ШЕПЕНКО А.Г.....	3
ДМИТРЕНКО М.І.....	5
ДМИТРИЕВА А.А.	6
ДУБОВЕЦКИЙ А. В., ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О.	9
ЕЛИСЕЕВА О.В., СОКОЛОВА И.И.	12
КОВАЛЕНКО Г. А., ГОЛІК В.П., ЯНІШЕН І. В.....	14
КОВАЧ И.В., ХОТИМСКАЯ Ю.В.....	16
КРИЧКА Н.В., БИЛОБРОВ Р.В.	19
КРИЧКА Н.В., БИЛОБРОВ Р.В.	22
ЛЮБАРЕЦЬ С.Ф., ТОМАШІВСЬКИЙ Т.О.	24
ЛЯЩУК Г.С. ¹ , ЧЕЛИЙ А.И. ²	27
МЕЛЬНИК В.Л., ШЕВЧЕНКО В.К.	29
МИКУЛИНСКАЯ-РУДИЧ Ю.Н., МЫСЬ В. А.,.....	31
НІКОЛІШИН А.К., КОТЕЛЕВСЬКА Н.В.	34
НІКОНОВ А.Ю.	38
ОБЪЕДКОВ Р.Г. *, ШВЫРКОВ М.Б. *, ГРИГОРЬЯН А.С. **.....	40
ПАТЛЯКЕВИЧ О.А.....	48
ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О., КРАВЧЕНКО В. О.	49

ПРОЦЬ Г.Б., ПЮРИК В.П., НИЧИПОРЧУК Г.П., СОЛОДЖУК Ю.І.,.....	51
ПЕРМІНОВ О. Б., ПЕРМІНОВ М.О., ЧЕЛІЙ О.І., ЧУМАЧЕНКО О.В.,	53
ПРОЦЬ Г. Б., ПЮРИК В.П., НИЧИПОРЧУК Г.П., СОЛОДЖУК Ю. І.....	54
РИБАЛОВ О.В., КОРОЛЕНКО І.А.,ЯЦЕНКО П.І.,.....	56
РЯБОКОНЬ Е.Н., СТЕБЛЯНКО Л.В., БАГЛЫК Т.В., ГУРЬЕВА Т.Е.....	57
РЯБОКОНЬ Є.М., ВОЛКОВА О.С., ЖДАНОВА Н.О., ДОЛЯ Е.І.	60
РЯБОКОНЬ Е.Н., СТЕБЛЯНКО Л.В., БАГЛЫК Т.В.,	62
САВЕЛЬЕВА Н.Н.....	64
САВЧУК О.В.	67
СВИДЛО О.А., СТЕБЛЯНКО А.А.	69
СОКОЛОВА І.І., СУХІНА І.С.	70
СТОРОЖЕВА М.В., ОСИПОВ М.В., ЛОБОДА Г.П.....	71
СТОЯН Е.Ю., СОКОЛОВА И.И.	74
ТКАЧЕНКО П.И., БЕЛОКОНЬ С.А., ГУРЖИЙ Е.В., ЛОХМАТОВА Н.М., БЕЛОКОНЬ Ю.С.	77
ШАФЕТА О.Б.	80
ШВЫРКОВ М. Б.	81
ШВЫРКОВ М.Б.	2
ШЕВЕЛА Т. Л.....	4
ШИЯН В.П., КАДНИЧАНСКАЯ В.В.	7
ЩІПСЬКИЙ О. В.	10
ЯНИШЕН И.В, ГРИШАНИН Г.Г., ДЮДИНА И.Л.	12

ЯНИШЕН И.В., КУЗНЕЦОВ Р. В., ПОГОРЕЛАЯ А.В.	15
ЯНИШЕН И.В., ПОГОРЕЛАЯ А.В., ШЕПЕНКО А.Г.....	17
СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ.....	20

Веретільник А.В., Рибалов О. В.

**КЛІТИННИЙ СКЛАД СЕКРЕТУ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У
ХВОРИХ НА НЕВРОГЕННИЙ СІАЛОЗОАДЕНІТ**

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Слинні залози є високочутливим об'єктом до нервових впливів, що потребують детального дослідження.

В науковій літературі питанням неврогенного сіалозоаденіту та методам їх діагностики приділено вкрай мало уваги. Метою дослідження було: підвищити ефективність діагностики неврогенного сіалозоаденіту на підставі оцінки результатів сіалометрії і даних цитологічного дослідження секрету зацікавлених привушних залоз.

Одним зі способів визначення морфо-функціонального стану слинних залоз є методики кількісного вивчення секреції та характеру їх клітинного складу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження увійшло 21 хворий з помірним ступенем тяжкості неврогенного сіалозоаденіту.

Матеріалом для цитологічних досліджень служив секрет привушних залоз хворих з проявами сіалозоаденіту. Сіалометрія проводилася за допомогою дренажних канюль. Для цитологічного дослідження 2-3 краплі секрету наносили на предметне скло, рівномірно розподіляючи його по всій поверхні. Матеріал висушували на повітрі і фарбували за Романовським-Гімзе.

Результати дослідження. У результаті сіалометрії привушних залоз у пацієнтів з помірним ступенем тяжкості неврогенного сіалозоаденіту кількість секрету становила $1,48 \pm 0,2$ мл за 10 хвилин дослідження (у здорових - $1,8 \pm 0,1$ мл за 10 хв).

У мазках секрету привушних залоз здорових людей спостерігалися одиничні клітини циліндричного і плоского епітелію. Зрідка виявлялися клітини, позбавлені ядер, а також одиничні непошкоджені нейтрофіли.

Що ж стосується цитологічного складу паротидного секрету у хворих з помірними проявами сіалозоаденіту в препаратах було відмічено підвищення кількості слизу, поява клітин циліндричного епітелію, ретикуло-ендотеліальних клітин, одиничних макрофагів, груп лімфоцитів на тлі скупчення нейтрофілів. Клітини плоского епітелію частіше розташовувалися в невеликих пластах, число без'ядерних клітин було вищим у порівнянні з секретом здорових, що підтверджує підвищену десквамацію плоского епітелію. Збільшення чисельності клітин плоского епітелію можна пов'язати з його активною гіперплазією в прилеглих до вістя проток залоз.

Отже, цитологічне дослідження секрету і сіалометрія привушних залоз дозволяє об'єктивно оцінювати їх морфо-функціональний стан та достовірно говорити про наявність в них запальних явищ.

Волченко Н.В., Назарян Р.С.

ПИТАНИЕ – КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Питание - это совокупность процессов, связанных с потреблением пищевых веществ и их усвоением в организме, благодаря чему обеспечивается нормальное функционирование организма и поддержание здоровья. Но, к сожалению, некоторые привычки питания становятся факторами риска общесоматических и стоматологических болезней.

С качеством и количеством питания взаимосвязаны различные общесоматические заболевания: ожирение, диабет, сердечнососудистые заболевания, рак, остеопороз. Питание влияет на развитие челюстно-лицевой области, слизистую оболочку рта, болезни твердых тканей зубов (кариес, некариозные дефекты эмали), болезни периодонта. В свою очередь стоматологические болезни влияют на качество жизни и отражаются на самооценке, способности принимать пищу и общем здоровье, причиняя боль,

беспокойство и влияя на социальное поведение. При потере зубов человек не способен употреблять определенные продукты питания, получать удовольствие от приема пищи и теряет уверенность в общении [World Health Organization; 2003].

Важную роль, в развитии болезней пародонта, играет повышенное образование свободных радикалов, при отсутствии полной нейтрализации которых повреждаются клетки и ткани организма (P. J. Moynihan, 2005; WHO, 2003). Антиоксиданты в продуктах питания, например, аскорбиновая кислота (витамин С), бета-каротин и витамин Е являются важными буферами свободных радикалов и обнаруживаются во многих фруктах, овощах, зернах и семенах. В современных исследованиях изучается потенциально защитная роль антиоксидантных питательных веществ при болезнях пародонта. Однако, не считая тяжелого дефицита витамина С, который может приводить к цинге и связанному с ней пародонтиту, еще нет достаточно веских доказательств связи между питанием и болезнями пародонта.

В странах и городах, где население постоянно недоедает или голодает, болезни пародонта прогрессируют намного быстрее. Это наблюдение объясняется ролью питания в поддержании адекватного иммунного ответа.

Голік В.П., Бреславець Н.М., Шепенко А.Г.

ФІКСАЦІЯ ПОЛІМЕРНОГО ОБЛИЦЮВАННЯ В СУЦІЛЬНОЛИТИХ КОНСТРУКЦІЯХ НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗАХ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. Металопластмасові суцільнолітні незнімні зубні протези є затребуваним бюджетним варіантом якісних естетичних конструкцій, особливо зважаючи на умови фінансової кризи. Суцільнолітний каркас відрізняється міцністю, та мала схильність до деформацій робить більш надійним кріплення полімерного облицювального матеріалу.

Однак, існує важлива технологічна умова, це створення надійного зв'язку між полімерним облицювальним матеріалом і сплавом металу.

Найбільш поширеним є використання металевих перл діаметром 0,2-0,6 мм (восковий набір), яким рівномірно покривають відповідні поверхні воскової моделі каркаса.

Мета нашого дослідження - удосконалення адгезивної системи для фіксації полімерного облицювання в суцільнолитих незнімних конструкціях зубних протезів.

Методика дослідження. Для досягнення поставленої мети, нами був запропонований спосіб виготовлення суцільнолитих металопластмасових конструкцій шляхом нанесення механічної ретенції на суцільнолитий каркас, який полягає в наступному - на суцільнолитий металевий каркас, виготовлений за класичною методикою, для незнімних конструкцій, запеченим алмазним диском (товщина 0,4 мм) наносимо численні насічки під кутом $\approx 20-30^\circ$ до осі коронки на глибину 0,2 мм. Насічки розташовуються якомога щільніше один до одного. На оклюзійну поверхню і проміжну частину також наносяться численні перпендикулярні насічки. Таким чином, здійснюється адгезивна система із допоміжними розвантажувальними майданчиками.

У подальшому, рекомендується використання розроблених нами спільно з АТ «Стома» (м.Харків) лаку покривного «Синма М + V» та естетичного облицювального полімеру «Синма М + V».

Результати дослідження. Клінічним дослідженням підлягали 88 пацієнтів у віці від 19 до 63 років, яким в основній групі були виготовлені 49 суцільнолитих комбінованих конструкцій зубних протезів за запропонованою методикою, та в контрольній - 46 конструкцій за загально прийнятою. Протягом 2 років спостережень відсоток ускладнень в основній групі склав 8,16 %, тоді як в контрольній цей показник відповідав 34,7 %.

Висновки: Запропонований нами метод дозволяє досягти високу ступінь фіксації облицювального матеріалу з суцільнолитим каркасом,

особливо при загальному використанні з новим лаком покривним «Синма М + V», чим забезпечує підвищення терміну експлуатації незнімної суцільнолитої металопластмасової конструкції.

Дмитренко М.І.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ, УСКЛАДНЕНИХ СКУПЧЕНІСТЮ
ЗУБІВ, У ЗМІННОМУ ПРИКУСІ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Скупченість зубів (СЗ) ускладнює сагітальні, вертикальні та трансверзальні форми зубощелепних аномалій (ЗЩА) (Глухова Ю. М., 2010) і супроводиться естетичними, функціональними та морфологічними порушеннями прикусу (Алімова М. Я., Григор'єва О. Ш., 2012). Отож удосконалення відомих методик діагностики і лікування пацієнтів із ЗЩА, ускладненими СЗ, обґрунтування доповнень та корекції відомих засобів новими, менш небезпечними і водночас більш дієвими із зменшенням витрат на лікування мають важливе значення для практичної та наукової стоматології взагалі та ортодонтії зокрема.

Мета дослідження – розробити і дослідити ефективність комплексного лікування дітей із застосуванням запропонованих методик та ортодонтичних конструкцій у пацієнтів із ЗЩА, ускладненими СЗ.

Проведено ортодонтичне лікування 37 дітей зі ЗЩА, ускладненими СЗ важкого ступеня тяжкості, в період змінного прикусу. У основну групу увійшло 27 осіб (середній вік $11,93 \pm 0,73$ року), які лікувалися з використанням знімних ортодонтичних апаратів власної конструкції (патент України № 45832) і додатковим застосуванням авторських науково-практичних розробок (патенти України № 14426, № 14430, № 14437, № 57474 та свідоцтво про реєстрацію авторського права на науковий твір № 57800). Контрольну групу склали 10 пацієнтів (середній вік $12,6 \pm 1,28$

років), лікування яких проводили традиційними знімними апаратами з гвинтами. Достовірність відмінностей отриманих результатів для різних груп виявляли за допомогою t-критерію Стьюдента. До лікування порівняльний аналіз не виявив достовірної різниці між групами в залежності від віку, статі, наявності патології прикусу у вертикальній, сагітальній та трансверзальній площинах, а також локалізації та ступеня тяжкості СЗ ($p > 0,05$).

Після ортодонтичного лікування за результатами порівняння даних обох груп встановлено достовірну різницю між середніми термінами лікування запропонованими комплексними методами і традиційними. Отримані дані свідчать, що у осіб, яким проводили лікування СЗ верхньої щелепи комплексним методом із застосуванням авторських знімних апаратів, спостерігалось скорочення середнього терміну активного періоду лікування порівняно з пацієнтами контрольної групи в середньому в 1,6 рази. Також у пацієнтів основної групи виявлено скорочення терміну лікування СЗ нижньої щелепи порівняно з дітьми контрольної групи у середньому в 1,4 рази ($p < 0,05$).

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать, що використання в ортодонтичному лікуванні дітей із ЗЩА, ускладненими СЗ, власних науково-практичних розробок сприяє скороченню тривалості лікування порівняно з загальноприйнятим у середньому в 1,45 рази ($p < 0,05$).

Дмитриева А.А.

УЧИТЕЛЬ И УЧЕНИК

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков

Подборка афоризмов из Мира мудрых мыслей на тему «Учитель и ученик», посвященная 75-летию Учителя, профессора, прекрасного хирурга, высоко интеллигентного человека Геннадия Петровича Рузина с пожеланиями доброго здоровья, творческого долголетия, преданных учеников!

Дорогой учитель! Мы благодарны тебе за то, что ты научил трудной и
сложной науке оставаться Человеком среди людей!

Из письма студентов-медиков к Н.И Пирогову

#

В чем разница между хорошим и великим учителем?
Хороший учитель развивает способности ученика до предела,
Великий учитель сразу видит этот предел.

Мария Калласе

#

Ничто так прочно не запоминают ученики,
Как ошибки своих учителей.

Антон Лигов

#

Плохо не иметь Учителя,
Но куда хуже – не иметь Ученика.

И.Шевелев

#

Легче зажечь одну маленькую лампочку,
Чем проклинать темноту.

Конфуций

#

Чтобы быть хорошим преподавателем, нужно любить то,
Что преподаешь, и любить тех, кому преподаешь.

Ключевский

#

Недостаточно овладеть мудростью,
Нужно так же уметь ею пользоваться.

Цицерон

#

Древние говорили, что застенчивый не ученик,
Вспыльчивый не учитель. Первый не спросит,
второй не объяснит.

#

Высшим благом среди всех есть знание: его не отнять,
оно неоценимо и никогда не исчезнет

Из древнегреческих афоризмов

Ученик, предавший своего учителя –

Потенциальный предатель Родины.

И. Шевелев

#

Скромность украшает человека...

Если есть, что украшать.

И.Шевелев

#

Образование есть то, что остается после того,

Как забывается все, чему на учили в школе.

А.Эйнштейн

#

Человек образованный – тот, кто знает.

Где найти то, что он не знает.

Георг Зиммель

#

Основная цель образования – это не знание,

А действие на основе знаний.

Б.Паскаль

#

Надо учить не мыслям,

А мыслить.

И.Кант

#

Мудрец стыдится своих недостатков,

Но не стыдится исправлять их.

Конфуций

#

Статую красит ее вид,

А человека – деяния его.

Пифагор

#

Не считай себя великим человеком

По величине твоей тени при заходящем солнце.

Пифагор

#

Одни – мыслят, другие – цитируют.

И. Шевелев

#

Острый ум ранит других, тупой себя.

Дж. Свифт

#

Сомнения – это признак не столько слабого характера
Сколько сильного ума.

И.Шевелев

Как важен, велик и священ сан воспитателя:
В его руках участь целой жизни человека.

В.Г. Белинский

#

Все в ваших руках, поэтому их нельзя опускать.
Коко Шанель

Дубовецкий А. В., Походенько-Чудакова И. О.

**ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПОМОЩИ
ТЕПЛОВИЗОРА В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА**

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение. На современном этапе вопрос об адекватности травмирования кости при выполнении хирургических вмешательств является одним из ключевых моментов при решении большинства задач хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Моххамед А. Альшери, 2011; И. У. Мушеев, 2016). Общеизвестен тот факт, что ни одно оперативное вмешательство на костях лицевого скелета не обходится без непосредственного препарирования кости, а именно: сверление, распиливание, сглаживание острых и выступающих участков (С. А. Наумович и соавт., 1997; С. А. Сафаров и соавт., 2012). При их осуществлении применяется теория резания материалов, предписывающая выполнение перечисленных технологических процессов с максимальной производительностью – за минимальный период времени с минимальными затратами усилий на теплопродукцию (Н. П. Мазур, 2013). Обращает на себя внимание и тот момент, что последнее условие в полной мере соответствует требованиям эргономики при выполнении хирургических вмешательств (S.

Kalghatgi et al., 2014). В тоже время доказанным является то, что тепловидение объективный и надежный метод исследования, а также динамического наблюдения за течением патологических процессов в организме (А. Г. Шушарин и соавт., 2011, М. J. Chen et al., 2010), в том числе и в костной ткани (D. T. Arthur et al., 2011). Известны работы, содержащие информацию о возможности измерения температуры на поверхности костной ткани при проведении тех или иных инвазивных манипуляций (В. Л. Параскевич, 1992; E. Anita et al., 2005). Однако на текущий момент в доступной отечественной и зарубежной специальной литературе не отмечено публикаций, содержащих сведений о способах регистрации температурных показателей костной ткани челюстей в процессе ее препарирования, не оценены преимущества и недостатки данного вида оценки инвазивного воздействия на кость.

Цель работы – оценить информативность тепловидения для регистрации температурных показателей костной ткани челюсти при проведении операции дентальной имплантации в эксперименте.

Объекты и методы. Экспериментальные исследования выполнялись на пяти животных (кроликах породы «Шиншилла»), в соответствии с требованиями, регламентирующими работу с экспериментальными животными (Д. С. Денисов, Т. С. Морозкина, 2001) и были одобрены Комитетом по биоэтике УО «Белорусский государственный медицинский университет». Всем экспериментальным животным постановка дентального имплантата осуществлялась внеротовым способом по методике И. О. Походенько-Чудаковой и соавт. (2015). При этом препарирование костной ткани у животных осуществлялось со скоростью вращения режущего инструментария 500 об/мин без охлаждения. У всех наблюдаемых животных для имплантации использовались дентальные имплантаты MIS 3,75 x 10. Последующие этапы операции полностью соответствовали требованиям протокола производителя имплантационной системы. Ведение послеоперационного периода осуществлялось стандартно с проведением

ежедневных перевязок с обработкой послеоперационной раны и полости рта растворами антисептиков и сменой повязки. Кроме того, с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде всем наблюдаемым животным непосредственно после завершения операции внутримышечно однократно был введен антибиотик «Клиндамицин» в дозе 300 мг. Температурные показатели в процессе оперативного вмешательства фиксировались при помощи тепловизора Flir i60 (Л. Н. Хижняк и соавт., 2012).

Результаты. Была определена температура кости после скелетирования участка челюсти до препарирования, составившая 34,5°C. Данные температур, полученные при воздействии на костную ткань различными типами инструментов в процессе препарирования с целью подготовки ложа дентального имплантата представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Температурные показатели, полученные при воздействии на костную ткань различными типами инструментов в процессе препарирования с целью подготовки ложа дентального имплантата

Тип инструмента для препарирования костной ткани	Температурные показатели	
	При скорости вращения режущего инструментария 500 об/мин	Температурный градиент (Δt)
Пилотное сверло (шаровидный бор)	40,1°C	5,6°C
Фреза с белой маркировкой 2,4 мм.	40,4°C	5,9°C
Фреза с красной маркировкой 2,8 мм.	42,6°C	8,1°C
Фреза с синей маркировкой 3,2	38,1°C	3,6°C

мм.		
-----	--	--

Полученные результаты указывают на достоверные изменения температурных показателей в процессе препарирования тканей при использовании всех типов режущих инструментов.

Заключение. Проведенные исследования позволяют заключить, что тепловизионное исследование для регистрации температурных показателей костной ткани челюсти при проведении операции дентальной имплантации в эксперименте является достаточно точным и информативным методом, что позволяет рекомендовать его в качестве одного из методов оценки указанного инвазивного воздействия на костную ткань.

Елисеева О.В., Соколова И.И.

**ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ
КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИМИ
ПРЕПАРАТАМИ.**

Харківський національний медичний університет, м.Харків

Красный плоский лишай (КПЛ) - это хроническое воспалительное, часто рецидивирующее заболевание кожи и слизистой полости рта с невыясненной этиологией. В развитии КПЛ с локализацией на слизистых оболочках полости рта (СОПР) существенное значение имеют провоцирующие факторы, которые нарушают стойкость слизистой оболочки к травматизации.

Цель исследования - изучить влияние индивидуальных средств гигиены полости рта и лизоцимсодержащих лекарственных препаратов в комплексе лечебных мероприятий у больных генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая.

Материалы и методы исследования. Клиническую группу составляли 10 пациентов возрастом 35-60 лет, больных на ХГП I степени

тяжести на фоне типичной формы КПЛ. Местное лечение состояло из профессиональной гигиены полости рта и индивидуальной гигиены, которая включала традиционную чистку зубов с использованием лечебно-профилактической зубной пасты «Лакалут актив» (Германия) дважды в день, зубного эликсира «Лизомукоид» от 3 до 5 раз в день и лизоцимсодержащий гель «Фитолизоцим», который наносили на места поражения СОПР и десневой край два раза в день курсом 8 дней. Для оценки клинической эффективности лечебных мероприятий определяли упрощенный индекс гигиены по Грину – Вермильону (ОНИ-S); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) С. Parma; пародонтальный индекс (PI) A.L. Russel

Полученные результаты. Показатели РМА существенно уменьшился с показателей $21,98 \pm 1,86$ баллов (до лечения) до значения $15,55 \pm 0,35$ баллов (после лечения) ($p < 0,05$). Значения PI после проведенных лечебных мероприятий изменился с $1,33 \pm 0,05$ баллов до $0,86 \pm 0,05$ баллов после лечения ($p < 0,05$). На фоне исчезновения воспалительных явлений наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости рта. Так через 14 дней после начала лечения упрощенный индекс гигиены (по Грину - Вермильону) уменьшился до значения $0,84 \pm 0,12$ баллов по сравнению с первоначальным показателем до лечения $1,57 \pm 0,17$ баллов ($p < 0,05$).

При обследовании через 14 дней после лечения у 8 пациентов показатели гигиенического и пародонтальных индексов нормализовались, у 2 пациентов пародонтальные индексы не имели тенденции к существенному улучшению в связи с чем, продолжили лечение.

Выводы. Проведенное исследование доказывает положительное влияние лизоцимсодержащих лекарственных средств на ткани пародонта при сочетанном течении ХГП и КПЛ. При этом комплекс лечебно-профилактических мероприятий должен включать: «Лизомукоид», «Лисобакт», «Фитолизоцим».

Коваленко Г. А., Голік В.П., Янішен І. В.

**РОЗРОБКА МАТЕРІАЛУ НА ОСНОВІ С-СИЛІКОНУ ДЛЯ
КОМПРЕСІЙНИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВІДБИТКІВ**

Харківський національний медичний університет, м.Харків

Вступ. Одним з найбільш складних розділів ортопедичної стоматології є протезування беззубих щелеп. Вчені відзначають, що із-за вираженої атрофії альвеолярних відростків до 40% пацієнтів мають неблагополучні умови для протезування. Тому дуже важливим етапом в виготовленні повноцінного у функціональному і естетичному відношенні знімного протеза є одержання відбитка, який найбільш точно відображає поверхні твердих та м'яких тканин, розташованих на протезному ложі та його границях.

За результатами вивчення фахової літератури та інноваційних розробок стосовно досліджуваної проблеми з'ясовано, що провідними країнами щодо стоматологічного матеріалознавства є Чехія, Італія, Німеччина, США, Україна та Росія. Але щодо силіконових матеріалів, які могли б використовуватись для отримання компресійних функціональних відбитків при виготовленні повного знімного пластинкового протеза, на жаль є проблема. Ті відбиткові матеріали, що використовує більшість стоматологів-ортопедів, мають низьку в'язкість, що впливає на якість відбитка. В сучасній стоматології відсутня група С-силіконових матеріалів середньої в'язкості, так необхідної нам для якісного відображення протезного ложа.

Мета дослідження — розробити рецептуру і експериментально дослідити силіконовий матеріал для компресійних функціональних відбитків середньої в'язкості.

Об'єкт і методи дослідження. У зв'язку з цим нами спільно зі співробітниками акредитованої в системі УкрСЕПРО дослідної лабораторії стоматологічних матеріалів АТ «Стома» розроблена рецептура і експериментально досліджений силіконовий матеріал для функціональних відбитків «Стомасіл» середньої в'язкості.

Технічний ефект нашого винаходу обумовлений якісними й кількісними складовими рецептури та полягає в розширенні арсеналу вітчизняних відбиткових матеріалів, що досягається за рахунок підвищення пластичності матеріалу, що покращує його функціональні і клінічні можливості.

Пластичність матеріалів — це їх властивість змінюючи свою форму під дією навантаження, зберігати нову форму після зняття навантаження.

«Стомасіл» — це С-силіконовий відбитковий матеріал, що твердіє по реакції поліконденсації під впливом пасти-гелю.

Результати досліджень та їх обговорення. При розробці оптимальної складової нового відбиткового матеріалу нами досліджені три варіанти різних за структурою композицій матеріалу, що дозволило нам відібрати ту рецептуру, яка найбільш забезпечує матеріал фізико-механічними та токсико-гігієнічними властивостями, необхідними для отримання функціонального відбитку.

З позиції взаємодії «компонентна структура-властивості» матеріалу нами були досліджені компонентно-функціональні залежності різних варіантів рецептури матеріалу для функціональних відбитків середньої в'язкості, оцінені індикативні властивості зразків (по 20 зразків кожної рецептури) у лабораторних умовах на дослідній моделі.

На заключному етапі обґрунтування вибору рецептури силіконового матеріалу для функціональних відбитків виконана зовнішня експертиза за токсикологічними показниками. За результатами досліджень подразнюючої та сенсibilізуючої дії витяжок на шлунок, шкіру, слизову оболонку, які були проведені на базі Проблемної лабораторії морфо-функціональних досліджень Національного фармацевтичного університету (м. Харків) зроблено висновок, що у матеріалу «Стомасіл» відсутня біотоксична дія та силіконовий матеріал для функціональних відбитків «Стомасіл» відповідає вимогам СанПіН Б-91.

Висновки. Завдяки порівняльному аналізу експериментальних рецептур нового силіконового матеріалу за їх індикативними властивостями був обран матеріал, що за своїми основними індикативними властивостями відповідає

нормативним вимогам ТУУ 24.6-00481318-041: 2005 і є оптимальним для отримання декомпресійних функціональних відбитків при виготовленні повних знімних пластинкових протезів.

Ковач І.В., Хотимская Ю.В.

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ
ФОРМАМИ ЛЕЙКЕМИИ НАФОНЕ ПРИЕМАЦИТОСТАТИКОВ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Поражения слизистой оболочки полости рта при онкогематологических заболеваниях у детей являются предметом пристального внимания ученых.

Исследования различных авторов установили, что изменения СОПР при острых формах лейкемии у детей наблюдаются в 72-91% случаев. Наиболее часто встречаемая форма острой лейкемии у детей - острый лимфобластный лейкоз, что составляет приблизительно 25% от всех злокачественных новообразований в педиатрии.

Острые формы лейкемии у детей имеют как общесоматические проявления, так и симптоматические на СОПР, такие как: гиперплазия десен, язвенно-некротический стоматит, геморрагический синдром, кандидозные поражения различной степени тяжести, сухость в полости рта, нарушения вкусовой чувствительности, зуд в деснах.

Нельзя не отметить, в связи с переходом на более интенсивные программы полихимиотерапии для лечения острого лейкоза у детей в последнее десятилетие стали актуальными вопросы химиотерапевтических поражений СОПР и их лечение.

Цитостатики характеризуются высокой биологической активностью и отсутствием избирательного эффекта, в результате чего они вызывают

повреждение различных органов и тканей (побочное действие препаратов) — в первую очередь, содержащих крупные популяции быстро обновляющихся клеток (костный мозг, слизистая оболочка пищеварительного тракта, волосяные фолликулы). Почти все цитостатики являются мощными иммунодепрессантами, многие обладают мутагенными, тератогенными и канцерогенными свойствами.

Цитостатики оказывают на ткани СОПР двойное влияние. Во-первых, они обладают *прямым цитотоксическим эффектом*, который обусловлен непосредственным повреждающим действием этих препаратов. Во-вторых, отмечается *непрямое влияние* цитостатиков на СОПР, которое связано с внедрением в ее поврежденные ткани микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности.

Таким образом, несмотря на то, что полихимиотерапия в настоящее время является наиболее эффективным средством воздействия на течение лейкозов, она обладает серьезным недостатком - возможностью токсического влияния на организм, в том числе и на слизистую оболочку полости рта.

Поэтому, **целью** нашего исследования явилась оптимизация местного лечения поражений СОПР у детей с острыми формами лейкемии на фоне приема цитостатиков.

Материалы и методы исследования. В условиях отделения гематологии Днепропетровской городской детской клинической больницы №8 нами было обследовано 126 детей с острым лимфобластным лейкозом в возрасте от 2 до 18 лет (82 мальчика и 44 девочки). Дети были поделены на 2 группы – основную (73 ребенка) и группу сравнения (53 ребенка). В каждой из них выделяли возрастные группы детей: 2-5, 6-8, 9-11, 12-14, 15-18 лет.

Нами был предложен лечебно-профилактический комплекс на основе препаратов, разработанных в лаборатории Института стоматологии АМН Украины. В состав местного лечебно-профилактического комплекса вошли: зубной эликсир «Гранатовый», мукозальный гель «Виноградный», препарат антиоксидантных витаминов и провитаминов «Катомас».

Мукозальный гель «Виноградный» содержит полифенольные вещества из листьев винограда, в которых обнаружены биофлавоноиды, обладающие Р-витаминной активностью, антоцианы, которым свойственно противовоспалительное действие, хлорогеновая кислота, оказывающая антимикробное и гепатопротекторное действие, а также ресвератрол, который угнетает развитие злокачественных новообразований. Для гигиены полости рта использовали зубной эликсир «Гранатовый», содержащий биофлавоноиды (антоцианы), галловые и эллаговые кислоты, а также таннины, что способствовало выраженному торможению роста условно-патогенной микрофлоры и повышению уровня антимикробной защиты в полости рта у детей основной группы. На этапах эпителизации применяли препарат антиоксидантных витаминов и провитаминов «Катомас» - на основе сбалансированной смеси растительных масел (соевое, кукурузное, горчичное масла, beta-каротин, alpha- и gamma-токоферолы).

Все обследованные нами дети с ОЛЛ были поделены на 3 группы:

Дети первой группы получали курс местных лечебно-профилактических мероприятий в соответствии со схемами протокольного лечения.

Детям второй группы на фоне стандартных схем протокольного лечения применяли разработанный лечебно-профилактический комплекс.

Детям третьей группы назначали местно только препараты, разработанного лечебно-профилактического комплекса.

Схема применения лечебно-профилактического комплекса:

Зубной эликсир «Гранатовый» применяли для полосканий. Одну чайную ложку разводили на 50 мл питьевой воды и рекомендовали полоскать 1 минуту 3 раза в день после приема пищи.

Мукозальный гель «Виноградный» наносили через полчаса после приема пищи 3 раза в день в течение 2 недель с лечебной целью и 1 раз в день на ночь с целью профилактики при длительных курсах химиотерапии.

Препарат антиоксидантных витаминов и провитаминов «Катомас» применяли на этапах эпителизации в виде аппликаций на СОПР 2-3 раза в день через 30 мин после еды.

Результаты применения лечебно-профилактического комплекса:

Группа обследуемых детей	Результат лечения (количество дней)
Первая	18-21 день
Вторая	7-10 дней
Третья	10-12 дней

Выводы:

1. Лечебно-профилактический комплекс, в состав которого входит мукозальный гель «Виноградный» и зубной эликсир «Гранатовый», препарат антиоксидантных витаминов и провитаминов «Катомас», оказывает выраженное антимикробное, мукозопротекторное и антиоксидантное действие при воспалительных процессах в слизистой оболочке полости рта у детей с онкогематологической патологией, принимающих курсы полихимиотерапии.

2. Полученные результаты ускорения процессов регенерации СОПР у детей 2 и 3 обследуемых групп дают основания рекомендовать применение мукозального геля «Виноградный», зубного эликсира «Гранатовый», препарата «Катомас» в комплексе местных лечебно-профилактических мероприятий при лечении поражения слизистой оболочки полости рта на фоне приема цитостатиков при острых формах лейкемии у детей.

Кричка Н.В., Билобров Р.В.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА,
ВЫЗВАННОГО ПЛАСТМАССОВЫМ ПРОТЕЗОМ.**

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харков

Слизистая оболочка неба имеет вид как бы гранулированных ярко-красных, блестящих очагов, резко очерченных по контуру, а по форме и величине точно соответствующих размеру протеза. Воспаление, которое возникло в результате механического воздействия, не имеет такой чёткой выраженной формы. Оно зависит от степени механического воздействия. Уже на основании этого различия можно сделать выводы о причине воспаления. Следует подчеркнуть, что механическое воздействие является способствующим, подготавливающим фактором, так как улучшает всасывание аллергенов. Кроме того в очаге воспаления нарушается обмен веществ, что также способствует развитию аллергического заболевания на акриловые протезы. Воспаление под базисом съёмного протеза сопровождается отёком и резко выраженной гиперемией.

Иногда воспаление распространяется за пределы протезного ложа на участки слизистой оболочки губ, щек, спинки языка, которые контактируют с наружной поверхностью протезов. Механическое раздражение протезом усугубляет картину аллергического воспаления. И на фоне красной разрыхлённой слизистой оболочки протезного ложа могут обнаруживаться структурные изменения гипертрофического характера: мелкие ворсиноподобные папилломатозные разрастания. Крупные грибовидные одиночные папилломы, иногда заеда в углах рта. В отдельных случаях объективно не отмечается признаков воспаления.

При статической обработке данных выявлена связь (коэффициент корреляции $r > 0,11$) между аллергическим заболеванием, вызванным акрилатами и состоянием полости рта: гиперемия всех слизистых оболочек полости рта ($r = 0,26$), гиперемия слизистых оболочек нёба и губ ($r = 0,25$), отёк слизистых оболочек нёба и губ ($r = 0,29$), отёк нёбных дужек ($r = 0,40$), Чаще аллергический стоматит развивается у больных при полной потере зубов на верхней челюсти ($r = 0,22$), а также при частичной потере на верхней и

полной потере зубов на нижней челюсти ($r=0,24$), При осмотре протезов отмечается изменение цвета пластмассы ($r=0,37$).

Для больных аллергическим стоматитом, пользующихся съёмными протезами из акриловой пластмассы, характерны также другие аллергические реакции: покраснение кожи, повышение температуры тела ($37- 37,4$ °C), острый дерматит лица, кистей рук, диспепсия, чувство жжения в желудке, хронический ринит, конъюнктивит.

Появление этих реакций больные связывают с протезами из пластмассы. Снятие протезов, как правило, вызывает улучшение состояния, при введении протеза в полость рта вновь возникает клиническая картина заболевания. Следует отметить, что аллергические реакции на акрилаты, проявляющиеся вне полости рта, возникают при изменённой реактивности организма.

Статистическая обработка наших данных позволила установить корреляционную зависимость между аллергическим стоматитом на пластмассу и другими заболеваниями ($r>0,11$): гипертонической болезнью ($r=0,21$). Статистически значимо развитие аллергического стоматита в зависимости от сроков пользования протезами: от 5 до 10 лет ($r=0,12$) и после повторного протезирования ($r=0,12$).

Сравнительные данные о частоте аллергического стоматита показывают, что на различные аллергены (металлы, мономер) организм отвечает одинаковой клинической картиной гиперергического воспаления. Характерны почти однотипные жалобы, выражен период бессимптомной сенсibilизации, у всех больных изменяется реактивность. Наиболее информативны данные, полученные иммунологическими и аллергологическими методами исследования. Однако выявляются и значительные различия: при протезе из акрилатов чаще наблюдается жжение и воспаление под протезом, из металлов – чаще жжение и воспаление всех слизистых оболочек. По-видимому, это связано с особенностями конструкции протезов, жевательными нагрузками на подлежащие ткани и

содержанием аллергена. Исключение механического воздействия протезов на слизистую оболочку полости рта с проведением комплексной десенсибилизирующей (при показаниях - противовоспалительной) терапии приводят к полному выздоровлению пациентов.

Кричка Н.В., Билобров Р.В.

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ.

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харков

По данным литературы при полном отсутствии зубов протезы рекомендуются менять через каждые 3-4 года, так как процессы резорбции костной ткани, начавшиеся после удаления зубов, продолжают и под пластиночным протезом. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что атрофия проходит неравномерно. В клинике это проявляется в том, что протезы начинают плохо фиксироваться, балансировать. На различных участках под протезом могут отмечаться болевые точки.

При исследовании протезов видно, что бугры жевательных и режущие края передних зубов стираются, в результате чего пациенты могут жаловаться на затруднённое разжёвывание пищи. При этом, как правило, жевательная функция остаётся высокой. Однако значительно увеличивается продолжительность жевательного периода.

В связи со стёртостью пластмассовых зубов у пациентов чаще всего отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, причём в зависимости от продолжительности пользования протезами и степени стёртости пластмассовых зубов снижение может составлять от 2 до 10 мм и более. Кроме того такие протезы часто бывают покрыты тёмным налётом. Стёртые зубы ухудшают эстетические качества протезов. В связи с несоответствием

протеза протезному ложу, а также из-за старения пластмассы пациенты иногда жалуются на частые поломки протезов.

При повторном ортопедическом лечении больных последовательность клинических этапов ничем не отличается от общепринятых. В то же время имеются некоторые нюансы, знание которых позволяет предупредить возможные ошибки. Следует отметить, что при повторном протезировании, врач имеет дело с пациентом, который уже ранее пользовался съёмными протезами и психологически к этому подготовлен. Работа с подобными пациентами упрощается, так как исчезает предубеждённость против съёмного протеза свойственная многим пациентам, особенно женщинам. Такие пациенты, как правило, значительно быстрее адаптируются к новым протезам. Начиная их лечение необходимо тщательно исследовать имеющиеся у них протезы. После проведения определённой коррекции их с успехом можно использовать для получения оттисков. Поскольку пациент хорошо адаптирован к протезам, получая оттиски под действием силы жевательного давления в привычных для больного условиях, можно добиться хороших результатов.

По вопросу о лечении пациентов со сниженным межальвеолярным расстоянием существуют различные точки зрения. Одни авторы считают, что высоту восстанавливать не следует. По мнению других, это необходимо проводить постепенно. Н.В.Калинина предлагает проводить так называемое нейромышечное переобучение. В основе которого лежит подготовка центральной нервной системы, а также произвольной и рефлекторной двигательной активности мышц. Это достигают путём поднятия межальвеолярного расстояния с помощью капп выше уровня физиологического покоя мышц. При этом используют физиологическую особенность миотатического рефлекса – снижение сократительной способности мышц при их запредельном растяжении. С помощью каппы высоту межальвеолярного расстояния поднимают на 3-4 мм выше уровня физиологического покоя. Такой каппой пациенты должны пользоваться от 3

месяцев до 1 года. Клиническими признаками, свидетельствующими о завершении подготовки нейромышечного аппарата, являются ощущения удобства и желание пациента пользоваться каппой постоянно, в том числе и во время жевания. После этого пациенту изготавливают протезы с нормальной высотой нижнего отдела лица. Многие пациенты не соглашаются на такое длительное и мучительное лечение.

Основываясь на большом количестве клинических данных, мы считаем, что пациентам, у которых снижена высота нижнего отдела лица, можно восстанавливать высоту также одномоментно, не прибегая к перестройке миотатического рефлекса.

Исследуя имеющиеся у больного протезы, особое внимание обращают на форму и величину искусственных зубов, а также на конфигурацию зубной дуги, с тем, чтобы не повторить имеющиеся ошибки при конструировании искусственных зубных рядов во вновь изготовленных протезах.

Особое внимание необходимо обращать на то, чтобы в новых протезах не была заужена зубная дуга. Если в старых протезах была бипрогнатия, пациенты будут жаловаться на нехватку места для языка.

Особые трудности представляет протезирование больных, у которых на старых протезах возник привычный прикус (прогения, сдвиг в сторону). Хотя клиницисты рекомендуют в новых протезах делать такую же постановку искусственных зубных рядов наши клинические исследования говорят об обратном. Новые протезы необходимо делать с правильной постановкой. С высокими буграми, чтобы препятствовали смещению в привычный прикус и проводить разъяснительную работу с пациентами (обучать их правильно смыкать челюсти).

Любарец С.Ф., Томашівський Т.О.

**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ З
РІЗНОЮ СОМАТИЧНОЮ ТА ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Робота є фрагментом виконання науково-дослідної роботи кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця “Діагностика, лікування і профілактика захворювань твердих тканин зубів на різних етапах їх розвитку у дітей” (0116U000122).

Соматичне здоров'я дитини тісно пов'язане з її стоматологічним статусом. Дані літератури свідчать про високу розповсюдженість карієсу та захворювань тканин пародонту у дітей з різними соматичними та ендокринними захворюваннями, але практично відсутня інформація щодо поширеності вад твердих тканин зубів у дитячих контингентів з вищевказаною патологією.

Вади розвитку твердих тканин зубів у дітей становлять різноманітну за клінічними проявами і походженням групу захворювань. Найпоширенішим захворюванням твердих тканин зубів некаріозного генезу є гіпоплазія емалі. Різновидом системної гіпоплазії емалі є молярно-різцева гіпомінералізація емалі (МРГ), критерії діагностики якої було визначено у 2003 році на семінарі European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). Розповсюдженість МРГ в Україні на сьогодні не вивчалась. Враховуючи все вищезазначене, вивчення уражень твердих тканин зубів некаріозного генезу у дітей з різною соматичною та ендокринною патологією є актуальним.

Проведено обстеження 294 дітей, які перебували на санаторно-курортному лікуванні в Державному закладі "Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій "Джерело" МОЗ України (м. Трускавець Львівської області).

Інформацію щодо анамнезу життя, загального стану здоров'я дитини отримували з історій хвороб. Серед захворювань обстежених контингентів превалювали хронічні захворювання ШКТ (дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічні гастрити без загострення), захворювання нирок (хронічний пієлонефрит без загострення), ендокринна патологія (дифузне нетоксичне воло, тиреоїдити). Оцінку характеру некаріозних уражень зубів здійснювали

згідно з міжнародною класифікацією стоматологічних хвороб (МКХ-С). Серед них, відповідно до класифікації МКХ-С, діагностована патологія твердих тканин зубів, що відноситься до груп: “Крапчаті зуби” (K00.3), “Порушення формування зубів” (K00.4), “Спадкові вади розвитку твердих тканин зубів” (K00.5).

Вади твердих тканин зубів діагностовані у 120 дітей (40,82%).

Системну гіпоплазію емалі, молярно-різцеву гіпомінералізацію емалі, флюороз було виявлено у 104 дітей із соматичною та ендокринною патологією. З них із захворюваннями ШКТ – 73 особи: хронічні гастрити, хронічні гастродуоденіти без загострення - 21 дитина (20,2%), патологія жовчовивідних шляхів (дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистит) – 52 дитини (50,0%). У 12 дітей з захворюваннями ендокринної системи (дифузне нетоксичне воло, еутиреоз – 9 (8,65%) дітей, тиреоїдит, еутиреоз – 3 особи (2,89%)), 9 (8,65%) дітей із захворюваннями нирок (хронічний пієлонефрит без загострення), 10 (9,61%) дітей з іншими захворюваннями також було діагностовано вищезазначені вади твердих тканин зубів. В групу інших захворювань були включені: цукровий діабет, лімфоаденопатія, доліхосигма.

Гіпоплазія емалі (K00.40) була встановлена у 62 (21,08%) обстежених з патологією ШКТ та ендокринної системи. Системна гіпоплазія емалі зубів була встановлена у 18,7% від загальної кількості обстежених.

Слід відзначити, що у дітей з захворюваннями ШКТ була виявлена МРГ (11,29%), яка проявлялась несиметричним ураженням різного ступеня тяжкості різців і перших молярів при відсутності видимих причин порушення розвитку цих зубів. На сьогодні, з урахуванням відсутності визначення даного патологічного стану в МКХ-С, МРГ відносять до різновиду гіпоплазії емалі.

У 4 дітей (1,36%) була діагностована місцева гіпоплазія, яка локалізувалась на малих кутніх зубах верхньої та нижньої щелеп, а також на

постійних різцях. Зуб Тернера (K00.46) було діагностовано у 2-х дітей (0,68%).

У 8 обстежених дітей (2,72%) було встановлено дилаceraцію (тріщину емалі) (K00.44).

Флюороз діагностовано у дітей з захворюваннями ШКТ (23 дитини) та нирок (9 дітей) і не виявлявся у дітей з ендокринною патологією.

Спадкові вади розвитку встановлені у 0,68% обстежених і представлені незавершеним амелогенезом (K00.50).

Отримані дані свідчать про значну розповсюдженість вад твердих тканин зубів у дітей. Діти з вадами твердих тканин зубів на тлі соматичної та ендокринної патології потребують диспансерного нагляду стоматолога та проведення курсу лікувально-профілактичних заходів з метою запобігання ускладнень.

Лящук Г.С.¹, Челий А.И.²

Перминов О.Б.³, Шургот Ю.Ю.⁴

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТРАЦНОГО ШВА ПРИ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ РТА

**¹ Ивано-Франковская областная стоматологична поликлиника г.Ивано-
Франковск**

**² Ивано-Франковский государственный медицинский университет
г. Ивано-Франковск**

В отличии от общей хирургии, где ушиванием раны часто занимается ассистент, в хирургической стоматологии это должен делать оперирующий хирург. От качества швов зависит результат всей работы врача, что особенно важно при костнопластических операциях. Подсаживаемый материал должен быть полностью укрыт под слизисто-надкостничным лоскутом. Большое значение имеет также эстетика и хорошее кровоснабжение в месте соединения тканей.

Цель исследования: сравнить качество заживления постоперационной ран, в зависимости от вида шва.

Хирургический шов - это соединение тканей и краев раны с помощью шовного материала.

Основными задачами шва, при остеопластических операциях, являются:

- заживление раны первичным натяжением;
- обеспечение поддержания краев раны до полного заживления;
- предупреждение оголения и резорбции костной ткани под лоскутами;
- обеспечение гемостаза;
- уменьшение боли в послеоперационном периоде;
- обеспечение правильного положения лоскута.

В тоже время, известно, что швы мешают процессу заживления: вокруг шовного материала нарушается процесс ориентации соединительной ткани; входные отверстия швов могут быть " входными воротами" для инфекции; швы создают компрессию на ткани, ухудшая крово- и лимфоток в области раны.

При накладывании шва возникают противодействующие силы. Внутри петли происходит сдавливание тканей, а снаружи – растягивание, что может приводить к образованию гипертрофированных рубцов. Если равновесие этих сил нарушается, то это приводит к разрыву мягких тканей или нитки, в ином случае к некрозу краев раны. В эстетическом плане это приводит к неудовлетворительным результатам. Отсюда вывод – шов должен накладываться как можно дальше от края раны, в тоже время обеспечить все задачи, которые он должен выполнять.

При костнопластических операциях, для снятия напряжения тканей, мы используем горизонтальный петлевидный матрасный шов. Преимуществами этого шва есть то, что края раны не подвергаются компрессии, есть возможность сблизить большой объем тканей, благодаря чему увеличивается

контакт между краями раны и соответственно уменьшается сила натяжения на единицу площади.

В хирургической стоматологии большой популярностью пользуется модифицированный вертикальный матрацный шов по Лауреллю. Мы в своей практике используем данную модификацию для горизонтального матрацного шва. Это позволяет нам избежать недостатков классического горизонтального матрацного шва и обеспечивает оптимальное заживление мягких тканей над областью костной пластики.

Контролем служили оперативные вмешательства с использованием узловых швов, Всего, под наблюдением, было 37 пациентов. У 19 из них - использовался матрацный петлевидный шов; у 18 пациентов- узловые швы. Швы снимали на 7-8 день после операции. Динамику процесса заживления наблюдали с помощью клинических и цитологических данных.

Результаты исследования дают возможность оценить динамику и характер заживления постоперационной раны, оценить приоритет в использовании матрацных петлевидных швов.

Мельник В.Л., Шевченко В.К.

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З
БОЛЬОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВОНИЖЬОЩЕЛЕПНОГО
СУГЛОБУ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ
ХРЕБТА**

„Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

За даними літературних джерел на Україні у 80% молодих людей віком від 18 до 39 років діагностується остеохондроз. Це в першу чергу проявляється запамороченням, головними болями у потиличній ділянці, шумом у вухах. При поворотах голови сукупність симптомів може

посилюватися, а різкий рух часто приводить до втрати свідомості. Подібний симптомокомплекс проявляється при больовій дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів, який характеризується наявністю тригерних точок м'язів голови, головним болем різного характеру та локалізації, біллю в шиї, вухах, в ділянці суглобів, зубними болями, трісканням та хрустом при відкриванні та закриванні рота. Цьому стану сприяють тривала одноманітна робота за комп'ютером, однотипні рухи голови і шиї, пов'язані з професійною діяльністю. В цих випадках відбуваються деструктивні зміни хрящової тканини з подальшим відкладенням солей, погіршуються амортизуючі властивості міжхребцевих дисків, виникають больові відчуття і дискомфорт. Супутніми чинниками, які прискорюють розвиток недуги є динамічні і статичні перевантаження, травми спини, вібрація.

Метою нашої роботи було: – створення нового алгоритму лікування пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта; – перевірка ефективності методик знеболення у пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС на фоні шийного остеохондрозу при застосуванні методів акупунктури та світлолікування; – оцінити ефективність запропонованого алгоритму лікування.

Клінічні спостереження проводились на 30 пацієнтах (16 чоловіки і 14 жінки у віці від 20 до 37 років). Діагностика і лікування даних пацієнтів здійснювалось спільно з лікарем-остеопатом та лікарем-ортопедом-стоматологом. Специфікою лікування була дія на больовий компонент у пацієнтів в проблемних ділянках правого та лівого скронево-нижньощелепного суглобів та шийного відділу хребта за допомогою нетрадиційних методів (рефлексоаналгезія за методиками Пекінської школи, світлолікування – синє світло (режим B2) апарату LuxDent „UFL 122”, використання аплікатор Ляпко, методик цигун-терапії).

Запропонований нами алгоритм лікування включав в себе:

- усунення больового компоненту в ділянці правого та лівого СНЩС, шийного відділу хребта (остеопат, цигун-терапія, голкорекфлексоаналгезія, синє світло (B2) апарату LuxDent „UFL 122”);
- вирішення проблем прикусу (виготовлення стоматологом-ортопедом спільної суглобової капи для тимчасової фіксації прикусу з подальшим протезуванням при необхідності);
- фіксація результату – відповідність центрального змикання – центральній оклюзії;
- профілактика ускладнень (індивідуальна робота пацієнтів вдома, цигун-терапія, масаж, вправи оздоровчої гімнастики);
- досягнення тривалої стабілізації процесу з урахуванням виконання індивідуальної програми реабілітації, складеної для кожного конкретного пацієнта.

За результатами застосування запропонованого нами алгоритму лікування у даної групи пацієнтів за період від 2 до 4,5 місяців отримані позитивні результати, завдяки яким можна вважати цей алгоритм ефективним при його застосуванні у комплексному міждисциплінарному підході до лікування пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта. Доцільність використання запропонованого нами лікування підтверджена клінічними та параклінічними результатами досліджень.

В подальшому плануються дослідження ефективності методики використання авторського алгоритму лікування пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта.

Микулинская-Рудич Ю.Н., Мысь В. А.,

**КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДАУНА В
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Синдром Дауна является разновидностью хромосомных заболеваний человека, обусловленный числовыми аномалиями аутосом (соматических хромосом). Это дифференцированная форма психического недоразвития, отличающаяся существенным полиморфизмом как в клинической картине, так и в проявлении физических, психических, интеллектуальных и эмоциональных качеств. Особый психосоматический статус детей с синдромом Дауна, в большинстве случаев, не позволяет осуществить в полном объёме качественную стоматологическую помощь при лечении основных заболеваний полости рта и провести у них лечебно-коррекционные мероприятия вообще, и в полости рта в частности. Поиск новых путей устранения проблем в организации оказания лечебно-профилактической помощи детям с особенностями развития, является актуальной задачей стоматологии детского возраста. Подробное изучение и анализ особенностей клинических проявлений синдрома Дауна поможет врачу - стоматологу, оказывать высококвалифицированную помощь детям с данной патологией.

Челюстно-лицевая область у детей с синдромом Дауна имеет ряд характерных особенностей:

- скуловые дуги всегда выражены; носовая кость отсутствует; полость носа и верхняя челюсть недоразвиты, верхняя челюсть представляется короткой и узкой; нижняя челюсть выступает вперед; неправильное развитие и окостенение небных отростков верхней челюсти ведет к образованию крутого, высокого (аркообразного) неба ;

- микростомия только у детей старше 6-8 месяцев, губы утолщены, бесформенные, плохо очерченные; нижняя губа выпячена, отвисает. На губах очень часто появляются рецидивирующие вертикальные трещины по средней линии нижней губы или трещины в углах рта - заеды (perlech). Заеды возникают в связи с интенсивной саливацией, систематической мацерацией углов рта и осложнением стрептококковой инфекцией. Отмечается склонность к воспалительным заболеваниям слизистой оболочки полости рта, носа;

- макроглоссия связана с неравномерным ростом языка. Язык утолщен, а у некоторых больных настолько удлинен, что его кончиком больные могут дотронуться до кончика носа. К концу второго года жизни резко гипертрофируются сосочки спинки языка. На 4-м году жизни у многих больных возникают складки на языке, характерен складчатый или географический язык. К 5-му году жизни те или иные изменения на языке наблюдаются у большинства больных.

- расстройство функции мускулатуры челюстно-лицевой области. Имеется гипотония жевательных мышц, а также дисфункция языка и губ, которая приводит к неполноценному пережевыванию пищи.

- размеры зубов в среднем на 8,8% меньше, чем у обычных детей; Особенно малы верхние боковые резцы, клыки и вторые моляры, имеется микродонтия постоянных зубов.

- гипоплазия эмали, особенно временных и постоянных моляров; гипоплазия эмали центральных резцов;

- неправильная форма зубов: первого премоляра нижней челюсти, второго премоляра и второго моляра верхней челюсти. У молочных резцов часто оказываются недоразвитыми два боковых выступа на режущем крае резца. Этот дефект обуславливает коническую или шиповидную форму зуба, когтевидная аномалия задней части нижних моляров.

- задержка прорезывания временных и постоянных зубов : первые молочные зубы прорезываются между 8,5 и 13,9 месяцами, все молочные зубы у детей прорезываются к 30,7 месяцу, прорезывание временных зубов заканчивается к 4-4,5 годам, нарушена последовательность прорезывания зубов: отстает прорезывание постоянных зубов, особенно прорезывание верхних латеральных резцов, клыков, вторых премоляров и нижних вторых моляров.

- высокая распространенность кариеса зубов у детей достигает 95%.

- распространенность заболеваний пародонта в области фронтальной группы зубов и в области первых моляров. Это связано с аномалиями

капилляров пародонта, изменением соединительной ткани, нарушением активности полиморфно-ядерных лейкоцитов, моноцитов и уменьшением количества клеточных лимфоцитов.

Неудовлетворительная гигиена полости рта у детей с трисомией-21, также определяет нуждаемость в стоматологической помощи. Проведение адекватной гигиены полости рта, обычно, очень затруднено и порождает много проблем у родителей из-за нарушения прикуса или неконтролируемого поведения детей, поэтому основные мероприятия стоматологической помощи данному контингенту больных, начиная с раннего детского возраста, должны быть направлены, преимущественно, на эндогенную профилактику стоматологических заболеваний, а методы экзогенной профилактики необходимо адаптировать к особенностям психоэмоционального статуса данной категории детей.

Ніколішин А.К., Котелевська Н.В.

**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ГОСТРИМ ГНІЙНИМ ТА ЗАГОСТРЕНИМ
ХРОНІЧНИМ ВЕРХІВКОВИМ ПЕРІОДОНТИТОМ З
ВИКОРИСТАННЯМ ДОЗОВАНОГО ВАКУУМУ**

**ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава**

Для заапикальної терапії гострих гнійних та загострених хронічних верхівкових періодонтитів запропоновані різні медикаментозні композиції, до складу яких входять протизапальні засоби, ферменти, антиоксиданти, цитостатики.

Проте, у зв'язку з порушенням у пацієнтів імунологічного захисту, високою мінливістю мікроорганізмів, що викликають періодонтит, нерідко виникає ситуація, коли загальноприйнята терапія не дає ефекту. Окрім цього, сенсibilізація організму до антибіотиків і інших хіміопрепаратів вимагає пошуку інших, немедикаментозних способів лікування гострих гнійних та

загострених хронічних верхівкових періодонтитів.

Основним етапом лікування періодонтитів в сучасній стоматології є медико-інструментальна обробка і тривимірна obturaція кореневих каналів. Для медикаментозної обробки використовується іригація різних антисептичних розчинів. Але при іригації з ендодонтичного шприца нагнітають розчин антисептика, що ускладнює стан хворого у стадії гідратації періодонтиту.

Фірма Ultradent для зменшення напруги в тканинах періодонта при лікуванні періодонтиту запропонувала набір аксесуарів Endo - Eze, до складу якого входять гнучкі канюлі, шприц і груша для відсмоктування вмісту з кореневих каналів. Проте, при використанні системи Endo - Eze залишається невирішеним питання про вплив дозованого вакууму на тканини періодонта, що знаходяться в стані запалення.

У літературі є повідомлення про використання вакуумного дренивання в лікуванні гнійних ран і гострих одонтогенних запальних захворювань. Цей метод дозволяє видалити ексудат, ослабити напругу тканин, що у фазі гідратації зменшує набряк і біль. Вакуумне відсмоктування ексудату, вмісту кореневого каналу також було запропоновано для лікування гострих гнійних та загострених хронічних верхівкових періодонтитів.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування хворих гострим гнійним та загостреним хронічним верхівковим періодонтитом з використанням дозованого вакууму.

Для створення вакууму використали «Прилад для вакуумного лікування періодонтиту» (Деклараційний патент № 11576; заявл. 13.02.04; опубл. 16.01.06, Бюл. №1). Цей прилад складається з апарату АЛП-02, який додатково оснащений електронним вимірником часу і дозатором вакууму. Для підведення дозованого вакууму до зуба застосовували гнучкі поліпропиленові канюлі фірми Ультрадент.

Перед клінічною апробацією були проведені експериментальні, мікробіологічні і лабораторні дослідження. У експерименті на собаках вивчені морфологічні зміни під впливом дозованого вакууму на тканини періодонта при гострому гнійному та загостреному хронічному верхівковому періодонтиті. Доведено, що, окрім видалення ексудату, вакуум позитивно діє на кровообіг в мікросудинах періодонта, сприяє процесам відновлення трофіки в запалених тканинах, зменшенню запальної інфільтрації і набряку, стимуляції процесу остеогенезу в періапикальних відділах періодонта. Причому, при дії вакууму в режимі 0,9 атм при гострому гнійному періодонтиті позитивні зміни в періодонті спостерігались при експозиції 60 с, а при загостреному хронічному верхівковому періодонтиті оптимальним часом дії дозованим вакуумом було 120 с.

Мікробіологічні дослідження включали вивчення мікробних асоціацій корневих каналів у хворих з гострими гнійними та загостреними хронічними верхівковими періодонтитами. Для вивчення стану локального гемостаза в періодонті використали видалені людські зуби. Мікробіологічні дослідження обґрунтували доцільність використання вакуум-дренування корневих каналів і періапикального вогнища з подальшою антибактеріальною терапією.

Запропонований медикаментозний комплекс, який має протизапальну, протимікробну, нормалізуючу стан локального гемостаза дію, стимулює репаративні процеси в періодонті. До його складу входять димексид, лінкоміцина гідрохлорид, метронідазол, фуразолідон. Поєднане застосування антибактеріальних препаратів з антисептиком димексидом дозволило зменшити дозу і концентрацію обраних препаратів.

Проведені експериментальні, мікробіологічні і клініко-лабораторні дослідження стали основою для розробки методики лікування хворих гострим гнійним та загостреним хронічним верхівковим періодонтитом з використанням дозованого вакууму і комплексу медикаментозних засобів. На

спосіб лікування отримані патенти (Деклараційний патент № 5569; заявл. 9.04.04; опубл. 15.03.05, Бюл. № 3; Деклараційний патент № 9512; заявл. 21.06.04; опубл. 17.10.05, Бюл. № 10). Розроблена методика лікування хворих гострим гнійним та загостреним хронічним верхівковим періодонтитом передбачає цілеспрямовану поетапну дію на біляверхівкове вогнище дозованого, залежно від стадії запалення, вакууму і медикаментозного комплексу, що дозволяє на першому етапі значно понизити інфікованість кореневих каналів і ексудативні явища, на другому — стимулювати репаративні процеси в періодонті.

Оцінка віддалених результатів лікування хворих з гострим гнійним та загостреним хронічним верхівковим періодонтитом проводилася на підставі клінічних проявів і аналізу рентгенограм. Всього проведено лікування 93 зубів у 81 хворого.

Порівняно з традиційним методом лікування за розробленою методикою сприяло швидшому купіруванню клінічних симптомів запалення в періодонті, що привело до швидкого зниження інтенсивності больової реакції (більш ніж в 6 разів порівняно з контрольною групою). Середня тривалість лікування хворих гострим гнійним періодонтитом скоротилася в 3,08 разу, а хворих загостреним хронічним верхівковим періодонтитом — в 1,72 разу. Причому, за 2 відвідування виліковано 98,9% пацієнтів з гострим гнійним і 70,18% — із загостреним хронічним верхівковим періодонтитом.

Аналіз клініко-рентгенологічних даних, проведений через 12 місяців після лікування хворих гострим гнійним періодонтитом, показав 100% позитивний результат. При лікуванні хворих загостреним хронічним верхівковим періодонтитом повне відновлення кісткової тканини в періапікальних вогнищах виявлене в 84,62% спостережень.

Таким чином, результати лікування хворих свідчать про високу лікувальну ефективність застосування дозованого вакууму в лікуванні

гострих гнійних та загострених хронічних верхівкових періодонтитів, що дає основу для його широкого впровадження в стоматологічну практику. Використання розробленої методики дозволить розширити межі консервативного лікування періодонтиту.

Ніконов А.Ю.

ВПЛИВ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙНИХ СПЛАВІВ МЕТАЛІВ НА РЕГЕНЕРАТОРНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КЛІТИН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Інтенсивне використання металевих стоматологічних конструкцій в порожнині рота ставить питання про те, в якій мірі організм пацієнта може протистояти цим навантаженням і як цей момент відображається на регенераторному процесі.

Основними компонентами регенераторного процесу є клітинна проліферація, диференціювання, міграція клітин, а також реструктуризація стромы і ангиогенез. Проліферативна активність є провідним фактором у біологічній реакції пошкоджених тканин. Білок Ki-67 виявляється в клітці у всіх фазах мітотичного циклу, крім G₀, що дозволяє використовувати його в якості універсального маркера клітин, котрі проліферуються.

Тому **метою** даного дослідження було вивчення впливу стоматологічних конструкційних сплавів металів на регенераторний потенціал клітин слизової оболонки порожнини рота.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження проводилося на стоматологічних пацієнтах віком від 35 до 54 років, які мали в порожнині рота штамповано-паяні ортопедичні конструкції вкриті нітридом титану.

Матеріалом для морфологічного дослідження стали ділянки слизової оболонки, взяті біля опорних зубів ортопедичних конструкцій. Імуногістохімічним методом виявляли в епітеліальних клітинах експресію

маркера проліферативної активності Ki-67, експресію маркера антиапоптозної активності bcl-2 (124) і маркера апоптозу p53 (DO-7).

Результати досліджень та їх обговорення. При імуногістохімічному дослідженні біоптатів слизової оболонки пацієнтів контрольної групи експресія Ki-67 була однотипною: в 4 випадках вона визначалася в клітинах виключно базального шару епітелію з величиною мітотичного індексу (MI) від 11 до 14%, в середньому 12%.

У переважній більшості (8 з 10 випадків) експресія маркера апоптозу була позитивною. Як і в спостереженнях з Ki-67, p53-позитивні клітини розташовувалися переважно в базальному шарі в ділянках акантотичних розростань. Величина апоптотичного індексу (AI) коливалася від 40 до 78% і склала в середньому 61,13%. Якщо базальні відділи слизової оболонки демонстрували найбільші цифри AI, то ближче до шиповатого шару реакція була нерівномірною, в окремих фрагментах величина AI становила лише 26,75%. Експресія p53 в ділянках папіломатозу також була меншою в порівнянні з базальними відділами, що підтверджувалося і цифрами AI в цих зонах (від 11 до 40% в середньому 23,25%). Змінювалася і ділянка розташування апоптозних тілець – вони виявлялися не тільки у базальних, але і в середніх відділах епітеліального пласту. У 2 випадках з 10 реакція з моноклональними антитілами (МКАТ) до p53 була осередковою і досить слабкою, що ілюструвало низький рівень апоптозу і, відповідно, низький AI в клітинах слизової оболонки (5 та 7%). Дані біоптати характеризувалися також мізерною лімфогістіоцитарною інфільтрацією стромы і редукцією судинного русла. Експресія маркера bcl-2 в цитоплазмі епітеліальних клітин слизової оболонки була нами відзначена тільки в одному спостереженні дослідної групи пацієнтів. Даний біоптат демонстрував також досить високий мітотичний потенціал (68%) і помірну апоптичну активність (40%), а морфологічно мала місце атрофія епітелію з наявністю ділянок ороговіння. В інших 14 випадках як контрольної, так і дослідної групи позитивна реакція з МКАТ до bcl-2 була виявлена тільки в лімфоцитах запального інфільтрату

власної пластинки слизової оболонки і в поодиноких міжепітеліальних лімфоцитах.

Висновки. На підставі гістологічної картини і даних імуногістохімічного дослідження можна зробити висновок, що порушення балансу між клітинною проліферацією і апоптозом може впливати на ефективність регенераторних процесів при використанні металевих ортопедичних штамповано-паяних конструкцій.

Объедков Р.Г. *, Швырков М.Б. *, Григорьян А.С. **.

**КАЧЕСТВО ИНТЕГРАЦИИ ТИТАНОВЫХ ВИНТОВЫХ
ИМПЛАНТАТОВ С ДИСТРАКЦИОННЫМ РЕГЕНЕРАТОМ
ЧЕЛЮСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.**

*** Московский государственный медико-стоматологический университет**

**** Центральный научно-исследовательский институт стоматологии**

Открытая в нашей стране, дистракционная остеопластика используется во всех развитых странах и во всех областях скелета, в том числе для дистракции костей лица. Однако при дистракции челюсти зубы вырастить не удается.

Дентальная имплантация позволяет добиться более физиологичной нагрузки на костную ткань, чем это делают зубные протезы, опирающиеся на кость через слизистую оболочку или оставшиеся зубы.

В литературе сообщается, что имплантаты вводят в дистракционные регенераты лишь спустя несколько месяцев после окончания дистракции. С другой стороны, известно, что для сохранения и функциональной перестройки костного регенерата после остеопластики челюсти требуется его ранняя функциональная нагрузка. Очень заманчиво производить дентальную имплантацию в дистракционный регенерат сразу или вскоре после окончания дистракции, и к моменту созревания регенератов, начать протезирование

зубов с опорой на эти имплантаты. Однако возникают сомнения, не нарушит ли установка имплантатов в юный регенерат его созревание, и будет ли достигнута интеграция имплантатов с регенератами достаточного качества для адекватного восприятия жевательной нагрузки.

С целью выяснения качества интеграции имплантатов установленных в distractionные регенераты разной степени зрелости, мы провели эксперимент на 22 половозрелых кроликах-самцах весом 3,5-4,0 кг.

Материал и методы.

Для получения distractionных регенератов компрессионно-distractionное устройство фиксировали к телу нижней челюсти кролика и производили остеотомию между корнями резца и первого моляра, фрагменты компрессировали на 7 суток. В течение последующих 7 суток проводили distraction со скоростью 1 мм/сутки за 2 приема в сутки. Затем начинался период фиксации, во время которого в намеченные сроки из эксперимента выводили животных групп №№ 7, 8 и установили имплантаты в distractionные регенераты животным групп №№ 1, 2, 3, 4, 5.

После выведения животных из эксперимента для исследования забирали: в группах №№ 1-5: тело нижней челюсти с distractionным регенератом и включенным в него имплантатом; в группах №№ 7, 8 – тело челюсти с distractionным регенератом; в группе № 6 – тело челюсти с имплантатом. Образцы фиксировали в 10% растворе формалина 48 часов. После промывания в проточной воде образцы декальцинировали в 25% растворе Трилона Б. Из декальцинированных образцов выкручивали имплантаты и подвергали тканевые фрагменты дегидратации и обезжириванию в спиртах возрастающей концентрации с последующей заливкой в парафин. Готовили серийные срезы толщиной 6 – 8 м и окрашивали их гематоксилином и эозином. Изучение гистопрепаратов и

микрофотосъёмку производили в оптической системе Axioplan-2 (Zeiss) (аналоговая видеокамера фирмы Hitachi).

Для статистической проверки различия гистоморфологических типов интеграции имплантатов между группами использовали двусторонний вариант точного критерия Фишера.

Всех экспериментальных животных разделили на 7 групп по три кролика и одну группу с одним кроликом (таблица).

В *группе № 1* имплантаты помещали в distractionные регенераты через 1 сутки после окончания distraction. Животных выводили из эксперимента через 20 суток после установки имплантатов.

В *группе № 2* имплантаты вводили в distractionные регенераты через 1 сутки после окончания distraction. Животных выводили из эксперимента через 70 суток после установки имплантатов.

В *группе № 3* имплантаты вводили в distractionные регенераты через 7 суток после окончания distraction. Животных выводили из эксперимента через 20 суток после установки имплантатов.

В *группе № 4* имплантаты вводили в distractionные регенераты через 7 суток после окончания distraction. Животных выводили из эксперимента через 70 суток после установки имплантатов.

В *группе № 5* имплантаты вводили в distractionные регенераты через 20 суток после окончания distraction. Животных вывели из эксперимента через 20 суток после установки имплантатов.

В *группе № 6*, distraction не проводили, имплантат ввели в нативную нижнечелюстную кость. Животное вывели из эксперимента через 70 суток после установки имплантата (контроль).

В *группе № 7* животных вывели из эксперимента через 1 сутки после прекращения distraction, имплантаты не устанавливали (контроль).

В *группе № 8*, животных вывели из эксперимента через 7 суток после прекращения distraction, имплантаты не устанавливали (контроль).

Продолжительность периода фиксации distractionного регенерата в нашем исследовании в сутках мы обозначали термином «*возраст регенерата*».

Результаты.

Регенераты без имплантатов.

Через 1 сутки после прекращения distraction (группа 7) 7-миллиметровые distractionные промежутки макроскопически были выполнены мягкой, синеватой тканью, обильно кровоточащей при прокалывании иглой, состоящей из тяжелей, натянутых между поверхностями костных опилов. По поверхности эти регенераты местами покрывались тонкими костными корочками. На рентгенограммах регенераты не были видны. Гистологически регенераты в центре были представлены соединительной тканью, снаружи появлялись остеоидные структуры, а по периферии ближе к поверхностям костных опилов костное вещество имело грубоволокнистый характер (рис. 2).

Через 7 суток после окончания distraction (группа 8) регенераты внешне были толще челюсти за счет массивных шишковидных разрастаний губчатой кости, наползавших на края материнской кости. Гистологически в центральных отделах distractionных диастазов имелась сеть трабекул из грубоволокнистой кости, переходящей к периферии регенерата в пластинчатую костную ткань. Межтрабекулярные пространства были заполнены клеточноволоконной соединительной тканью (рис. 3).

Таким образом, в отличие от односуточных, семисуточные регенераты уже были полностью оссифицированы.

Спустя 20 суток (у животных группы 5 перед введением имплантатов) после прекращения distraction регенерат внешне без четких границ переходил в материнскую кость и выглядел как утолщенный участок челюсти с плотной кортикальной пластинкой. Шишковидные разрастания в области регенерата разгладились и превратились в слегка вздутый участок кости. На рентгенограммах можно было видеть хаотическое нагромождение костных балочек с повышенным содержанием гидроксиапатита, без дифференциации на компактную и губчатую кость.

Регенераты, созревающие с имплантатами.

В группе 1 (имплантаты вводили в регенераты через день после окончания distraction, сроком на 20 суток) регенераты внешне не отличались от 20-суточных регенератов без имплантатов. У животных этой группы все имплантаты были макроскопически неподвижны. На рентгенограммах деструкции лож имплантатов не было, плотность регенератов превосходила плотность материнской кости, но не определялись кортикальные пластинки регенератов, так же как и у регенератов того же возраста, созревающих без имплантатов. Гистологически в зоне контакта регенерата с имплантатом на большем протяжении обнаруживалась соединительная ткань, лишь местами с отдельными трабекулами незрелого костного вещества (рис. 4).

В центральной части distractionных регенератов преобладали незрелые короткие трабекулы с признаками чрезвычайно активного остеогенеза, погруженные в рыхлую соединительную ткань. В участках, расположенных ближе к материнской кости, трабекулы костного регенерата, образовывали, аркадные фигуры. Вплотную к материнской кости примыкали спаявшиеся с ней трабекулы регенерата пластинчатого строения. Материнская кость подвергалась rarefакции.

В группе 2 (имплантаты вводились в регенераты через день после окончания distraction, сроком на 70 суток). Все имплантаты макроскопически

устойчивы. По толщине и фактуре регенераты стали неотличимы от челюсти. Рентгенологически восстановились костная архитектура и кортикальные пластинки, кость прилежит к имплантатам. Гистологически в контакте с имплантатом превалировала соединительная ткань, лишь на небольшом протяжении в контакт входил слой костеподобной ткани. Матрикс костных трабекул регенерата был пластинчатым, а межтрабекулярные пространства заполняла рыхлая соединительная или жировая ткань. На края материнской кости напластовывалось новообразованное костное вещество в виде беспорядочно ориентированных трабекул, по краям которых нередко располагались остеокласты (рис. 5).

В группе 3 (имплантаты вводились в регенераты через 7 суток после окончания дистракции, сроком на 20 суток) регенераты макроскопически мало отличались от регенератов близких сроков фиксации из других групп животных. Имплантаты у двух животных из трех были неподвижны. Рентгенологическая картина регенерата в группе 3 характеризовалась хаотическим нагромождением костных балочек с повышенным содержанием гидроксиапатита, плотно прилежащими к имплантату.

Гистологически у животных с устойчивыми имплантатами в области контакта регенерата с имплантатом на значительном протяжении обнаруживался слой высокодифференцированного костного вещества в виде сплошной тонкой пластинки. У животного с подвижным имплантатом интерфейс регенерата с имплантатом был построен из соединительной ткани. Сам костный регенерат у всех животных характеризовался как адекватно дифференцированный: он имел преимущественно пластинчатый характер. В нем активно протекала вторичная перестройка (обилие линий склеивания в новообразованном костном веществе, остеокласты по краям трабекул). Новообразованные костные структуры были интимно связаны с губчатой материнской костью (рис. 6).

В 4 группе (имплантаты вводились в регенераты через 7 суток после окончания дистракции, сроком на 70 суток) у одного животного отмечалась подвижность имплантата, а у двух кроликов имплантаты были устойчивы. Макроскопически регенераты по толщине и фактуре неотличимы от челюсти. На рентгенограммах отмечалось восстановление архитектоники челюстей и кортикальных пластинок, кость прилежит к имплантатам.

Гистологически в области контакта регенерата с неподвижными имплантатами имелся мощный костный слой, со зрелым преимущественно пластинчатым матриксом, причём значительная часть костных пластинок контактного слоя, была ориентирована параллельно поверхности имплантатов. По сравнению с группой 3 наблюдалось явное прогрессирование процесса интеграции имплантатов с костной средой. В области контакта помимо костных структур, изредка обнаруживались небольшие участки фиброзной соединительной ткани. От контактного костного слоя отроги пластинчатого костного вещества, отходили по направлению к материнской кости, составляя основу костного регенерата. У края дистракционных промежутков на фрагменты безостеоцитной материнской костной ткани наслаивалось новообразованное пластинчатое костное вещество (рис. 7). У кролика с подвижным имплантатом в контактной зоне наблюдалась лишь соединительная ткань, в остальном строение регенерата было такое же, как у животных с устойчивыми имплантатами.

В группе 5 (имплантаты вводились в регенераты через 20 суток после окончания дистракции, сроком на 20 суток) макроскопически регенераты были представлены покрытой плотным кортексом зрелой костью и полностью замуровывали неподвижные имплантаты. Они были несколько толще интактной челюсти и регенератов возрастом 71 сутки (2-я группа) и 77 суток (4-я группа), и отличались от них еще нехарактерным для челюсти рельефом. Рентгенологически кортикальная пластинка в группе 5 еще в несколько раз

тоньше, чем у материнской кости, архитектура еще не упорядочена. Кость плотно прилежит к имплантатам.

Гистологически наблюдалась остеоинтеграция имплантатов. По сравнению с группой 3, отмечалось более выраженное уплотнение костного матрикса в трабекулах, примыкающих к имплантату. Дистракционный промежуток заполнен крупнопетливой сетью из новообразованных костных трабекул. Наряду с пластинчатым матриксом нередко встречались участки грубоволокнистого. В межтрабекулярных пространствах определялась клеточноволоконистая либо рыхлая соединительная ткань. Регенерат сохранял пёстрый рисунок своего матрикса и общий характер непрерывно вторично перестраивающейся формации, о чём, помимо линий склеивания, свидетельствовали многочисленные гигантские многоядерные остеокласты, обнаруживаемые у краёв костных трабекул, на всём пространстве костного регенерата вплоть до краёв материнской кости. Вторично перестроившаяся материнская кость имела губчатое строение (рис. 8).

В 6 группе, имплантат, установленный в нативную кость, был неподвижен и охвачен костью без признаков резорбции на рентгенограмме. Гистологически контакт с имплантатом осуществлялся посредством клеточноволоконистой и фиброзной соединительной ткани. Фиброзная соединительная ткань здесь включала в себя отдельные костные трабекулы с гомогенным матриксом. В примыкающей к имплантату костной ткани отмечалась активная вторичная перестройка (рис. 9).

Выводы.

1. Интеграция имплантатов, введенных в дистракционные регенераты через 1 сутки после окончания дистракции протекает по типу фиброзной.
2. Интеграция имплантатов введенных в дистракционные регенераты прошедшие период фиксации равный периоду дистракции (7 суток) протекает по типу фиброкостной и костной.

3. Интеграция имплантатов введенных в дистракционные регенераты прошедшие период фиксации равный трехкратному периоду дистракции (21 день) протекает по типу фиброкостной и костной.
4. Эффективная интеграция имплантатов в дистракционный регенерат достижима при имплантации в регенерат построенный из костных трабекул и недостижима при имплантации в область центральной соединительнотканной зоны регенерата.
5. Введение титановых винтовых имплантатов в незрелые дистракционные регенераты не нарушает их созревание.

Патлякевич О.А.

**ПРОТОКОЛ ОЦІНКИ МІКРОЕСТЕТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ
ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ ІІ
КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Систематизований підхід до діагностики ортодонтичних пацієнтів передбачає обов'язковий аналіз естетичної гармонії. Мікроестетика – складова естетики обличчя, яка включає естетику зубів та ясен. Визначаються колір та пропорції зубів і зубних рядів, аналіз оклюзії, форма і контур ясенного краю. Мікроестетика визначається при близькому огляді в статистиці та динаміці. За даними літератури, існують численні показники, які характеризують зміну естетики при дистальному прикусі (Tadic N., Woodst M., 2007).

Мета даної роботи – запропонувати узагальнений протокол оцінки мікроестетичних параметрів ортодонтичних пацієнтів з патологією ІІ класу за Енглем з метою підвищення якості діагностики та лікування.

Комплексно обстежено 20 пацієнтів віком від 7 до 19 років з діагнозом ІІ клас за Енглем. Вивчені наступні мікроестетичні параметри:

співвідношення відстані від зовнішнього до внутрішнього кута ока до суми ширини чотирьох різців верхньої щелепи ($ex-en/Lu$); відношення суми ширини ріжучого краю фронтальної групи зубів (різців і іклів) на верхній щелепі до суми ширини ріжучого краю різців нижньої щелепи (Lu/Ll); відношення відстані між передніми щічними фісурами перших постійних молярів на нижній щелепі до відстані між дистальними апроксимальними поверхнями нижніх іклів – (Sm/Sc); відношення ширини коронки центрального різця верхньої щелепи до ширини коронки центрального різця нижньої щелепи (Ll/Li).

Розроблений «Протокол оцінки мікроестетичних параметрів ортодонтичних пацієнтів із патологією прикусу II класу Енглем». Отримано наступні середні значення співвідношень: відношення відстані від зовнішнього до внутрішнього кута ока до суми ширини різців верхньої щелепи – 1,094; відношення суми ширини фронтальної групи зубів на верхній щелепі до різців нижньої щелепи – 1,922; відношення відстані між передніми фісурами перших молярів на нижній щелепі до відстані між дистальними апроксимальними поверхнями нижніх ікол – 1,632; відношення ширини коронки центрального різця верхньої щелепи до ширини коронки центрального різця нижньої щелепи – 1,681.

На основі проведених досліджень з'ясувалось, що у пацієнтів з патологією II класу за Е.Енглем спостерігається збільшення індексу взаємовідношень між фронтальними зубами верхньої та нижньої щелеп. Виявлено відносне збільшення мезіодистальних розмірів фронтальних зубів верхньої щелепи стосовно відповідних розмірів зубів нижньої щелепи.

Походенько-Чудакова И. О., Кравченко В. О.

**ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ИНДЕКСЫ ИНТОКСИКАЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ СИНУСИТОМ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра хирургической стоматологии, г. Минск, Республика Беларусь**

Введение. Актуальность рассматриваемого вопроса определяется значительной распространенностью острого одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи (ВЧП), составляющей 5–12% пациентов от общего числа лиц получающих помощь в специализированных стоматологических стационарах и не имеет тенденции к снижению на современном этапе (Т. В. Зотова, 2011; А. П. Мирошниченко, Е. Н. Степанов, 2014). В специальной литературе имеются сведения об информативности интегральных индексов интоксикации у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи (Ю. М. Казакова, 2009; А. А. Кабанова, 2012). А также присутствует информация об адекватном изменении индексов интоксикации при развитии патологии придаточных пазух носа (А. Р. Сакович, 2009; Ш. Х. Бакиева, 2012). Имеются единичные сообщения о возможности оценки эндогенной интоксикации при помощи и интегральных индексов у лиц с одонтогенными воспалительными процессами ВЧП (А. В. Сурин, 2007). При этом доступных источниках отечественной и зарубежной информации отсутствуют сведения о сопоставлении прогностической эффективности интегральных индексов интоксикации у пациентов с острым синуситом ВЧП одонтогенного генеза.

Цель работы – сравнить прогностическую эффективность интегральных индексов эндогенной интоксикации (лейкоцитарного индекса интоксикации В.К. Островского (ЛИИО), ядерного индекса интоксикации (ЯИ), индекса сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК)) у пациентов с острым одонтогенным синуситом верхнечелюстной пазухи.

Объекты и методы. Были проанализированы данные 88 субъектов в возрасте 19–57 лет. Группу 1 составили практически здоровые люди (15 человек), без патологии ВЧП. Данная группа являлась контрольной. Группа 2 включала 15 пациентов, которым на основании данных лучевых методов исследования был верифицирован диагноз – острый одонтогенный синусит

ВЧП. Группа 3 включала 50 пациентов с диагнозом острый одонтогенный синусит ВЧП, результаты лечения и индексы эндогенной интоксикации (ЛИИО, ЯИ, ИСЛК) которых рассчитывали на основании данных ретроспективного анализа архивного материала.

Индекс ЛИИО рассчитывали на основании формулы приведенной В. К. Островским, Ю. М. Свитич (1982), ЯИ – в соответствии с методикой описанной В. Г. Васильковым и соавт. (2003), ИСЛК – по формуле, представленной в публикации И. Н. Яблчанского и соавт. (1983). Прогностическую эффективность определяли на основании порядка проведения клинико-экономических исследований представленных в инструкции по применению А. А. Граковича и соавт. (2008).

Полученные данные обрабатывали статистически при помощи пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (О. Ю. Рябова, 2002).

Результаты. Прогностическая эффективность ЛИИО у пациентов с острым одонтогенным синуситом ВЧП составила 82%. Аналогичный показатель по данным ЯИ был равен 69%. Прогностическая эффективность ИСЛК для пациентов данной категории соответствовала 75%.

Заключение. Представленные результаты доказывают прогностическую эффективность индексов эндогенной интоксикации (ЛИИО, ЯИ, ИСЛК) у пациентов с острым одонтогенным синуситом ВЧП и убеждают в целесообразности их наиболее широкого внедрения в повседневную практику стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов, как в стационаре, так и на амбулаторном приеме стоматолога-хирурга.

Проць Г.Б., Пюрик В.П., Ничипорчук Г.П., Солоджук Ю.І.,

АНДРУСІВ Ю.М.

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ ПОКАЗНИКІВ МАРКЕРІВ
КІСТКОУТВОРЕННЯ І РЕЗОРБЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.**

Івано-Франківський національний медичний університет.

При комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту важлива увага надається хірургічним методам, так як тільки їх використання дозволяє зупинити деструкцію кісткової тканини альвеолярного відростка і забезпечити довготривалу стабілізацію стану пародонту. Однак, не дивлячись на різні модифікації, самі по собі хірургічні втручання на пародонті, все ж таки не створюють достатніх умов для ліквідації патологічного процесу кісткових структур альвеолярних відростків. Вивчення маркерів активності резорбції і процесів кісткоутворення у хворих на генералізований пародонтит дозволить розкрити особливості мінеральної щільності альвеолярних кісткових тканин і, в свою чергу, дасть можливість забезпечити довготривалу стабілізацію стану пародонту шляхом призначення остеотропних препаратів.

Метою наших досліджень - оцінити роль показників маркерів кісткоутворення і резорбції в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Протягом 2010-2015р.р. у клініці щелепно-лицевої хірургії ОКЛ м.Івано-Франківська проведено хірургічне лікування 160 хворим на генералізований пародонтит II, II-III ступенів важкості віком 30-55 років. Клінічні обстеження охоплювали скарги хворих, анамнез, огляд порожнини рота. Для об'єктивної оцінки стану пародонту використовували парадонтальні індекси. Проводили рентгенологічні методи дослідження стану тканин пародонту (ортопантограму, прицільні рентгенограми). Функціональний стан кісткової тканини оцінювали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на апараті Chelenger(ДМС –Франція). Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили ще й за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини (остеокальцин, діоксипіридинолін), які реагують швидше у порівнянні з денситометрією.

За даними ультразвукової денситометрії виділили 4 групи хворих: з остеопорозом, остеопенією, осіб з нормальним станом кісткової тканини та підвищеними показниками щільності кісткової тканини - остеосклерозом.

Проведені нами дослідження дозволили сформувати наступні висновки:

1. Результати досліджень свідчать, що у чоловіків патологічні процеси в тканинах пародонту розвивались у 28% випадків на фоні зменшення щільності кісткової тканини, а у жінок - 47% патологічні процеси в тканинах пародонту пов'язані із низькою щільністю кісткової тканини.

2. Показники біохімічних маркерів більш динамічно відображають зміни метаболізму кісткової тканини, і більш швидше реагують у порівнянні з денситометрією (у жінок з нормальною щільністю кісткової тканини за даними денситометрії спостерігали збільшення діоксипіридиноліну ($9,42 \pm 1,13$ н/моль), а у чоловіків з нормальним станом кісткової тканини (Т-критерій коливався від -1SD до +1SD) виявлено пригнічення показника остеокальцину ($25,12 \pm 2,23$ нг/мл).

3. При плануванні комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит необхідне визначення маркерів кісткового ремоделювання для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини і для диференційованого призначення остеотропних препаратів.

**Пермінов О. Б., Пермінов М.О., Челій О.І., Чумаченко О.В.,
ПРОФІЛАКТИКА АЛЬВЕОЛІТІВ НИЖНІХ НИЖНІХ ТРЕТІХ
МОЛЯРІВ.**

**Івано-Франківський національний медичний університет,
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. м. Київ.**

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності в якості захисту лунок після видалення нижніх зубів мудрості заповнюючи їх «Остеопластом - К» і пастою на основі гваякола- DRY SOCKET PASTE(SultanHealthcare).

Обстежені 45 пацієнти у віці 18-45 років, в яких після видалення зубів лунки наповнювалися сумішшю «Остеопласт - К» і пастою на основі гваякола- DRY SOCKET PASTE(SultanHealthcare).

Ефективність запропонованого лікування оцінювалася клінічно(відсутність болю, ознак запалення в області лунки, початок епітелізації)

Запропонована оперативна технологія дозволила досягти безболісного загоєння лунки в 44(96,8%) пацієнта, відсутності ознак запалення в 45 пацієнти(100%) крайової епітелізації на 5 - 6 день в 43(93,7%) пацієнтів.

Таким чином, захист лунок після видалення зубів сумішшю «Остеопласт - К» і пастою на основі гваякола- DRY SOCKET PASTE(SultanHealthcare) забезпечує досить високий рівень захисту від альвеолиту і сприяє профілактиці післяекстракционних болів.

Проць Г. Б., Пюрик В.П., Ничипорчук Г.П., Солоджук Ю. І.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ.

Івано-Франківський національний медичний університет

Протягом останніх років успіх пародонтальної хірургії пов'язують не тільки з усуненням пародонтальних кишень, але й з використанням середників та методів, стимулюючих регенеративні процеси тканин пародонту.

Проте, не дивлячись на різні модифікації, самі по собі хірургічні втручання на пародонті, все ж таки не створюють достатніх умов для ліквідації патологічного процесу кісткових структур альвеолярних

відростків, тому що не враховується мінеральна щільність скелету та особливості метаболізму кісткової тканини у людей різного віку та статі.

Метою нашої роботи - підвищення процесів регенерації при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту шляхом використання кістковозаміщуючих матеріалів, збагачених активним остеогенним компонентом під час проведення клаптевих операцій, і оцінка ролі показників маркерів кісткового ремоделювання в комплексному лікуванні даного захворювання.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 160 хворих на генералізований пародонтит середньої і важкої ступенів, яким проводилося хірургічне лікування, віком 30-55 років, з яких 87 жінки (54,38%) та 73 чоловіки (45,62%). Генералізований пародонтит середнього ступеня важкості спостерігався в 83-х пацієнтів, пародонтит важкого ступеня – 77 хворих. Клінічні обстеження включали: опитування, огляд і пальпацію слизової оболонки в ділянці післяопераційної рани, колір ясен. Для об'єктивної оцінки стану пародонту використовували пародонтологічні індекси.

Проводили рентгенологічні методи дослідження стану тканин пародонту (ортопантограму, прицільні рентгенограми).

Функціонально стан кісткової тканини оцінювали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на апараті Chelenger (ДМС –Франція). Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили ще й за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини (остеокальцин, діоксипіридинолін), які реагують швидше у порівнянні з денситометрією.

Проведені дослідження дозволили сформулювати наступні **висновки**:

Результати дослідження свідчать що хірургічні втручання на тканинах пародонту у 49% проводились на фоні зниженої щільності кісткової тканини.

При плануванні хірургічного лікування у хворих на генералізований пародонти необхідно визначення маркерів кісткового ремоделювання для

оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини і для диференційованого призначення остеотропних препаратів.

Проведення клаптевих операцій з поєднаним використанням кісткового мозку і остеопластичного матеріалу активізує процеси регенерації кісткової тканини альвеолярного паростку і сполучно-тканинного прикріплення, що сприяє позитивному протіканню післяопераційного періоду, профілактиці післяопераційних ускладнень.

Рибалов О.В., Короленко І.А., Яценко П.І.,

Іваницька О.С., Веретільник А.В.

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНИХ ПАРОТИТИВ ТА
ХВОРОБИ ШЕГРЕНА ЗА РЕЗУЛЬТАТМИ СІАЛОГРАФІЇ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Слина і слинні залози виконують велику кількість важливих функцій, що впливають як на органи порожнини рота, так і на стан організму в цілому. Тому патологічні процеси, які вражають слинні залози, потребують адекватного та ефективного лікування. Незважаючи на те, що опублікована велика кількість наукових праць, присвячених етіології, патогенезу, діагностиці і лікуванню захворювань слинних залоз, проблеми диференційної діагностики цих захворювань залишаються актуальними. Помилки в діагностиці захворювань слинних залоз, за літературними даними, складають від 2-5% до 40,4% випадків. Поряд з іншими, вагомою причиною цих помилок є недостатнє обстеження даної групи пацієнтів та нехтування важливими методами дослідження стану слинних залоз.

В основу дослідження поставлена **задача** описати основні сіалографічні характеристики, характерні для хронічного інтерстиціального і паренхіматозного паротиту та хвороби Шегрена.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 38 пацієнтів віком 45-58 років (9 чоловіків і 29 жінок). З 38

обстежених 9 осіб мав місце хронічний інтерстиціальний, у 11 – хронічний паренхіматозний паротит, у 18 – хвороба Шегрена.

Усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, загальна сіалометрія та сіалометрія привушних залоз, визначення фізико-хімічних властивостей ротової рідини та паротидного секрету (прозорість, в'язкість, рН), вивчення цитологічних характеристик секрету уражених залоз. Але основний акцент був зроблений на сіалографічну картину привушних залоз. В якості контрастної речовини використовували тріомбаст в кількості 0,5-2 мл. Введення препарату проводили за допомогою металевої канюлі, попередньо бужуючи вивідні протоки привушних залоз.

Результати дослідження. При хронічному інтерстиціальному паротиті сіалографічна картина характеризувалася звуженням всієї протокової системи починаючи з основної вивідної протоки за рахунок гіпертрофії стромы.

При хронічному паренхіматозному паротиті на сіалограмах визначались ектазії проток різного рівня з нечітким зображенням паренхіми. Кількість і розміри ектазій дозволяли відокремити мілкоектатичну, середньоектатичну та крупноектатичну форму паротиту.

При хворобі Шегрена на сіалограмах привушних слинних залоз була виявлена плямистість малюнка залози, паренхіма не контрастувалася, відмічалася її імбібіція тріомбастом. Протоки мали нечіткі і нерівні контури.

Таким чином, сіалографія являється одним з основних диференціально-діагностичних прийомів у пацієнтів з такими достатньо широко розповсюдженими захворюваннями слинних залоз як хронічний паротит та хвороба Шегрена.

Рябоконт Е.Н., Стеблянкo Л.В., Баглык Т.В., Гурьева Т.Е

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта является хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС). Большинство современных авторов склоняются к аллергической природе этого патологического процесса с существенным изменением иммунологической реактивности организма. В группу средств местного лечения ХРАС входит большое число препаратов на основе лекарственных растений. Такие препараты редко вызывают нежелательные побочные реакции, нетоксичны, хорошо переносятся больными независимо от возраста и рекомендуются для длительного использования.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности комбинации иммуномодулирующего препарата «Деринат» (Техномедсервис ЗАО, Россия) и фитопрепарата - «Тимсал» (компания «Гербаполь Краков С.А.») в схеме комплексного лечения больных с ХРАС.

«Деринат» - иммуномодулирующий препарат, который содержит натрия дезоксирибонуклеат – лекарственное вещество, активирующее процессы клеточного и гуморального иммунитета. Действующими веществами «Тимсала» являются экстракт тимьяна жидкого, в составе его эфирного масла содержится известный своими бактерицидными свойствами тимол, настойка шалфея, обладающая противовоспалительными, дезинфицирующими свойствами.

Объекты и методы исследования. Нами проведено комплексное стоматологическое обследование и последующее лечение 16 больных ХРАС (5 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 21 до 42 лет с длительностью заболевания от полугода до 6 лет (в среднем $4,6 \pm 0,3$ года). В первую группу (основную) были включены 9 человек (6 женщин и 3 мужчин), которым в комплексном лечении ХРАС применяли препараты «Деринат» и «Тимсал». Вторую группу (сравнения) составили

7 человек с ХРАС (5 женщин и 2 мужчин), которым проводилось традиционное лечение данной патологии.

Согласно «Протоколам оказания стоматологической помощи», всем больным была проведена профессиональная гигиена полости рта, подобраны средства и выбраны методы гигиены, устранены травмирующие факторы полости рта.

Больные первой группы применяли спрей «Тимсал»: 3 дозы 3 - 4 раза в день. Препарат необходимо подержать во рту несколько минут. После этого использовали «Деринат» в виде 1-2 распылений на область афт. Такие процедуры пациенты проводили 3-4 раз в сутки. Продолжительность лечения зависела от количества элементов поражения. Препараты применяли в соответствии с инструкцией производителя.

Больные группы сравнения проводили лечение по традиционной схеме: после устранения травмирующих факторов использовали аппликации анестетиков и масляного раствора витамина А, Е, мази и геля солкосерила или актовегина. Аппликации слизистой оболочки рта проводили 3-4 раза в день после еды.

Для оценки эффективности используемых терапевтических схем в обеих группах изучали динамику основных клинических признаков рассматриваемого заболевания (количество и размеры афт, боль, неприятный запах из полости рта, нарушение общего состояния). Продолжительность лечения зависела от тяжести заболевания и составляла от 5 до 10 дней (в среднем 6-7 дней). Результаты лечения оценивали как «хорошие» и «удовлетворительные». Критерий «хороший результат»: уже на первый день отмечается уменьшение болезненности, поверхности афты очищаются, наблюдаются начальные признаки эпителизации. Результаты «удовлетворительные» - болезненность уменьшается, признаки эпителизации появляются на 2-3 день после начала лечения.

Результаты исследования. В ходе клинического наблюдения у пациентов первой группы «хороший результат» получен у 7 пациентов (78%) и у 2 пациентов (22%) «удовлетворительный результат». У всех пациентов выраженный лечебный эффект отмечали уже на 5-е сутки применения комбинации препаратов «Деринат» и «Тимсала». Это выражалось в уменьшении боли, в активной эпителизации элементов поражения. К 6-7-му дню наблюдалась практически полная эпителизация элементов и клиническое выздоровление пациентов. В группе сравнения «хороший результат» получен у 3 пациентов (43%) и у 4 пациентов (57%) «удовлетворительный результат», заживление афт наступало к 10-11-му дням.

При дальнейшем наблюдении за пациентами первой группы на протяжении последующих 12 мес. рецидивов не возникало. Тогда как у 2 пациентов из группы сравнения рецидивы наблюдались спустя 6 и 7 месяцев после проведенного лечения.

Выводы. Полученные положительные результаты применения препарата «Деринат» и «Тимсал» подтвердили их выраженный лечебный эффект. Отмечено сокращение сроков эпителизации афт у пациентов данной группы по сравнению с группой больных, применяющих традиционную схему лечения. Таким образом, наблюдаемая высокая клиническая эффективность сочетанного применения иммуномодулирующего препарата «Деринат» и фитопрепарата «Тимсал» позволяет рекомендовать данную комбинацию в комплексном лечении пациентов с диагнозом ХРАС путем местного применения.

Рябокоть Є.М., Волкова О.С., Жданова Н.О., Доля Е.І.

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЇ ЦУКОРВМІЩУЮЧОЇ
КАРІЄСОГЕННОЇ ДІЄТИ З ДОДАВАННЯМ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ
(ЛЕЦИТИНУ) НА ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ТА ВАГУ ЩУРІВ.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Більшість вітчизняних і зарубіжних дослідників, незалежно від своїх поглядів на суттєвість каріозного процесу і механізм його виникнення, визнають велику роль в цьому процесі аліментарного фактора. Згідно даних досліджень надмірне вживання цукру призводить до почуття ситості та зменшенню внаслідок цього прийому інших важливих речовин, зокрема ряду вітамінів та мінеральних солей, необхідних для нормальної течії обмінних процесів.

На сьогодні широка розповсюдженість карієсу зубів обумовлює необхідність розробки ефективних та доступних усім шарам населення профілактичних засобів. Одним із завдань стоматології є подальше вивчення механізмів розвитку карієсу, а експериментальні дослідження в цій галузі можуть сприяти пошуку нових адекватних засобів терапії та профілактики, які поліпшать стоматологічне і соматичне здоров'я населення.

Метою нашої роботи є вивчення впливу профілактичного застосування лецитину на загальний стан і вагу щурів лінії WAG (Wistar Albino Glaxo). Карієс у щурів моделювали за допомогою цукорвміщуючої карієсогенної дієти за М.Г. Бугайовою та С.А. Нікітіним (1954) з додаванням лецитину у дозі 1 мг/кг маси тварини. Тривалість експерименту становила 60 днів. Через кожні 7 днів тварин зважували та описували їхній загальний стан.

Проведені дослідження вказують на те, що утримання 1,5-місячних щурів на карієсогенній дієті достовірно знижувало приріст маси тіла ($p < 0,05$) експериментальних тварин.

Профілактичне додавання лецитину до звичайного раціону підвищило масу тіла щурів на 5,3%, а при додаванні його до карієсогенного раціону приріст маси тіла експериментальних тварин достовірно збільшився на 4% ($p < 0,05$), ніж в групі, яка утримувалась лише на карієсогенній дієті.

В результаті виконаних досліджень можна припустити, що точкою прикладення лецитину є його мембранотропні й мембранопротекторні властивості, а також данні про те, що він нормалізує ліпідний обмін,

відновлює цілісність гепатоцитів, підвищує міцелоутворюючу спроможність жовчі. Це призводить до більш ефективного засвоєння кальциферолів та жиророзчинних вітамінів, що несумнівно сприяє поліпшенню кальцій-фосфорного обміну в організмі.

Таким чином, отримані в експерименті дані можуть бути рекомендовані для подальшого використання лецитина в експериментальних та клінічних дослідженнях.

Рябоконе Е.Н., Стеблянке Л.В., Баглык Т.В.,

Гурьева Т.Е., Крючко А.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Деструктивные хронические верхушечные периодонтиты (ДХВП) являются частой причиной, приводящей к одонтогенным осложнениям, преждевременной потерей зубов, развитию очагово-обусловленных заболеваний. Разработка эффективных методов воздействия на заапикальный очаг с использованием современных средств является актуальной задачей терапевтической стоматологии.

Целью работы явилась оценка эффективности материалов для временной obturации корневых каналов «Метапекс» (БИОМЕД Ко., Лтд., Южная Корея) и «Апексдент с йодоформом» (ЗАО «ВладМиВа», Россия) при лечении ДХВП.

«Метапекс» и «Апексдент с йодоформом» имеют аналогичный состав и содержат йодоформ, который оказывает выраженное антибактериальное действие, и гидроксид кальция, обуславливающий за счет высокого значения рН (более 12) пролонгированное антисептическое действие. Гидроксид кальция приводит в действие механизмы интеграции

цементобластов, стимулирует формирование биологического барьера в околоверхушечной области корня зуба.

Объекты и методы. Под нашим наблюдением находились 27 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с ДХВП моляров и премоляров верхних и нижней челюстей. Диагноз устанавливали на основании клинико - рентгенографического обследования.

Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе больных (14 чел.) проводили временное пломбирование корневых каналов материалом «Метапекс» (16 корневых каналов). Во 2-ой группе (13 чел.) корневые каналы (в количестве 15) obturировали пастой «Апексдент с йодоформом». Корневые каналы во всех случаях пломбировали до анатомической верхушки. В течение первого месяца наблюдения пациентам обеих групп каждые 10-12 дней временный пломбировочный материал извлекали из корневых каналов и заменяли новой порцией. В течение последующих 9-12 месяцев проводили такую же процедуру один раз в месяц.

Эффективность исследуемых материалов для лечения ДХВП оценивали в ближайшие сроки через 3-5 дней по таким клиническим показателям: отсутствие боли при накусывании и /или перкуссии, наличие или отсутствие гиперемии и /или болезненной пальпации переходной складки в области причинного зуба. В отдаленные сроки через 9-12 месяцев проводили оценку клинического статуса и рентгенографический анализ динамики размеров очагов деструкции в периапикальной области.

Результаты исследования. В ближайшие сроки наблюдения осложнения в виде болезненности при накусывании отмечались в 2 случаях (14%) у пациентов 1 группы и в 3 случаях (23%) у пациентов второй группы. Данные явления исчезали самостоятельно без дополнительных врачебных вмешательств в течение 2-4 дней. При рентгенографической оценке результатов лечения в отдаленные сроки

через 9-12 месяцев выявлена положительная динамика (тенденция к обратному развитию деструктивного процесса в периапикальных тканях) в 87% и в 81% случаев соответственно.

Выводы. Полученные данные указывают на то, что материалы «Метапекс» и «Апексдент с йодоформом» для временной obturации корневых каналов являются материалами выбора при лечении зубов с ДХВП и имеют сопоставимую клиническую эффективность. Проведенное исследование позволяет расширить показания к выбору консервативного метода лечения ДХВП и рекомендовать данные материалы для применения в терапевтической стоматологии.

Савельева Н.Н.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ФАГОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ I-II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ПАРАЗИТОЗОВ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

В последние годы сведения о роли иммунной системы в развитии патологических процессов, в том числе происходящих и в тканях пародонта, представляют для исследователей повышенный интерес.

Очевидной и бесспорной является зависимость тяжести течения и исхода патологического процесса от защитных реакций макроорганизма, состояния фагоцитарного звена иммунитета.

Согласно современным представлениям фагоцитоз является одним из самых важных факторов структурного и иммунного гомеостаза, который направлен на сохранение внутреннего постоянства среды организма.

В доступной литературе мы не нашли публикаций, посвященных изучению фагоцитоза у больных хроническим генерализованным

пародонтитом (ХГП) на фоне паразитозов - энтеробиоза, токсокароза, лямблиоза. Поэтому целью настоящей работы явилось изучение характера изменений в фагоцитарном звене иммунитета у больных ХГП I-II степени тяжести с паразитами.

При проведении исследований основную группу составили 540 пациентов с ХГП, протекающим на фоне паразитарной инвазии (180 человек с энтеробиозом, 180 человек с токсокарозом и 180 человек с лямблиозом). Группу сравнения составили 90 человек с ХГП без паразитарной инвазии. В основную и группу сравнения были включены пациенты с ХГП I степени тяжести заболевания и II степени тяжести заболевания. Контрольную группу составили 30 человек без патологии пародонта и хронической патологии других органов и систем, которые в период обследования считались практически здоровыми. С целью исключения возрастной множественности патологии в исследованные группы (основную, сравнения, контрольную) включались лица в возрасте 20-40 лет.

Фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали по их способности поглощать бактерии *S.aureus* (штамм 209), бактерицидную способность (БЦ) фагоцитов - по методу S.Nielsen. Кислородзависимую активность фагоцитов изучали в спонтанном и индуцированным зимозаном НСТ-тесте. Статистическая обработка материалов производилась с использованием методов математической статистики для анализа полученных данных.

В ходе исследований было установлено снижение у больных ХГП I-II степени тяжести с паразитами и у больных ХГП без паразитозов поглотительной и биоцидной способности нейтрофилов периферической крови по сравнению со здоровыми лицами. При I степени тяжести ХГП у больных без паразитозов число клеток, участвовавших в фагоцитозе (ФИ) снижено на 13,7%, число микробов поглощенных одной клеткой (ФЧ) -на 17,3%, биоцидность- на 76%. Как следует из полученных данных ФЧ и ФИ у этой группы больных достоверно не отличались от значений нормы. У

больных ХГП II степени тяжести без паразитозов все три изученные показателя имели статистически достоверное отличие. ФИ был снижен по сравнению с нормой на 20,5%, ФЧ – на 24,2%, БЦ – на 152%. У больных ХГП с паразитогами достоверные отличия от контрольной группы лиц наблюдались как при I степени тяжести заболевания, так при II степени тяжести заболевания. При I степени тяжести заболевания снижение ФИ у больных с паразитогами составляло 22,2 – 28,0%, ФЧ – 32,8 – 39,7%, БЦ 158-170%, при II степени ФИ – 29,3 – 34,4%, ФЧ – 41,4 – 53,5 %, БЦ – 238 – 264%.

У больных ХГП I-II степени тяжести с паразитогами достоверные различия по сравнению с больными ХГП I-II степени тяжести без паразитозов соответственно касались числа поглощенных микробов одной клеткой (ФЧ) и биоцидной активности нейтрофилов (БЦ). Фагоцитарный индекс (ФИ) у больных ХГП I-II степени тяжести с паразитогами достоверно не отличался от таковых у больных ХГП I-II степени тяжести соответственно без паразитозов. У больных ХГП I-II степени тяжести с различными формами паразитозов снижен как индуцированный НСТ тест, так и спонтанный НСТ-тест. У больных ХГП I-II степени без паразитозов спонтанный НСТ-тест напротив повышен в сравнении как с инвазированными пациентами, так и с контрольной группой лиц, что объясняется наличием у таких больных инфекционных агентов, вызывающих постоянную продукцию активных форм кислорода. У больных ХГП I и II степени тяжести с паразитогами такой возбуждающий фактор (микробный) нейтрофилов также присутствует, однако повышения спонтанной продукции активных форм кислорода не происходит, по-видимому, из-за подавления метаболизма иммунокомпетентных клеток и их биоэнергетических ресурсов токсическими продуктами жизнедеятельности гельминтов и лямблий.

Наблюдаемые расстройства в фагоцитарной системе у больных ХГП с паразитогами являются важным фактором снижения их общей

иммунореактивности и благоприятным фоном для развития исследуемого стоматологического заболевания.

Савчук О.В.

ДЕРЖАВНО – ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО В СИСТЕМІ МУНІЦИПАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти, м. Київ

Сьогодні в Україні тільки починають зароджуватися цивілізовані партнерські відносини між державою і бізнес - структурами. Перший крок до державно-приватного партнерства (ДПП) заклав Закон України «Про державно - приватне партнерство» (від 1.07. 2010 № 2404 VI). Стаття 1 Закону зумовлює ДПП як співробітництво між державою, в особі відповідних органів державної влади, органів місцевого самоврядування та юридичними особами.

Актуальність статті значною мірою визначається необхідністю виконання закону в галузі надання стоматологічних послуг муніципальними установами. Мета дослідження: науково-методичне обґрунтування вдосконалення діяльності муніципальних стоматологічних закладів. Методи дослідження: системний підхід і аналіз.

До переваг від впровадження ДПП в систему муніципальної стоматології в Україні для держави можна віднести:

- Підвищення ефективності бюджетних витрат на фінансування системи муніципальних стоматологічних установ;

- Залучення приватних фінансових і трудових ресурсів до розвитку муніципальної стоматології та використання інноваційного потенціалу приватного сектора завдяки впровадженню проектів ДПП;

- Забезпечення партнерської взаємодії держави і приватного сектора в пріоритетному напрямі реформування стоматології. Переваги для бізнесу:

- Приватний сектор отримує можливість збільшення економічного потенціалу діяльності за рахунок розширення існуючих сегментів і можливості довгострокового партнерства з муніципальними ЛПЗ;

- Користуючись державними гарантіями і маючи економічну свободу, приватний сектор може збільшувати загальну прибутковість за рахунок підвищення продуктивності роботи і впровадження інновацій;

- Розподіл ризиків проекту ДПП з муніципальними ЛПЗ та державна підтримка та гарантії.

Переваги для населення:

- Підвищення якості та доступності стоматологічних послуг;

- Отримання сучасних форм стоматологічної допомоги, діагностичного обладнання, лікарських засобів та препаратів;

- Підвищення темпів розвитку муніципальної стоматології, забезпечення її технічного та технологічного переозброєння;

- Формування умов і передумов для ефективного функціонування та управління муніципальними ЛПЗ.

В результаті запропонованого підходу формується нова інтегрована структура господарського механізму стоматологічних муніципальних поліклінік, що забезпечить їх перетворення з безправного об'єкта в самостійно господарюючий суб'єкт, вирішальний питання фінансування, оплати праці, матеріально-технічного постачання.

У висновку, можна зробити висновок, що одним із пріоритетних напрямків організації муніципальної стоматології в нових економічних

умовах є формування муніципальних інтегрованих стоматологічних ЛПЗ з новим господарським механізмом на основі ДПП.

Свидло О.А., Стеблянко А.А.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТ НОСОНЕБНОГО КАНАЛА.

Харьковский национальній медицинский университет, г.Харьков

Кисты носонебного канала классифицируют к опухолевидным образованиям челюстно-лицевой области неodontогенной этиологии, и являются достаточно редкой патологией (по данным А.А. Тимофеева 2% от всех случаев).

Патогенетически неodontогенные кисты челюстей связывают с эмбриональной дисплазией. Развиваются они в период внутриутробного эмбрионального развития на границе сращения лицевых ростков.

Носонебные кисты или кисты резцового канала развиваются из эмбриональных остатков эпителия носонебного канала. Носонебный канал представляет собой эпителиальную выстилку костного резцового канала, который связывает дно носовой полости с полостью рта и содержит одноименный нерв, артерию и вену. Кисты могут возникать в любом участке канала, но чаще всего они образуются в нижнем его отделе.

Располагаются кисты носонебного канала между центральными резцами, могут достигать достаточно больших размеров, обнаруживаются при рентгенологическом или КТ обследовании, а также при воспалении кисты.

В нашей практике за последние 2 года имело место лечения 6 больных с данной патологией. Хирургическое лечение проводилось по общепринятой схеме цистэктомии. Под сочетанной анестезией произведился разрез слизистой по десневым сосочкам со стороны твердого неба, окаймляя резцовый сосочек, слизисто-надкостничный лоскут отслаивался, (при этом в двух случаях костная ткань над оболочкой отсутствовала), удалялась костная

ткань над оболочкой, оболочка кисты отслаивалась и удалялась. Костный дефект после удаления оболочки кисты выполнялся отечественным остеопластическим материалом «Альвеопласт», костное «окно» закрывалось коллагеновой мембраной, после чего слизисто-надкостничный лоскут укладывался на место, ушивался полиамидной нитью. Послеоперационная реабилитация проходила гладко, швы удалялись на 10 сутки. Отдаленные результаты – положительные.

Исходя из положительного опыта применения данного метода лечения, можем рекомендовать применение такой тактики лечения больных с неодонтогенными кистами челюстей.

Соколова І.І., Сухіна І.С.

ЧАСТОТА ПРОЯВІВ ГІПОСАЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЦИКЛІВ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

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

Метою дослідження є вивчення частоти виникнення та характеру скарг, обумовлених гіпосалівацією, у хворих на рак молочної залози на етапах проведення циклів поліхіміотерапії (ПХТ).

Матеріали та методи. Взято однорідну групу – 26 жінок, хворих на рак молочної залози $T_1N_0M_0$ – $T_2N_1M_0$ стадій, віком 29-74 років, які отримали

комбіноване лікування (операцію та променеву терапію) і 6 циклів ПХТ за однаковою схемою CAF відповідно міжнародним стандартам. Обстеження пацієнток проводили перед початком та в кінці кожного циклу ПХТ (1 і 14 день) за традиційною схемою.

Результати досліджень. Сухість губ, сухість в порожнині рота і обумовлена цим спрага, які розвинулися у $59,1 \pm 10,7$, $45,5 \pm 10,9$ і $50,0 \pm 10,9$ % пацієнток відповідно, стали найчастішими скаргами на I циклі ПХТ та превалювали протягом усіх 6 циклів ПХТ, були проявами гіпосалівації. Можливо, це пов'язано із попередніми етапами лікування – під час проведення променевої терапії сухість в порожнині рота спостерігалась у 57,8 % пацієнток. Тоді ж, якщо частота скарг пацієнток на сухість губ залишається майже незмінною протягом 4 циклів ПХТ, дещо знижуючись на V і VI циклах до $40,0 \pm 10,0$ і $36,4 \pm 10,5$ %, то сухість в порожнині рота і спрага на II циклі ($52,2 \pm 10,7$ %) збільшувалися з подальшим вірогідним зниженням і становили на VI циклі $18,2 \pm 8,4$ ($p=0,054$) і $13,6 \pm 7,5$ % ($p=0,009$) відповідно.

Висновки. Вищевикладене диктує необхідність проведення терапії, дія якої направлена на зніження проявів гіпосалівації під час цитостатичного лікування онкологічних хворих.

Сторожева М.В., Осипов М.В., Лобода Г.П.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
«ГИАЛУОСТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ФОРМАМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.**

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Одной из актуальных проблем амбулаторной хирургической стоматологии является лечение заболеваний пародонта. В стоматологической помощи по поводу пародонтита нуждается 44% больных

в возрасте после 35 лет [Хамадеева А.М., Архипов В.Д. 2001, Тимофеев А.А. 2005]. В комплексном лечении пародонтита необходимо последовательное использование терапевтического, хирургического и ортопедического этапов лечения. Задачами хирургического лечения являются устранение костных карманов и создание благоприятных условий для остеогенеза. Особенностью оперативных вмешательств при заболеваниях пародонта является то, что они проводятся в инфицированных тканях. Следовательно, актуален поиск материалов, которые наряду с выраженным остеопластическим действием обладали бы устойчивостью к лизису на фоне бактериальной обсемененности альвеолярного отростка. Одним из таких препаратов является препарат «Гиалуост» на основе аморфного нанодисперсного резорбируемого гидроксиапатита кальция. В зоне оперативного вмешательства «Гиалуост» активизирует остеогенез, усиливает пролиферативную активность остеобластов, стимулирует процессы репарации тканей, а также купирует воспалительный процесс в костной ране.

С целью повышения эффективности хирургического лечения пациентов с воспалительно-деструктивными процессами пародонта, на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ХНМУ проводилось обследование и лечение 31 больного в возрасте от 31 до 50 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Для проведения диагностики состояния тканей пародонта использовались клинические, рентгенологические методы исследования, индекс Федорова – Володкиной (ИГ), индекс РМА, пародонтальный индекс (в модификации Russel A., 1956). Динамическое наблюдение у больных обеих групп выполнялось через 1,5 месяца и через 1 год после проведения комплексного лечения.

Все пациенты были разделены на две группы: основная (20 больных) и контрольная (11больных). При осмотре больных до начала лечения выявлялись жалобы больных на кровоточивость десен, подвижность зубов,

наличие обильного количества над- и поддесневых зубных отложений. При обследовании полости рта были выявлены гиперемия и отечность маргинального края десны, зубодесневые карманы до 5мм., степень подвижности зубов II-III степени. Проба Шиллера-Писарева положительная, индекс гигиены до 4 баллов, РМА более 50%, ПИ 5-6 баллов. При проведении рентгенологического исследования отмечалось уменьшение высоты межзубных перегородок альвеолярной кости от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, признаки горизонтальной и вертикальной резорбции, разрушение кортикальной пластинки и выраженного остеопороза. На хирургическом этапе лечения больным обеих групп проводилась радикальная лоскутная пластическая операция по стандартной методике. При проведении хирургического вмешательства у пациентов основной группы для активации репаративного остеогенеза использовался остеопластический материал «Гиалуост», которым проводилось заполнение костных дефектов.

Результаты клинического исследования через 1,5 месяца после хирургического вмешательства показали, что комплексное лечение больных первой группы с применением остеопластического материала «Гиалуост» дает лучшие клинические результаты (98,1%), в то время как в контрольной группе больных количество положительных результатов значительно ниже (50,9%). В течение одного года наблюдения после проведения хирургического вмешательства у больных контрольной группы в 50,6% случаев наблюдений было зарегистрировано обострение процесса течения хронического пародонтита. Сравнительный анализ результатов лечения у больных обеих групп показал, что через 1 год после проведения хирургического вмешательства у пациентов основной группы удалось добиться ограничения процесса деструкции костной ткани. Это подтверждалось снижением тяжести показателей индекса РМА с 50% до 25%, тогда как в контрольной группе индекс РМА оставался на уровне 50%. У больных контрольной группы ИГ составил 2-2,5 баллов, в то же время как

у пациентов основной группы он был 1-1,5 баллов. Рентгенологически у больных основной группы, в отличие от результатов в контрольной группе, обнаруживались признаки незначительного остеопороза у вершины межзубных и межальвеолярных перегородок, усеченность вершин межзубных перегородок. Костные карманы, остеопоротические изменения в губчатой кости отсутствовали, кортикальная пластинка сохранялась на всем протяжении альвеолярного отростка.

Таким образом, данное клиническое исследование подтверждает возможность использования материала «Гиалуост» для широкого применения в амбулаторной хирургической практике при комплексном лечении хронических форм пародонтита.

Стоян Е.Ю., Соколова И.И.

ДИСПЛАЗИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Одной из ведущих проблем современной стоматологии является разнообразие и достаточная распространенность патологий височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Последние десятилетия, к сожалению, отмечены «омоложением» нарушений ВНЧС (до 76%), со значительным превалированием у девочек-подростков пубертатного периода (до 20%) и у женщин до 30 лет (до 79,5%). На протяжении 13 лет нами проводятся клинические обследования пациентов с МСД ВНЧС. Из 345 обследованных пациентов, преобладают женщины фертильного возраста – 294 человека (85,2%).

Мышечно-суставная дисфункция ВНЧС (МСД ВНЧС) - заболевание полиэтиологичное, в основе которого лежит, по мнению одних авторов - нарушение окклюзионных взаимоотношений, приводящих дискоординации жевательных мышц и к возникновению функциональных нарушений ВНЧС;

по утверждению других - основополагающим является психоэмоциональный компонент. Но традиционно ведущими в развитии патологии ВНЧС считают нарушения развития тканевых структур, участвующих в формировании сустава, т.е. внутренние факторы. Такие внутренние изменения характерны для генетически обусловленного системного процесса, описываемого в литературе под названием «Дисплазия соединительной ткани» (ДСТ).

ДСТ - понятие собирательное, имеет системный характер, характеризуется врожденными или наследуемыми отклонениями в развитии соединительной ткани, которые при определенных условиях могут стать причиной нарушения функции.

Дисфункциональные процессы в ВНЧС, имея в своей основе ДСТ, отличаются от окклюзионного и нейромускулярного синдромов. Даже незначительные, привычные физиологические нагрузки на фоне ДСТ приводят к травме морфологических элементов сустава. Мало изученным является вопрос о взаимосвязи ДСТ и развития МСД ВНЧС, в связи с чем диагностика таких состояний не всегда своевременна и адекватна.

На наш взгляд представляет интерес наблюдение, которое иллюстрирует сложность постановки диагноза.

К нам обратились родители девочки-подростка Ш., 15 лет с жалобами на постоянный дискомфорт в области левого ВНЧС, щелчки, периодически возникающие подвывихи левого ВНЧС. Со слов пациентки она ощущает дискомфорт в суставе во время еды, при разговоре, отмечает одноразовый полный вывих левого ВНЧС. Все явления появились около 2-х лет назад. При осмотре: асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти влево, передняя и задняя пальпации области обеих ВНЧС вызывает неприятные ощущения в области левого сустава, отставание в экскурсии головки левого ВНЧС, открывание рта сопровождается S-образными движениями нижней челюсти и щелчком. Из анамнеза жизни выяснено, что у бабушки по маме в 52 года выявлен дерматомиозит. Учитывая отягощенный наследственный фактор, девочка была направлена на более углубленное обследование, которое

включало: биохимический анализ крови и суточный анализ мочи, Rõ снимки ВНЧС в боковой проекции.

Анализ рентгенограммы ВНЧС в боковой проекции выявил неравномерное уменьшение размеров головки левого ВНЧС по сравнению с правой, расширение суставной щели слева. Головка левого сустава уплощена, определяются экзостозы, размеры ее составляют $\frac{1}{4}$ размеров головки правого ВНЧС. Показатели биохимического анализа крови обнаружили увеличение гликопротеинов - 0,50 ед. (N: 0,25-0,45). Тимоловая проба – 5,5 ед. (N: 0-4), щелочная фосфатаза – 322 ед./л (N: 100-290), кислая фосфатаза – 4,7 ед/л (N: до 4,5), проба Вельтмана 9 (N: 6-7), содержание гликозаминогликанов сульфатов - общие 8,9 ед., I фр. - 6 от (N: 5,4-6,3), II фр. - 1,9 ед. (N: 3,5-4,3), III фр. - 1,0 ед. (N: 2,5-3,1). Показатели суточной мочи: оксипролин - 77 мг / сут. (N: 11-44), урановые кислоты - 77 мг / сут. (N: 3,5-5,5).

Сравнительная характеристика показателей крови и суточной мочи косвенно свидетельствуют о наличии системной дисплазии (содержание гликозаминогликанов сульфатов - общие, II и III фр., уровень оксипролина и урановых кислот), о резорбции костной ткани – увеличение показателей щелочной и кислой фосфатаз. Рентгенологические изменения левого сустава подтверждают наличие активного деструктивного процесса. После консультации со специалистами профильного медицинского учреждения (Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины) был установлен предварительный диагноз: деструкция левой головки ВНЧС на фоне системной дисплазии.

Выводы. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани является одним из факторов, влияющих на формирование патологии височно-нижнечелюстных суставов, а поздняя верификация диагноза и несвоевременно начатая терапия значительно ухудшают прогноз заболевания. Учитывая возраст пациентов с патологией ВНЧС, ассоциированной с ДСТ, особое значение приобретает ранняя диагностика

таких состояний, основанная на знании особенностей клинической картины и владении дифференциально-диагностическими навыками. Не смотря на то, что выявление ДСТ может произойти на стоматологическом приеме, пациенты этого профиля нуждаются в диспансерном наблюдении и специализированной помощи. Мы считаем, что истинная причина развития деструктивных изменений в суставах, в данном случае, связана именно с соматическим статусом больной и требует лечения у соответствующих специалистов, тогда же как стоматологическое лечение таких пациентов имеет исключительно симптоматический характер.

Ткаченко П.И., Белоконь С.А., Гуржий Е.В., Лохматова Н.М., Белоконь Ю.С.

**ГЕАНГИОМЫ И ЛИМФАНГИОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

**ВГУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”, г.
Полтава**

По статистическим данным, в структуре опухолей и опухолевидных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей 55-62% занимают образования мягких тканей лица, среди которых отдельного внимания заслуживают гемангиомы (ГА), в 80% случаев локализующиеся именно на лице и голове.

Цель исследования – сопоставление существующих точек зрения с собственными наработками касательно клинико-морфологических особенностей и принципов лечения ГА и лимфангиом (ЛА) мягких тканей ЧЛО у детей.

В ходе исследования проанализированы фундаментальные научные труды и публикации в периодических изданиях касательно указанных вопросов, а для определения частоты и структуры доброкачественных

новообразований (ДН) ЧЛО у детей детально изучены истории болезни пациентов хирургического отделения ДГКБ г.Полтавы.

Клиническая часть исследования касалась 26 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, пролеченных по поводу ГА мягких тканей ЧЛО в клинике кафедры детской хирургической стоматологии на базе хирургического отделения (ХО) ДГКБ г.Полтавы. Мальчиков было 14 (53,85%), девочек – 12 (46,15%).

Установлено, что дети с ДН мягких тканей ЧЛО составили 7,4% от общего количества пациентов ХО ДГКБ г.Полтавы, а в структуре ДН мягких тканей лица и шеи второе место занимали ГА (26,0%) с “излюбленной” локализацией на нижней губе (23,1%), щеках (15,4%) и верхней губе, поднижнечелюстной области, лбу (по 11,5% каждая область). Наибольшие трудности в диагностике, сопровождающиеся высокой вероятностью послеоперационных осложнений, возникали в случаях расположения ГА в области дна полости рта и на языке, что тесно связано с их топографо-анатомической локализацией, а длительный бессимптомный рост, усугубляя ситуацию, может приводить к выявлению опухоли в более поздние сроки.

По данным литературных источников, в подходах к классификации ГА существуют некоторые разногласия. Так, клиницисты делят их на капиллярные, гроздевидные, кавернозные, комбинированные, смешанные. Однако, по мнению патоморфологов, гроздевидную форму ГА выделять нецелесообразно, но мы в своей работе рассматривали её как отдельную нозологическую форму. По клиническим признакам в нашем исследовании капиллярных ГА было 11,54%, гроздевидных 19,23%, кавернозных 69,23%. В 69,2% случаев клинический диагноз не совпадал с результатами гистологического исследования послеоперационного материала. Так, у 66,67% таких пациентов клинический диагноз “кавернозная гемангиома” морфологами не подтверждался, классифицируясь как “капиллярная гемангиома”.

Лечение ГА зависело от нозологической формы и распространённости опухолевого процесса. При этом проводились диатермокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургическое удаление, лазеротерапия, дермобразия и т.д..

В то же время лимфангиомы, по нашим наблюдениям, встречались редко (3,0% от общего числа новообразований мягких тканей лица и шеи), что не позволило провести собственную статистическую обработку, подобно ГА.

Следует отметить, что большинство исследователей делит ЛА по гистологическому строению (капиллярные, кавернозные, кистозные, смешанные), по степени роста (ограниченные, диффузные, поверхностные, глубокие) и локализации, однако некоторые патоморфологи утверждают, что в мягких тканях ЧЛО у детей встречаются только капиллярные и кавернозные формы, настаивая на подавляющем преобладании последних. В нашей клинической практике мы также встречали морфологически подтверждённые только кавернозные ЛА.

У всех пациентов лечение ЛА заключалось в хирургическом удалении опухоли, причём в случаях диффузных ЛА языка их терапия сводилась к частичному продольному клиновидному иссечению изменённых тканей.

По результатам исследования, нами сделаны следующие выводы. 1. В структуре ДН мягких тканей ЧЛО у детей 26,0% составляют ГА, а ЛА встречаются в 3,0% случаев всех новообразований мягких тканей лица и шеи.

2. Среди специалистов хирургического профиля и патоморфологов существуют разногласия по поводу принципиальных подходов к классификации ГА и ЛА ЧЛО.

3. В 69,2% случаев клинический диагноз относительно формы гемангиомы не совпадает с результатами гистологического исследования послеоперационного материала.

Шафета О.Б.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ И ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ЕГО РАЗВИТИЮ

Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца

Актуальность.Травматический паротит у детей встречается чаще в возрасте 12-16 лет как следствие нанесенного удара в околоушно-жевательную область, где расположена передняя доля железы. В 60 % случаев обнаруживается добавочная доля околоушной слюнной железы(ОСЖ), проток которой впадает в основной у переднего края жевательной мышцы,а сама доля прилегает к нижнему полюсу тела скуловой кости.При травмировании этой области может реактивно развиваться воспалительный процесс в ОСЖ.

Цель.Изучить факторы, влияющие на развитие травматического паротита путем выявления анатомо-топографических особенностей ОСЖ у детей 14-16 лет.

Материалы и методы.Проведено УЗИ ОСЖ 9 детям в возрасте 14-16 лет, из них 2 – с травматическим односторонним паротитом, для определения размеров, плотности и эхогенности паренхимы.

Результаты.УЗИ ОСЖ в норме у 7 детей показало, что верхняя граница передней доли проходила по краю скуловой дуги и тела скуловой кости, а передняя – у заднего края жевательной мышцы, что соответствует литературным данным. Структура железы однородная, кровоток не усилен. Толщина ее колебалась от 16 до 25 мм в зависимости от конституции ребенка. В отдельных случаях определялись одиночные увеличенные лимфоузлы размером 5-10 мм, с сохраненной структурой и кровотоком.

У 2-х детей с односторонним травматическим паротитом на УЗИ установлено увеличение размеров ОСЖ до 32 мм, что на 10 мм больше чем в норме. Структура паренхимы изменена за счет наличия гипоехогенных включений. Отмечены внутрижелезистые лимфузлы с сохраненной структурой размером от 5 до 15 мм. При изучении анатомо-топографического расположения верхней граница передней доли проходила по нижнему краю скуловой дуги и перекрывала на $\frac{1}{2}$ тело скуловой кости, а передняя – у переднего края жевательной мышцы.

После проведенного противовоспалительного лечения по УЗИ-грамме установлено уменьшение толщины железы до 24 мм, нормализация структуры и сохранение топографии границ, установленных при первичном исследовании.

Выводы.

1. УЗИ-граммы ОСЖ у детей в возрасте 14-16 лет показали, что в норме границами передней доли железы являются: сверху - скуловая дуга; впереди - прикрывает задний край жевательной мышцы.
2. У 22% обследованных пациентов верхняя граница железы проходила по середине тела скуловой кости, а передняя – по переднему краю жевательной мышцы, что явилось предрасполагающим фактором формирования асептического воспаления ОСЖ при травме скуло-орбитального комплекса.

Швырков М. Б.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВПРАВЛЯЕМЫМ ВЫВИХОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Московский государственный медико-стоматологический университет

Под нашим наблюдением находилось 252 больных с внутрисуставными нарушениями (ВСН) ВНЧС. Клинические признаки ВСН характеризовались болями в области ВНЧС, щелканьем, хрустом, шуршанием, переливанием

жидкости в ухе, резким ограничением и болезненным открыванием рта, резким ограничением открывания рта, безболезненным при насильственном и безуспешном его открывании, хроническим вправляемым вывихом и подвывихом нижней челюсти и др.

Из 252 больных мы наблюдали 120 человек (47,6%) с вывихом и подвывихом нижней челюсти. Ширина открывания рта у этих больных достигало 6-8 см между передними зубами. Физиологическая норма открывания рта равна 3-4 см. При этом головка нижней челюсти, вращаясь, смещается вперед, перескакивает через суставной бугорок и останавливается далеко от переднего ската суставного бугорка. Смещение головки нижней челюсти при открывании рта на передний скат суставного бугорка считается вывихом нижней челюсти. Если такой вывих происходит несколько раз в день и самопроизвольно вправляется, он называется хроническим вправляемым вывихом нижней челюсти. Смещение головки нижней челюсти на вершину суставного бугорка получило название подвывих нижней челюсти.

При этой патологии диск обычно значительно смещается вперед и находится впереди головки нижней челюсти. Это говорит о том, что диско-височная связка – основной ограничитель дисковой подвижности - разволокнулась, растянулась или разорвалась вовсе. В этой ситуации диск не удерживается связкой, а, выталкиваемый вперед головкой нижней челюсти, тащит её за собой. В таком случае могут возникать два варианта патологии. В первом, диско-височная связка ущемляется между головкой и суставным бугорком. Во втором, более тяжелом, биламинарная субстанция отрывается от кости и втягивается диско-височной связкой между этими костными образованиями. Это сопровождается постоянными болями в суставе, ухе, височной и затылочной областях. В результате постоянного травмирования биламинарная субстанция замещается рубцовой тканью и выработка внутрисуставной смазки резко сокращается.

Ортопеды считают, что причиной ВСН является потеря зубов и для лечения таких больных предлагают неудобные громоздкие назубные шины и ограничители [Баданин В.В., 1996 , Вязьмин А.Я., 1999 , Петросов Ю.А.,1982 , Хватова В.А., 1982].

Т.В.Булановой (2005) при МРТ установлено, что исчезновение клинических проявлений дисфункции ВНЧС при ношении этих шин и ограничителей не сопровождается нормализацией анатомических взаимоотношений элементов ВНЧС.

Для лечения больных с хроническим вправляемым вывихом нижней челюсти предложены различные хирургические методы, которые можно разделить на две группы: 1 – создание препятствия впереди головки нижней челюсти, которое будет предотвращать её чрезмерное смещение на передний скат суставного бугорка, или вовсе удаление этого препятствия [Ильин А.А., 1996, Baldwin A.J., Cooper J.C., 2004 , Kerstens H.C.J et al., 1989] ; 2 – ушивание суставной капсулы и диска, укорочение диско-височной связки, фиксация головки нижней челюсти к височной кости [Темерханов Ф.Т. 1986 , McCarty W.L., Farrar W.B.,1979. , Kerstens H.C.J. et al. 1989 , Tarro A.W. 1989].

Способ, предложенный А.А.Ильиным (1996), заключается в оперативном внедрении в суставной бугорок металлической пластинки, которая препятствует перемещению головки нижней челюсти вперед – её вывиху.

Удаление суставного бугорка [Baldwin A.J., Cooper J.C., 2004; Kerstens H.C.J. et al. 1989] как бы устраняет вывихивание нижней челюсти, обеспечивая неуправляемое бесконтрольное свободное перемещение диска и головки нижней челюсти.

Способ Ф.Т.Темерханова (1986) заключается в рассечении тканей предушной области, смещении околоушной слюнной железы вперед,

обнажении шейки мышелкового отростка, создании с помощью бормашины сквозного канала в ней, проведении через этот канал лавсановой лигатуры и привязывании мышелкового отростка к скуловому отростку височной кости этой лигатурой. Аналогичная операция выполняется на другой стороне лица. Операции длятся 4 часа.

Недостатками этих методов являются: довольно травматичное оперативное вмешательство в преддверной области, послеоперационный рубец в хорошо обозреваемом месте, опасность повреждения ветвей лицевого нерва, что сопровождается парезом или параличом мимической мускулатуры, а повреждение слюнной железы – образованием слюнных свищей, потерей чувствительности височно-нижнечелюстного сустава, ушной раковины и кожи височной области, небольшой наклон фиксирующей нити относительно ветви челюсти не всегда обеспечивает достаточное ограничение открывания рта, ограничение широкого варьирования величины открывания рта.

Для ограничения амплитуды движения головок нижней челюсти мной предлагается оригинальная малотравматичная операция. Она выполняется в стоматологическом кабинете, под местной анестезией в течение 30-40 минут. Перед операцией я всегда обговаривал с больным ширину открывания рта, рекомендуя физиологическую норму равную 3-4 см между верхними и нижними резцами. Заготавливал шаблон выбранной ширины, который будет вставлен между зубами во время операции перед связыванием концов лигатуры. Предлагаемый мной метод состоит в рассечении мягких тканей в области угла образованного лобным и височным отростками скуловой кости длиной 1-1,5 см и скелетировании височного отростка скуловой кости. В полости рта под местной анестезией вдоль передней поверхности ветви нижней челюсти рассекаются ткани. Обнажается передний край ветви нижней челюсти до середины её длины. Здесь создаётся сквозной канал в кости. Из наружной раны искривленная полая игла проводится по

внутренней поверхности скуловой кости в рану в полости рта. Через неё пропускают конец капроновой лигатуры, который проводится через канал в ветви нижней челюсти. Иглу смазывают йодом и извлекают из мягких тканей. Затем её проводят из этой же раны по наружной поверхности скуловой кости. Через неё выводят конец капроновой лигатуры в наружную рану. Концы лигатуры связываются над височным отростком скуловой кости, фиксируя избранную величину открывания рта. Нижняя челюсть таким образом привязывается к скуловой кости. После этой операции движения головки нижней челюсти и внутрисуставного диска оказываются в пределах физиологической нормы. Не происходит вывихивания ни головки, ни диска. Связочный аппарат сустава и биламинарная субстанция, которая постоянно травмируется, ущемляясь между головкой нижней челюсти и суставным бугорком, приходят в норму.

Преимущество предлагаемого метода заключается в минимальной травме мягких тканей в полости рта и в том, что нет никаких рубцов на лице, не травмируется лицевой нерв и слюнная железа, что избавляет от опасности получения слюнного свища или паралича мимической мускулатуры, имеется широкий выбор в ограничении открывания рта (от 1 до 4 см). Для надежного ограничения открывания рта даже при двустороннем привычном вывихе нижней челюсти достаточно одной операции на одной стороне челюсти. Рецидивы вывиха не происходят.

Швырков М.Б.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Московский государственный медико-стоматологический университет

Лечение больных с хроническим вправляемым вывихом нижней челюсти я всегда начинал с консервативного метода: инъекций раствора Ботокса в наружную крыловидную мышцу. Нужно помнить, что данный индивид может оказаться устойчивым к этому яду в соответствии с биологическим законом о сохранении и возобновлении популяции. Так что инъекция может быть безрезультатной. У меня было 5 таких больных, которым я был вынужден сделать операции, которую я придумал. Она в отличии от классической методики, выполняется в поликлинике под местной анестезией, а не под наркозом и длится всего 30-40 минут вместо 4 часов.

При КТ в режиме реконструкции можно видеть большие и глубокие участки резорбции кости на головках нижней челюсти – деформирующий артроз. Иногда от головки остаётся половина или вообще её нет. В этих случаях ветвь нижней челюсти подтягивается кверху и между резцами возникает щель шириной 0,5-1 см. Резорбцию кости я видел у всех больных в разной степени выраженности.

Больным с суставными шумами и резорбцией костной ткани я проводил медикаментозную терапию. Для прекращения резорбции костной ткани я назначал Фосомакс 70 мг 1 раз в неделю. Этот препарат вызывает апоптоз (самоубийство) остеокластов. К нему по инструкции полагается назначать препараты кальция по 1 гр в день и витамин Д₃ по 400-600 МЕ в день. Дополнительно больные получали остеогенон по 1 табл. 3 раза в день, как препарат содержащий компоненты для построения коллагенового костного матрикса.

Для стимуляции остеогенеза итраартикулярно я ввожу Адгелон или Алфлутоп. Фармацевтический препарат «Адгелон» «Сывороточный гликопротеин, обладающий биологической активностью в сверхмалых дозах». Он разработан супругами профессором И.А.Ямсковым и докт. биол. наук В.П.Ямсковой. Молекулярная масса Адгелона 12,5 кДа. Адгелон проявляет активность в концентрациях до 10^{-14} - 10^{-19} М. Адгелон участвует в перекисном окислении липидов как антиоксидант. Адгелон стимулирует регенерацию костной ткани при переломах конечностей, в том числе при переломе шейки бедра, благодаря чему он попадает в разряд чрезвычайно важных фармакологических препаратов в травматологии и хирургии. Установлено, что применение Адгелона обеспечивает срастание костей при переломах даже в случаях серьезных нарушений регенерации у больных, например, при заболевании диабетом.

К заслуживающим внимания при лечении артроза терапевтическим средствам принадлежит и новый биотехнологический препарат Алфлутоп, полученный в НИИ «Биотехно» (г. Констанца, Румыния). Алфлутоп это в основном биотехнологический экстракт морских рыб, содержащий аминокислоты, пептиды, углеводы, макро- и микроэлементы Na, K, Ca, Mg, Fe, Zn. Он стимулирует регенерацию кости и хрящей суставов, нормализует гомеостаз хондроцитов поврежденного хряща, ингибирует свободнорадикальное окисление. Алфлутоп, восстанавливая гомеостаз в суставе, тормозит биосинтез медиаторов воспаления, включая провоспалительные цитокины. В результате обладает выраженным противовоспалительным и анальгезирующим действием, которое проявляется на 8-10 день лечения. Оба эти препарата используют травматологи и ортопеды с хорошим результатом.

Курс разработанного мною лечения больного всего 5 недель, 10 внутрисуставных инъекций Адгелона или Алфлутопа по 1 мл 2 раза в неделю. Уже после первой инъекции у некоторых больных боли, и хруст

исчезали или становились меньше. После 6-ой инъекции у всех больных хруст и боли прошли, однако в процессе дальнейшего лечения у некоторых больных хруст периодически появлялся и исчезал. После десятой инъекции едва ощущаемый пальцами хруст может сохраняться у небольшого числа больных, боли исчезали. Окончательный результат у больных с хроническим вывихом и подвывихом нижней челюсти - уменьшилась её гипермобильность: подвывих ликвидировался у всех больных, а вывих у части больных, у других он превратился в подвывих. При повторном курсе вывих ликвидировался полностью. Невольно появляется подозрение, что зубы и мышцы и дисплазия соединительной ткани в возникновении вывиха и подвывиха ни причём. Здесь есть какая-то другая причина, которую нам ещё предстоит выяснить. Настораживает и то, что недуг поражает молодых людей и в основном женщин. Для ликвидации костной резорбции требуется 7-10 курсов по 10 инъекций в каждом из них.

Итог, лечение больных вывихами и подвывихами ВНЧС и резорбцией костной ткани интраартикулярными инъекциями раствора Адгелона и Алфлутопа внушает большую надежду. Результат больше выражен при использовании отечественного препарата Адгелон.

Эти же препараты я с успешно использовал при лечении больных деформирующим артрозом и анкилозом.

Шевела Т. Л.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г.

Минск, Республика Беларусь

Введение. При обследовании пациентов после проведения дентальной имплантации необходимо придерживаться определенных этапов.

Применение клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования позволяет получить достаточно точную и объективную информацию о состоянии области имплантации и прогноза результатов лечения. Для прогнозирования исходов имплантации важны не только данные, предоперационной диагностики, но и показатели обследования, когда необходимо применение специальных методов исследования: реографии, тепловидения, термометрии, мионометрии, гнатодинамометрии, электромиографии, ультразвуковой остеометрии и метода периотеста. Состояние костной ткани эффективно исследуется методом ультразвуковой остеометрии. Данный метод высокочувствителен и не сравним с рентгенологическим исследованием, позволяющим выявить начальные признаки остеопороза, когда деминерализация кости составляет 30%, а при ультразвуковой остеометрии обнаруживается уже при 3% потери минерального компонента. Метод ультразвуковой диагностики позволяет регистрировать даже незначительные изменения в структуре костной ткани, получать информацию о ее плотности, выявлять начальные изменения при отсутствии клинических проявлений.

Цель исследования – разработать этапы обследования пациентов после установки дентальных имплантатов.

Объекты и методы. На базе 14 ЦРП обследовано и прооперировано 220 пациентов с диагнозом — частичная вторичная адентия, которым проводилась операция отсроченной двухэтапной дентальной имплантации. На первом этапе обследования определяли общий статус пациентов и связанные с этим показания и противопоказания к проведению дентальной имплантации. Сбор анамнеза с учетом пола и возраста пациента позволяет предварительно обнаружить общесоматические заболевания и факторы риска проведения операции.

Важное место при сборе анамнеза отводилось выяснению этиологических факторов потери зуба, таких как, осложненный кариес и заболевания тканей пародонта, кроме того учитывали структуру костной

ткани, тип слизистой оболочки альвеолярного отростка, степень атрофии рельеф и высоту альвеолярного гребня. Оценивали состояние прикуса и качества имеющихся зубных протезов. На втором этапе применяли специальные методы исследования, такие как ортопантограмма, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и ультразвуковой метод исследования. Третий этап включал выбор оптимальной протезной конструкции включая кость–имплантат–зубной протез, распределения жевательных нагрузок на опорные элементы.

Результаты. Пациентке Б. возраст 50 лет, были установлены дентальные имплантаты в области бокового сегмента нижней челюсти справа. На 3-и сутки после операции появились ноющие боли в области установленных имплантатов, коллатеральный отек мягких тканей был незначительный, со стороны полости рта швы состоятельны, слизистая оболочка незначительно гиперемирована. Пациентке была проведена ортопантограмма (рис. 1), на которой определяются имплантаты, костная ткань равномерно прилежит к поверхности имплантатов.



Рисунок 1.

При оценке КЛКТ (рис. 2) воспалительные явления в костной ткани в области установленных имплантатов не определяются.

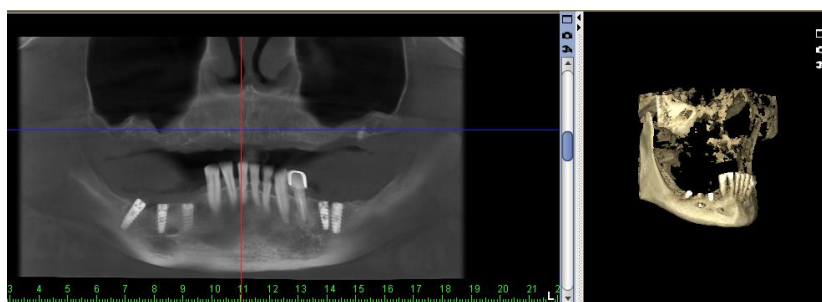


Рисунок 2.

Ультразвуковой метод исследования состояния костной ткани нижней челюсти на участке установленных имплантатов (рис. 3) визуализирует участок различной степени эхогенности в области яркой акустической тени имплантата: гипоэхогенный участок от кости с нечеткими контурами (деструктивные изменения костной ткани) и гиперэхогенный участок (наличие грануляционной ткани).

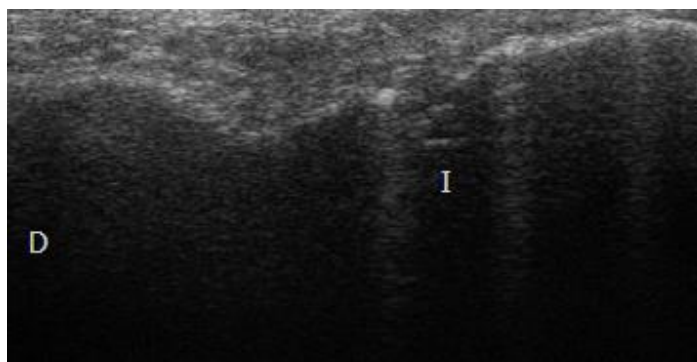


Рисунок 3.

Заключение. Сравнительный анализ оценки костной ткани по данным использованных лучевых методов исследования показывает, что ультразвуковая диагностика достоверно отражает состояние костной ткани в области установленных имплантатов и позволяет прогнозировать развитие периимплантита в ранние сроки после операции.

Шиян В.П., Кадничанская В.В.

ПРИМЕНЕНИЕ «ЛИСТЕРИНА» КАК ЛЕЧЕБНОГО СРЕДСТВА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

В последнее время в аптечной сети Украины появился препарат «Листерин», который широко рекламируется как гигиеническое средство для полоскания полости рта.

Этот препарат в мире известен давно. Ещё в 1879 г. Джозефом Лоуреном и Джорданом Ломбертом была разработана «формула»

антисептика для хирургических операций. В его состав вошли эфирные масла:

1. Эвкалипта
2. Ментола
3. Тимола (вытяжка из тимьяна)
4. Метилсалицилата (вытяжка из амфитонии или Марьиного корня)

Позже, в 1895 г. они предложили использовать его в качестве ополаскивания для ротовой полости и назвали этот же препарат в честь создателя хирургической антисептики Джозефа Листера.

В результате удачной компоновки эфирных масел растительного происхождения удалось получить прекрасное антисептическое средство, не имеющее аналогов. Со временем, в связи с появлением синтетических антисептиков, этот препарат был забыт. И только в последние годы вспомнили об этом чудодейственном средстве в связи с многочисленными осложнениями и неэффективностью химических антисептиков.

Учитывая многообразие микрофлоры полости рта, как в норме, так и при различных патологических процессах (Захарова С.А., Ильин Н.Р., 2007; Минак Т.Н., 2012), 2/3 микрофлоры составляют анаэробы, которые ведут себя более агрессивно, чем аэробы, а так же то, что в полости рта представлены различные группы микроорганизмов: кокки, палочки, грибы, простейшие и вирусы, то для воздействия на них требуются препараты широкого спектра действия и таким препаратом оказался «Листерин» (Минак Т.Н. и соавт., 1989).

Вначале мы отнеслись к нему с определенной долей скепсиса, как ко всем препаратам, которые навязчиво предлагают производители. Решили испробовать препарат на себе и получили неожиданно положительный эффект. После чего решили применить у пациентов не как гигиеническое средство, а как лечебное. Был подобран контингент больных с различными заболеваниями; всего 100 пациентов, возраст от 18 до 70 лет:

- парадонтит в стадии обострения – 30

- периодонтит – 20
- герпетические поражения кожи и слизистой полости рта – 10
- перикоронарит – 15
- периостит – 15
- альвеолит – 10

В качестве препарата мы брали «Листерин» голубого цвета в разведении водой 1:1 (1 часть «Листерина» и 1 часть воды) для обработки корневых каналов при периодонтите – без разведения).

При пародонтите применяли как в виде орошений, аппликаций, так и в виде полосканий.

При периодонтите обработка каналов производилась концентрированным раствором (оригинальным).

При герпетических поражениях кожи и слизистой полости рта – аппликаций.

При перикоронаритах, периоститах и альвеолитах – орошений и полосканий.

В результате проведенного лечения:

при парадонтите – через 3 суток исчезали острые явления воспаления, прекращались гнойные выделения из карманов и кровоточивость десен, значительно реже наблюдались рецидивы;

при периодонтитах – через сутки исчезали острые явления воспаления, исчезли запах и боли;

при герпетических поражениях на стадии инфильтрации через сутки исчезали зуд и инфильтраты и не появлялись пузыри; на стадии пузыря – через 2 суток пузыри заустевали и сморщивались; на стадии изъязвления (эрозий) через 2 суток происходила эпителизация элемента;

при перикоронаритах, периоститах, альвеолитах – раны на следующие сутки очищались от гноя, исчезали субъективные негативные симптомы (боль, запах изо рта), уменьшалась отечность тканей и появлялись грануляции.

Таким образом, «Листерин» продемонстрировал себя как препарат, обладающий широким антибактериальным спектром действия, противовирусным, противовоспалительным и кровеостанавливающим препаратом и может быть рекомендован в качестве лечебного средства для врачей-стоматологов в амбулаторных условиях.

Щіпський О. В.

ПЕРЕЛОМИ ЗУБІВ ЯТРОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Московський державний медико-стоматологічний університет ім. О.І.

Евдокімова. Росія.

Пошкодження зубів залишається актуальним питанням хірургічної стоматології, тому що вони займають до 13% травм кісток лицевого скелету. Травма зубів частіше виникає в результаті удару. Причиною травми зубів можуть бути також шкідливі звички і необережне користування інструментами під час видалення інших зубів. На нашу думку, умови для переломів зубів можуть виникнути із-за особливостей їх реставрації та протезування, що варто дослідити, проаналізувати і звернути увагу на необхідність дотримання відповідних стандартів. **Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів діагностики і лікування 15 пацієнтів с переломами зубів після терапевтичного і ортопедичного лікування. Видалення зубів і імплантацію провели под місцевим знеболенням, остеопластику - колагеном без застосування мембран, протезування - ортопедичними керамічними конструкціями, діагностику до і після лікування - з допомогою контактної рентгенографії і ортопантомографії, аналіз результатів дослідження - з використанням методів статистики і з точки зору експертної думки. **Результати та їх обговорення.** Із 15 пацієнтів, в 5-ти випадках (33%) спостерігали переломи різців, в 1-му (7%) - ікла, в 3-х (20%) - премолярів, в 6-ти (40%) - молярів. Особливістю ятрогенних переломів, перш

за все, є пошкодження молярів і премолярів, частіше - на верхній (n=12; 80%), рідше - на нижній щелепі (n=3; 20%). Переломи зубів були поздовжніми, подвійними і навіть багатуоламковими. Причини переломів були різними для різних зубів. Звернули увагу, що при переломах молярів (n=6; 100%) їх коронки були реставровані композитом і знаходилися в суперконтакті з антагоністом (n=6; 100%). Відсутність штучної коронки, яка належним чином скріплює зуб, також формувало можливість поздовжнього перелома. Причиною переломів премолярів (n=3; 100%) була розпираюча дія клиновидної куксової вкладки. Очевидно, що треба дотримуватися правил препарування зуба і формування куксової вкладки під штучну коронку. При переломах ікла (n=1) і різців (n=5) ми не нашли шкідливого впливу куксових вкладок, хоча самі зуби були ослаблені за рахунок ендодонтичного лікування. При відсутності штучної коронки діагностика переломів зубів ятрогенного походження була можлива з допомогою зондування. Ітерпретація рентгенограмм залежала від площини перелома і ступеня розходження фрагментів. Особливо переконливою діагностика була при розрідженні кістки навколо кореня (n=4; 27%). При відсутності щілини (n=5; 33%) на перелом звернули увагу через наявність болі чи дискомфорту при накушуванні. При відсутності штучної коронки чи після її зняття щілину перелому підтвердили з допомогою зондування. Ми вважаємо, що зуби з поздовжніми переломами зберегти не можна, тому їх видалили у всіх випадках (n=15; 100%). Хоча слід зауважити, що методи по збереженню таких зубів існують і можуть зацікавляти лікарів в певних клінічних і організаційних випадках. Видалення зубів з переломами провели з одночасною (n=7; 47%) або з відтермінованою імплантацією (n=1; 7%). В одному випадку для протезування, врахувавши недоліки минулого протезу, знову застосували мостоподібну конструкцію. Пацієнти в інших випадках були недоступні для протезування (n=6; 40%). Надіємося, що вони прислухалися до наших рекомендацій і спротезувалися в іншій клініці. Найбільш раціональним методом реабілітації після видалення пошкоджених

зубів вважаємо протезування на імплантатах. При цьому ми не знайшли особливих ризиків для проведення одномоментної імплантації. Така методика мала переваги і значно зменшувала термін реабілітації. При цьому імплантація була успішною незалежно від групи зубів, конфігурації лунок і дефектів альвеолярної кістки. Для цього застосували досвід одномоментної імплантації, який допоміг реалізувати ці методики. **Висновки.** Дотримання стандартів лікування і протезування зубів дозволяє уникнути їх пошкодження в майбутньому. Ми не можемо підтвердити можливість збереження зубів з поздовжніми переломами. При згоді пацієнтів найбільш раціональним методом реабілітації після видалення пошкоджених зубів є протезування на імплантатах. Зменшити термін реабілітації можна за рахунок проведення одномоментної імплантації. Така методика має психологічне значення, так як зменшує у пацієнта негативне відчуття втрати зуба. Мы не претендуємо на адаптацію терміна "ятрогенний перелом зуба" в клінічну практику, так як не впевнені, що лікарі згодяться його використовувати. Але треба мати на увазі, що такі випадки можливі, а їх ймовірність залежить від якості праці стоматолога.

Янишен И.В, Гришанин Г.Г., Дюдина И.Л.

**МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ
ЗУБОВ НА ОСНОВЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков**

В сегодняшнее время широко используется в практике ортопедической стоматологии несъемные конструкции протезов, а именно, цельнолитые облицованные пластмассой или керамикой, под которые необходимо значительно сошлифовывать твердые ткани опорных зубов(1,2), многие врачи-ортопеды, с целью предупреждения возможных осложнений операции препарирования, депульпируют

интактные опорные зубы. Однако многочисленные исследования доказывают нецелесообразность использования под опору цельнолитых конструкций зубов с экстерпированной пульпой, в связи со снижением их восприятия к жевательным нагрузкам (3,4).

В связи с вышесказанным, сохранение и восстановление рецепторного аппарата опорных зубов после операции препарирования твердых тканей в настоящее время является актуальным.

Целью настоящего исследования явилось: экспериментальное обоснование применения адгезивных систем с добавлением различных препаратов для защиты и реабилитации рецепторного аппарата зубов.

Материалы и методы исследования: объектом исследования служили зубы белых крыс линии WAG весом 220-230 гр. Было выделено 6 групп крыс по 5 особей и одна контрольная группа. Препарирование зубов (для исследования использовались центральные резцы) проводилось с использованием анестезиологической защиты. Часть зубов, в выделенных группах после препарирования покрывали светоотверждаемым адгезивом (производства АО«Стома») с добавлением антигомотоксического препарата «Траумель» фирмы Heel и адгезивом Syntac (“Ivoclar-Vivadent AG”, Лихтенштейн), также с добавлением препарата «Траумель». После эфтаназии проводилось удаление зубов с фрагментом челюсти через неделю, 2 недели и 1 месяц после начала эксперимента и подвергали декальцинации по общепринятой методике, изготавливали микроскопические срезы, которые изучали под электронным микроскопом.

Результаты исследования:

При добавлении к отечественному светоотверждаемому адгезиву препарата Траумель через 1 неделю наблюдали морфофункциональную деструкцию дентина, декальцинацию,

разрыхление, образование полостей. Отчетливый позитивный результат обнаружен только через 1 месяц. Отмечали полноценную регенерацию отростков одонтобластов, которая происходила в боковых ответвлениях и с максимально выраженным накоплением белка в цитоплазме. При этом отмечали формирование многочисленных шарообразных участков обызвествления в толще дентина и интенсивную кальцификацию слоя на поверхности дентина. Органический матрикс дентина выглядел не измененным.

Использование препарата Траумель вместе с адгезивом Syntac через 1 месяц после препарирования зубов не улучшало регенерации отростков одонтобластов основного вещества и кальцификации дентина .

Выводы: отечественный светоотверждаемый адгезив с добавлением препарата Траумель позволяет восстанавливать отростки одонтобластов, улучшает морфофункциональное состояние основного вещества дентина и кальцификацию наружного слоя через 1 месяц после препарирования, что свидетельствуют о возможности реабилитации рецепторного аппарата культей зубов после операции препарирования твердых тканей.

Список литературы:

1. Абакаров С. И., Чертыковцев В. Н., Абакаров М. Г., Омаров О. Г., Аджиев К. С. Гемодинамика в пульпе опорных зубов после их препарирования для изготовления металлокерамических протезов // Стоматология. – 1994. - №3. – С. – 55-57.
2. Петрович Ю.А., Большаков Г.В., Трусова Н.Ф., Ткаченко Г.И., Рамазанов Т.Д. Влияние водного и воздушного охлаждения на ферменты пульпы зуба при воздействии температурно-болевого

фактора одонтопрепарирования // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998. - №3. - С. 16-18

3. Рамусь М.О. Особенности подготовки опорных зубів під металокерамічний протез (огляд літератури) // Український медичний альманах. – 2000. – Т. 3, N 5. – С. 207-210.

4. Лагутина Н.Я., Воробьев В.С., Кулагин А.П., Попов А.В., Шах Г.Е. Влияние депульпирования на состояние твердых тканей зуба // Стоматология. – 1990. - №2. – С. 13-16.

Янишен И.В., Кузнецов Р. В., Погорелая А.В.

**ОЦЕНКА РАЗМЕРОВ ОРАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ
ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЛЯ
РАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ОПОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ
АДГЕЗИВНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА**

Харьковский национальный медицинский университет

Повышенная стираемость зубов представляет собой прогрессирующий процесс убыли твердых тканей зубов, которые сопровождаются комплексом изменений эстетического, функционального и морфологического характера в зубных и околозубных тканях, жевательных мышцах, височно-нижнечелюстном суставе.

Различают 4 степени повышенной стираемости твердых тканей зубов:

1. стирание эмали краев и бугров;
2. полное стирание бугров с обнажением дентина (уменьшение высоты коронки до 1/3);
3. уменьшение высоты коронки до 2/3;
4. стирание до уровня шейки зуба (уменьшение высоты коронки свыше 2/3).

А также формы истирания: горизонтальная, вертикальная, фасеточная, узурированная, ступенчатая, ячеистая, смешенная. При вертикальной форме

повышенной стираемости сошлифовывается прежде всего небная поверхность верхних резцов и вестибулярная поверхность нижних резцов, в результате чего вестибуло - оральный размер зубов уменьшается.

Целью исследование является изучение размеров оральных поверхностей фронтальных зубов верхней и нижней челюстей для рационального планирования опорных элементов адгезивного мостовидного протеза при лечении малых дефектов при вертикальной форме повышенной стираемости.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 60 пациентов (38 мужчин и 22 женщин,) с различными клиническими формами повышенной стираемости зубов в возрасте от 35 до 55 лет. Все они были разбиты на группы по 15 человек. Контрольная группа обследованных с интактными зубными рядами и физиологическими формами прикуса состояла из 15 человек. I группа – 1 и 2 степени патологической стираемости зубов; II – 3 степень патологической стираемости зубов; III – 4 степень патологической стираемости зубов; IV – контрольная группа.

У всех пациентов были получены полные анатомические оттиски силиконовыми оттискными материалами. По ним были отлиты комбинированные модели, на которых проводили измерения. Оральные поверхности фронтальных зубов верхних и нижних челюстей покрывали вазелином и наносили стальные шарики диаметром 1мм.

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице отражены сравнительные результаты замеров площадей оральных поверхностей в зависимости от степени повышенной стираемости зубов в контрольной и исследуемых группах.

Таблица.

Сравнительные размеры оральных поверхностей площадей в зависимости от степени повышенной стираемости зубов

Параметры	Морфометрические показатели	I	II	III	IV	P
-----------	-----------------------------	---	----	-----	----	---

Верхняя челюсть	S центрального резца, (мм ²)	42,2±0,01	27,5	15,2	-	56,0
	Слатерального резца, (мм ²)	26,5	20,0	-	10,8	34,0
	Склыка, (мм ²)	30,0	25,5	-	14,0	41,8
Нижняя челюсть	Сцентрального резца, (мм ²)	24,2	16,8	-	9,6	37,3
	Слатерального резца, (мм ²)	30,5	10,25	-	12,0	38,9
	Склыка, (мм ²)	42,2	25,5	-	13,0	51,3

Выводы: на основании проведенных клинических и лабораторных исследований нами были определены средние значения площадей оральных поверхностей зубов верхней и нижних челюстей, что позволит использовать эти данные при планировании опорных элементов адгезивных мостовидных протезов.

Янишен И.В., Погорелая А.В., Шепенко А.Г.

**ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ
ОТЕЧЕСТВЕННОГО АДГЕЗИВНОГО МАТЕРИАЛА
«СТОМАФИКС- А»**

Харьковский национальный медицинский университет

В Украине изготовление съёмных пластиночных протезов с жестким базисом достигает 80%. По данным литературы от 20 – 26% пациентов не пользуются съёмными протезами, а 37% – недовольны качеством ортопедического лечения ними. Кроме этого, в 52% случаев съёмные конструкции имеют недостаточную фиксацию и стабилизацию на протезном ложе. У 64% пациентов под базисами протезов развиваются заболевания слизистой оболочки травматической этиологии [1]. Для улучшения фиксации и адаптации к съёмным протезам были предложены различные способы: усовершенствование методики получения функционального оттиска с

беззубой челюсти; применение хирургических методов; использование внутрикостных имплантов; разработка специальных конструкций протезов; использование эластических подкладок [2, 3].

Недостаточно изученным остается вопрос влияния адгезивных материалов на клиническую эффективность при адаптации после протезирования съёмными протезами.

Разработка и внедрение отечественного адгезивного материала с антибактериальной активностью позволит увеличить эффективность ортопедического лечения съёмными пластиночными протезами, сократить период адаптации и повысить их функциональность, за счет уменьшения количества коррекций и острых механических поражений слизистой оболочки полости рта.

Целью настоящего исследования является исследование антибактериальной активности отечественного адгезивного материала "Стомафикс-А"

Материалы и методы исследования. В соответствии с рекомендациями ВОЗ для оценки активности препаратов использовали тест-штаммы *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Bacillus subtilis* ATCC 6633, *Proteus vulgaris* ATCC 4636, *Candida albicans* ATCC 653/855. Приготовление микробной суспензии микроорганизмов проводили с использованием прибора Densi-La-Meter (производство PLIVA-Lacchema, Чехия; длина волны 540 нм). Суспензию готовили согласно инструкции, которая прилагается к прибору и информационного письма о нововведении в схеме охраны здоровья № 163-2006 «Стандартизація приготування мікробних суспензій», г. Киев. Синхронизацию культур проводили с использованием низкой температуры (+4°C). Микробная нагрузка составила 10^7 микробных клеток на 1 мл среды и устанавливалась за стандартом McFarland. В работу брали 18-24 часовую культуру микроорганизмов, а для исследования - агар Мюллера-Хинтона (Дагестанский НПО «Питательные среды», срок годности среды до XI 2014 г.).

При оценке новых антибактериальных веществ, а также при изучении антибиотикоустойчивых штаммов применяют следующие критерии:

- отсутствие зон задержки роста микроорганизмов вокруг лунки, а также зоны задержки до 10 мм указывает на то, что микроорганизм не чувствителен к внесенному в лунку препарату или концентрации антибиотика;

- зоны задержки роста диаметром 10-15 мм указывают на малую чувствительность культуры к испытываемой концентрации антибактериального вещества;

- зоны задержки роста диаметром 15-25 мм расцениваются, как показатель чувствительности микроорганизма к испытываемому лекарственному средству;

- зоны задержки роста, диаметр которых превышает 25 мм, свидетельствует о высокой чувствительности микроорганизмов к изучаемым препаратам.

Данные результатов исследования антибактериальной активности исследуемых образцов представлены в таблице (исследование проводили в двух вариантах с перерывом 2 дня).

Таблица Антибактериальная активность образца «Стомафикс-А».

Образцы	Диаметры зон задержки роста в мм число повторов опыта n=3					
	<i>Staphylococcus Aureus</i> ATCC 25923	<i>Escherichia coli</i> ATCC 25922	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC 27853	<i>Proteus vulgaris</i> ATCC 4633	<i>Basillus subtilis</i> ATCC 6633	<i>Candida albicans</i> ATCC 653/885
1 вариант	17,19,16	14,15,15	рост	рост	18,18, 16	13,14,14
2 вариант	18,20,19	17,16,16	рост	рост	18,17,18	13,13,14

Выводы. В результате проведенных исследований было установлено, что отечественный адгезивный материал “Стомафикс-А” обладает антибактериальной активностью в отношении *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Basillus subtilis* ATCC 6633 и слабой активностью в отношении *Candida albicans* ATCC 653/885.

Список литературы.

1. Лабунец Василий Аксентьевич. Разработка научных основ планирования стоматологической ортопедической помощи на современном этапе ее развития: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.22; 14.02.03 / Одесский НИИ стоматологии. О., – 2000. – 350 л.

2. Нидзельский М.Я., Кузнецов В.В., Давиденко Г.М. Влияние технологии изготовления базисов съемных пластиночных протезов на процессы адаптации к ним // Украинский стоматологический альманах. – 2001. – № 1(2). – С. 39-41.

3. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія. – Київ, 2003. – 584с.

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

1. Коган Л.Б. –Современные подходы к профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний у детей с расщелинами неба

(аспирантка кафедры хирургической стоматологии Одесского Национального медицинского университета, зав. каф. – д.мед.н., профессор Гулюк А.Г.).

2. Кравченко Л.И. – Методика лечения ХРАС у детей с применением озонотерапии(аспирантка кафедры детской стоматологии ГУ “Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины”, зав. каф. – д.мед.н., профессор Ковач И.В.).

3. Халецкая В.Н. – Функциональные нарушения органов полости рта у детей с врожденными расщелинами челюстно-лицевой области (ассистент кафедры детской стоматологии ГУ “Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины”, зав. каф. – д.мед.н., профессор Ковач И.В.).

4. Бунятян К.А. – Применение трикальцийсиликатного цемента при лечении переломов корней постоянных зубов в детском возрасте (ассистент кафедры детской стоматологии ГУ “Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины”, зав. каф. – д.мед.н., профессор Ковач И.В.).

5. Лавренюк Я.В. – Оценка эффективности лечения основных стоматологических заболеваний у детей с различными видами ортодонтических конструкций (аспирантка кафедры детской стоматологии ГУ “Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины”, зав. каф. – д.мед.н., профессор Ковач И.В.).