

ХАРКІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ

АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ



ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ Вип. 13

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**



ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Випуск 13

Харків 2018

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*40 років стоматологічному факультету
Харківського національного медичного
університету*



***ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЇ***

*Збірник наукових праць
Випуск 13*

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНА СТОМАТОЛОГІЯ. НАУКА, ПРАКТИКА, ПЕ-
ДАГОГІКА» З НАГОДИ 40-РІЧНОГО ЮВІЛЕЮ СТОМАТО-
ЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІО-
НАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
Харків, 23 листопада 2018 р.**

Харків
2018

УДК 616.31 (081/082)

ББК 56.6

П 35

Редакційна колегія: проф. Є.М. Рябоконт (відповідальний редактор), ас. Б.Г. Бурцев (відповідальний секретар.), проф. С.М. Григоров, проф. Г.Ф. Катурова, проф. Р.С. Назарян, доц. В.В. Ніконов, проф. Г.П. Рузін, проф. І.І. Соколова, проф. І.В. Янішен

Рецензенти: професор А.В. Самойленко – зав. каф. терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; професор В.І. Гризодуб – зав. каф. ортопедичної стоматології № 1 Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Питання експериментальної та клінічної стоматології: Зб. науч. праць. – Вип. 13. / Редкол.: Є.М. Рябоконт (відп. ред.) та ін.; МОЗ України, Харк. нац. мед. ун-т. – Х.: ФОП Бровін О.В., 2018. – 190 с. ISBN 978-617-7555-93-2

Затверджений та рекомендований до видання Вченою радою Харківського національного медичного університету (протокол № 11 від 15.11.2018 р.)

Збірка наукових праць присвячена 40-річчю стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету. У ній представлені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальна стоматологія. Наука, практика, педагогіка» з нагоди 40-річного ювілею стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету (23 листопада 2018 р.). Збірка включає результати наукових досліджень по актуальних проблемах стоматології та щелепно-лицьової хірургії з різних країн. У випуск включені праці фахівців, які виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ і установ післядипломної освіти лікарів, а також в практичній охороні здоров'я. У них відбиті експериментальні, теоретичні і клінічні питання сучасної стоматології та щелепно-лицьової хірургії.

Автори виражають подяку за допомогу в публікації збірки ГО «Харківське обласне відділення Асоціації стоматологів України» (Президент – професор Є.М. Рябоконт)

ISBN 978-617-7555-93-2

УДК 616.31 (081/082)

ББК 56.6

© Харківський національний медичний університет, 2018

УДК 616.314

Абдуллаева П.Ш.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПУЛЬПЫ И ПАРОДОНТА ЗУБОВ, ПРЕПАРИРОВАННЫХ ПОД ВИНИРЫ

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Препарирование твердых тканей зуба является основным клиническим фактором, непосредственно воздействующим на качество реставрации. Однако, в процессе препарирования не исключено повреждение пульпы, поэтому оценка состояния пульпы после препарирования, в частности, изучение гемодинамики пульпы имеет важное значение [1, 2].

Цель исследования – оценка состояния гемодинамики пульпы и пародонта препарированных зубов под виниры методом высокочастотной ультразвуковой доплерографии.

Материал и методы. Виниры установлены 109 пациентам, средний возраст составил $31,4 \pm 3,51$ лет. Причиной обращения явилась неудовлетворенность эстетикой зубов. Согласно расширенному эстетическому индексу, в 36,7% случаев отмечалось изменение естественного цвета, пигментированные трещины эмали (класс А), в 28,4% случаев - изменение формы и размеров, стираемость зуба (класс Б), в 22,0% случаев - изменение положения в зубном ряду, скученность зубов (класс В), в 12,8% случаев отмечалось сочетание перечисленных признаков. У 65,1% пациентов установлены керамические, у 34,9% – композитные виниры. Всего зафиксировано 288 виниров. Опорными зубами были 276 зубов верхней и 12 зубов нижней челюсти передней группы, из них 179 резцов, 38 верхних первых премоляров, 34 клыков и 37 моляров. Опорными зубами служили 250 витальных и 38 девитальных зубов. Определение показателей кровотока проводили до, сразу после препарирования, через 10-14 и 30 дней после установки виниров. Использован метод ультразвуковой доплерографии аппаратом «Минимакс-Допплер-К» (ООО «СП-Минимакс», г. Санкт-Петербург, Россия) датчиком частотой 25 МГц в тканях десны и низкочастотным датчиком 10 МГц в пульпе зуба. Статистическую обработку полученных результатов выполнили с использованием пакета «Statistica 6.0» (StatSoftInc., USA), MS Excel для Windows 2010 (USA). Вычисляли среднюю арифметическую (M), среднее квадратичное отклонение (σ), ошибку средней арифметической (m). Для определения достоверности разности средних величин применяли критерий Стьюдента (t) для выборок разного объема (n) с последующим вычислением вероятности ошибки (p).

Результаты. У пациентов с керамическими винирами максимальная систолическая скорость (Vas) в тканях пародонта и пульпы сразу после установки виниров в сравнении с исходным показателем повысилась в среднем на 51,6% ($p < 0,05$) и 47,9% ($p < 0,05$) соответственно, после 10-14 дней величина Vas снизилась, но продолжала превышать исходный показатель на 30,5% ($p < 0,05$) и 30,1% ($p < 0,05$), через 30 дней максимальная систолическая скорость не отличалась от исходной величины, как в тканях пародонта, так и в

пульпе. Сразу после фиксации отмечалось повышение средней скорости по сравнению с исходной величиной на 13,3% и 14,3% соответственно в тканях пародонта и пульпе. Спустя 10-14 дней наблюдалось незначительное снижение и через месяц величина V_{am} почти не отличалась от начальной, как в пародонте, так и в пульпе. Конечная диастолическая скорость кровотока (V_{akd}) сразу после фиксации виниров снизилась на 17,4% в пародонте и на 25,3% - в пульпе. Через 10-14 дней этот показатель в тканях пародонта был на 9,7%, а через 30 дней на 7,7% ниже исходного значения. Схожая динамика отмечалась в пульпе, где величина V_{akd} через 10-14 и 30 дней была ниже начального уровня на 12,1% и 9,0% соответственно. Сразу после установки, уровень Q_{as} в тканях пародонта в среднем превышал исходный на 25,0%, в пульпе - на 16,7%, через 10-14 дней - соответственно на 10,2% и 7,6%, через 30 дней показатель Q_{as} в тканях пародонта от исходного не отличался, а в пульпе разница составила 4,2%. Средняя скорость Q_{am} сразу после установки увеличилась, как в пародонте, так и в пульпе, в среднем на 53,3% ($p < 0,05$) и 56,8% ($p < 0,05$) соответственно. Затем уровень Q_{am} снижался и через 1 мес. разница с исходной величиной в тканях пульпы составила 18,9%, а в пародонте разницы не было. У пациентов с керамическими винирами определялось повышение индекса пульсации (PI) сразу после фиксации в пародонте на 13,8%, в пульпе - на 42,5% ($p < 0,05$). Через 30 дней средняя величина PI была снижена по отношению к исходной в пародонте на 3,4%, в пульпе - на 7,1%. Индекс периферического сопротивления Пурсело (RI) в пародонте сразу после фиксации повысился на 10,6%, в пульпе - на 17,0%, через 10-14 дней этот показатель снизился в пародонте и пульпе и был выше исходного соответственно на 5,6% и 15,9%, спустя 30 дней разница составила 1,7% и 3,2%. У пациентов с композитными винирами наблюдалась аналогичная динамика изменения интенсивности гемодинамических показателей. Однако, при композитных винирах восстановление показателей проходило медленнее, чем у пациентов с керамическими винирами, что подтверждается результатами сравнительного анализа. Так, если после 30 дней фиксации керамических виниров линейные скорости кровотока V_{as} , V_{am} и объемные скорости Q_{as} и Q_{am} практически не отличались от исходных, а между конечной диастолической скоростью (V_{akd}) и индексами (PI, RI) имелась незначительная разница, то у пациентов с композитными винирами через месяц фиксации разница с исходными продолжала сохраняться. В частности, уровень V_{as} , Q_{am} спустя месяц и в пародонте и в пульпе превышал исходный более, чем на 20%, V_{am} - более 10%, уровень индекса пульсации в пульпе более чем на 30%.

Таким образом, проведение высокочастотной ультразвуковой доплерографии после фиксации виниров и динамический мониторинг гемодинамических показателей позволили получить информацию, необходимую для оценки реактивности пульпы и тканей пародонта.

Ключевые слова: пульпа зуба, виниры, ткани пародонта.

Литература. 1. Абакаров С.И. Результаты исследования функционального состояния сосудов пульпы зуба при препарировании твердых тканей под металлокерамические коронки / С.И. Абакаров, А.В. Панин, А.О. Гасангусейнов // *Стоматология*. - 2007. - №2. -

С. 57-62. 2. Куропагова Л.А. Сравнительный анализ показателей гемодинамики пульпы зуба при препарировании под винир с использованием инфльтрационной и интрасептальной анестезии / Л.А. Куропагова, И.Ю. Лебеденко, С.А. Рабинович // Росс. стом. журнал. - 2005. - № 3. - С. 40-43.

Abdullayeva P. Sh. THE HEMODYNAMIC PERFORMANCE OF THE PULP AND PERIODONTIUM OF THE TEETH PREPARED FOR VENEERS

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Preparation of hard tooth tissues is the main clinical factor directly affecting the quality of restoration. However, in the process of preparation pulp damage is not excluded, so the assessment of the pulp after preparation, in particular, the study of the pulp hemodynamics is important [1, 2].

The aim of the study was to assess the state of hemodynamics of the pulp and periodontal of the prepared teeth for veneers by high - frequency ultrasonic dopplerography.

Material and methods. Veneers were installed in 109 patients, the average age was 31.4 ± 3.51 years. The reason for the treatment was dissatisfaction with the aesthetics of the teeth. According to the expanded aesthetic index, in 36.7% of cases there was a change in natural color, pigmented enamel cracks (class A), in 28.4% of cases - a change in shape and size, abrasion of the tooth (class B), in 22.0% of cases - a change in position in the dentition, crowding of teeth (class B), in 12.8% of cases there was a combination of these features. 65.1% of patients had ceramic veneers and 34.9% had composite veneers. A total of 288 veneers were recorded. The supporting teeth were 276 of the upper teeth 12 and the teeth of the lower jaw, the front of the group, of which 179 incisors, 38 of the upper first premolars, canines 34 and 37 molars. The supporting teeth were 250 vital and 38 devital teeth. Blood flow parameters were determined before, immediately after preparation, 10-14 and 30 days after veneers installation. The method of ultrasonic Doppler imaging device "minimax-Doppler-K "(LLC" SP-minimax", St. Petersburg, Russia) sensor frequency of 25 MHz in the gum tissue and low-frequency sensor 10 MHz in the tooth pulp. Statistical processing of the results was performed using the package "Statistica 6.0" (StatSoftInc., USA), MS Excel for Windows 2010 (USA). The arithmetic mean (M), standard deviation (σ), arithmetic mean (m) error were calculated. To determine the reliability of the difference between the mean values, the student's criterion (t) was used for samples of different volume (n), followed by the calculation of the error probability (p).

Results. In patients with ceramic veneers, the maximum systolic velocity (Vas) in periodontal and pulp tissues immediately after veneers installation compared to the baseline increased by an average of 51.6% ($p < 0.05$) and 47.9% ($p < 0.05$), respectively, after 10-14 days the value of Vas decreased, but continued to exceed the baseline by 30.5% ($p < 0.05$) and 30.1% ($p < 0.05$), after 30 days the maximum systolic velocity did not differ from the baseline value, as in periodontal tissues and pulp. Immediately after fixation, there was an increase in the average speed compared to the initial value by 13.3% and 14.3%, respectively, in the periodontal tissues and pulp. After 10-14 days there was a slight decrease and a month later the value of Vam did not differ from the initial value, both in the periodontium and in the pulp. End-diastolic velocity

(Vakd) immediately after the cementation of veneers, dropped 17.4% in the periodontium and 25.3% in the pulp. After 10-14 days, this index in periodontal tissues was 9.7%, and after 30 days 7.7% lower than the initial value. Similar dynamics was observed in the pulp, where the value of Vakd after 10-14 and 30 days was lower than the initial level by 12.1% and 9.0%, respectively. Immediately after installation, the level of Qas in periodontal tissues on average exceeded the original by 25.0%, in the pulp - by 16.7%, after 10-14 days - by 10.2% and 7.6%, respectively, after 30 days, the Qas index of periodontal tissues did not differ from the original, and in the pulp the difference was 4.2%. The average speed of Qam immediately after installation increased, both in the periodontium and in the pulp, by an average of 53.3% ($p<0.05$) and 56.8% ($p<0.05$), respectively. Then the level of Qam decreased after 1 month. the difference with the initial value in the pulp tissues was 18.9%, and there was no difference in the periodontium. In patients with ceramic veneers, an increase in the pulsation index (PI) was determined immediately after fixation in the periodontium by 13.8%, in the pulp - by 42.5% ($p<0.05$). After 30 days, the average value of PI was reduced relative to the initial value in the periodontium by 3.4%, in the pulp - by 7.1%. The index of peripheral resistance of Purcelo (RI) in the periodontium immediately after fixation increased by 10.6%, in the pulp - by 17.0%, after 10-14 days, this figure decreased in the periodontium and pulp and was higher than the original, respectively, by 5.6% and 15.9%, after 30 days, the difference was 1.7% and 3.2%. In patients with composite restorations were observed similar dynamics of changes in the intensity of hemodynamic parameters. However, in composite veneers recovery was slower than in patients with ceramic veneers, which is confirmed by the results of comparative analysis. Thus, if after 30 days of fixation of ceramic veneers linear blood flow rates Vas, Vam and volumetric rates Qas and Qam did not differ from the original, and between the final diastolic velocity (Vakd) and indices (PI, RI) there was a slight difference, then in patients with composite veneers in a month of fixation the difference with the original continued to persist. In particular, the level of Vas, Qam a month later and in the periodontium and in the pulp exceeded the original by more than 20%, Vam - more than 10%, the level of pulsation index in the pulp by more than 30%. Thus, high-frequency Doppler ultrasound after fixation of veneers and dynamic monitoring of hemodynamic parameters allowed to obtain the information necessary to assess the reactivity of the pulp and periodontal tissues.

Key words: tooth pulp, veneers, periodontal tissues.

УДК: 613.63/.65

Алиев З.У.

К ВОПРОСУ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А.Алиева, Баку Азербайджан

Считается, что этнические особенности строения зубочелюстной системы, географическая изолированность народности, семейный анамнез и прочие

наследственно обусловленные факторы самостоятельно и при сочетании с внешними факторами (экологические, экономические, психологические) значительно повышают вероятность развития зубочелюстно-лицевых аномалий (ЗЧЛА) [1, 2]. Следовательно, первичную профилактику ЗЧЛА необходимо проводить на ранних этапах развития ребенка. Для целенаправленной ориентации службы первичного звена здравоохранения на профилактику ЗЧЛА важное значение имеет оценка степени риска в зависимости от особенностей семейного анамнеза.

Цель исследования – оценить степень атрибутивного риска распространенности ЗЧЛА у детей в зависимости от особенностей семейного анамнеза.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе Бакинского детского стоматологического центра. Случайным отбором была сформирована выборка в объеме 2000 детей (по 250 мальчиков и 250 девочек по 4-м возрастным группам: 3-5, 6-9, 10-12 и 13-15 лет). Информация о наличии ЗЧЛА у родителей, братьев и сестер, бабушек и дедушек и других родственников (двоюродных братьев и сестер) собиралась путем опроса родителей. Выборочная совокупность была распределена на группы по характеристикам семейного анамнеза (наличие или отсутствие в семейном анамнезе лиц с ЗЧЛА). В каждой группе была установлена частота распространенности ЗЧЛА, которые были выявлены нами путем непосредственного комплексного стоматологического обследования детей. Степень риска ЗЧЛА определялась путем сравнения частоты ЗЧЛА в группах с отягощенным и нормальным семейным анамнезом. Атрибутивный риск (attributable risk) или добавочный риск определялся как разность частоты ЗЧЛА в отмеченных группах (разница рисков – risk difference). Оценка риска проводилась в соответствии с рекомендациями Флетчер Р. и соавторов [1].

Результаты и их обсуждение. Наиболее распространенной формой ЗЧЛА являются аномалии положения зубов, которые в соответствии с международной классификацией болезней (10-го пересмотра) включают: скученность, диастему, смещение, поворот, нарушение межзубных промежутков, транспозицию, ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов. В зависимости от различного семейного анамнеза количество зубов с аномальным положением в расчете на 100 обследованных колебалось в широком интервале: от $72,3 \pm 1,1$ до $105,4 \pm 5,3$. Статистически значимо ($P < 0,05$) высокие параметры этого показателя были установлены в группах детей, у которых в анамнезе родителей ($105,4 \pm 5,3$), братьев и сестер ($87,9 \pm 1,8$) и других родственников (двоюродных братьев и сестер) отмечались ЗЧЛА в отличие от детей без такового семейного анамнеза. В зависимости от степени родства размер атрибутивного риска аномалий положения зубов колебался в интервале от 3,0 до 33,1 в расчете на 100 детей. Наибольший размер атрибутивного риска аномалий положения зубов у детей установлен в случаях, когда ЗЧЛА отмечались у родителей (33,1 %). При наличии ЗЧЛА в анамнезе у братьев и сестер, а также других близких родственников (за исключением бабушек и дедушек) у детей атрибутивный риск аномалий положения зубов составлял 11,4-14,8%.

В группах детей, у которых в анамнезе бабушек и дедушек были ЗЧЛА, частота аномалий положения зубов ($80,9 \pm 2,0$ в расчете на 100 детей) достоверно не отличалась от таковой в группе детей с неотягощенным семейным анамнезом ($77,9 \pm 1,0$). Это можно связывать с тем, что во время опроса родителей они не могли точно освидетельствовать наличие ЗЧЛА в анамнезе бабушек и дедушек. Таким образом, отягощенный семейный анамнез (наличие ЗЧЛА у родителей, братьев и сестер, а также близких родственников) ассоциируется с высокой вероятностью развития аномалий положения зубов. При этом размер атрибутивного риска колеблется в интервале от 11,4 до 33,1 случаев на 100 детей.

Частота выявляемости аномалий прикуса колебалась в интервале от $51,7 \pm 1,2$ до $86,1 \pm 1,9$ случаев в расчете на 100 детей с разной характеристикой семейного анамнеза. По сравнению с группой детей без отягощенного семейного анамнеза частота аномального прикуса в группах детей с отягощенным семейным анамнезом (при различной степени родства) была статистически значимо выше ($p < 0,05$). Величина атрибутивного риска аномалий прикуса колебалась в интервале от 23,8 до 34,2 случаев в расчете на 100 детей и была наиболее высока в подгруппах детей, у которых отмечены ЗЧЛА у родителей, братьев и сестер.

Аномалии отдельных зубов (без изменения положения) встречались относительно редко: в зависимости от разной характеристики семейного анамнеза на 100 детей приходилось от $5,8 \pm 0,6$ до $12,1 \pm 1,7$ случаев данного вида аномалий. Высокий уровень частоты выявления аномалий отдельных зубов ($p < 0,05$ по сравнению с группой без отягощенного семейного анамнеза) отмечался в группах детей, у которых в анамнезе родителей ($12,1 \pm 1,7$ случаев на 100 детей), братьев и сестер ($10,4 \pm 1,6$ случаев на 100 детей) и других близких родственников ($10,3 \pm 1,7$ случаев на 100 детей) были ЗЧЛА. Таким образом, на примере отмеченной патологии также подтверждается роль отягощенности семейного анамнеза в формировании риска аномалии зубов. Размер атрибутивного риска относительно невысок ($2,1-6,3$ случаев в расчете на 100 детей).

Вывод. Отягощенность семейного анамнеза (наличие ЗЧЛА в анамнезе у родителей, братьев и сестер, других родственников) ассоциируется с большей частотой аномалий прикуса и аномалий положения зубов.

Ключевые слова: зубочелюстные лицевые аномалии, распространенность, атрибутивный риск, семейный анамнез.

Литература. 1. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. – М.: Медиа Сфера.–1998.–352 с. 2. Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М. Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов. - М., Медицина, 2011.

Aliyev Z.U. ON THE ISSUE OF PREVALENCE MAXILLOFACIAL ABNORMALITIES IN CHILDREN, DEPENDING ON FEATURES OF FAMILY HISTORY IN AZERBAIJAN

Azerbaijan state doctors improvement institute named after A. Aliyev, Azerbaijan, Baku

Goal. To assess the degree of attributable risk of the incidence of FDDA in children depending on the characteristics of the family history.

Methods. Sample was formed in volume 2000 (250 boys and 250 girls in 4 age groups: 3-5, 6-9, 10-12 and 13-15 years). A survey of parents was obtained, the characterization of the family history. The risk of facial dentoalveolar anomalies (FDAA) was determined by comparing the frequency of FDAA in groups with compromised and normal family history. Attributable risk was defined as the difference in the frequency of FDAA.

Results. The number of teeth with abnormal position per 100 surveyed ranged in a wide interval: from $72,3 \pm 1,1$ to $105,4 \pm 5,3$. Depending on various characteristics of the family history, the size of the attributable risk of anomalies of the teeth varied in the range from 3.0 to 33.1 per 100 children. The maximum size of the attributable risk of anomalies of the teeth in children is set in cases where their parents had a history of FDAA (33.1 per cent). In the presence of FDAA history in close relatives (except grandparents) in children attributable risk of anomalies of the teeth were 11.4-14.8 per cent. In groups of children with a history of grandparents were FDAA, the frequency of anomalies of the teeth ($80,9 \pm 2,0$ per 100 children) was not significantly different from that in the control group ($77,9 \pm 1,0$). This can be explained by the fact that during the survey of parents they were not able to examine the presence of FDAA in history of grandparents.

Conclusion. The complexity of the genetic background in children is associated with high amount of attributable risk of malocclusions and anomalies of tooth position.

Key words: dentoalveolar facial anomalies, prevalence, attributable risk, family history.

УДК 616.31-083

Алиева Р.К., Зейналова Г.К., Аббасова Р.А., Иманов Э.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФТОРИДСОДЕРЖАЩЕЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку, Азербайджан

Одним из наиболее важных факторов риска возникновения наиболее распространенных заболеваний кариеса зубов и болезней периодонта является микробный зубной налет, избыточное накопление которого наблюдается при неудовлетворительной гигиене, а последняя обусловлена образом жизни людей [1]. Наиболее эффективным методом гигиены рта является регулярная, два раза в день, чистка зубов. В странах Европы имеются большие различия в соблюдении детьми общепризнанного режима (два раза в день) чистки зубов. По данным международного исследования HBSC 2001/2002 гг. , более одного раза в день чистят зубы подростки (11-15 лет) в Швейцарии (80% мальчиков и 89% девочек), в Германии (79%) и Нидерландах (77%) [2, 3]. В России 52% мальчиков и 71% девочек соблюдают рекомендованный режим чистки зубов. Выборочные исследования детей в Азербайджане пока-

зывают неудовлетворительное состояние гигиены рта и наличие хронических гингивитов. Так, по данным исследований у 7-8-летних детей средний ОНI-S колеблется в пределах от 1.2 до 2.27 ед., что указывает на неудовлетворительную гигиену рта. Следовательно, дети зубы не чистят или чистят нерегулярно и некачественно. Международный опыт и 10-летний опыт школьной программы в г.Баку показывает, что младших школьников необходимо учить правильно чистить зубы в школе под наблюдением учителей.

Цель исследования: Определение стоматологического статуса и клиническая оценка эффективности контролируемой и неконтролируемой гигиены полости рта с использованием фторидсодержащей зубной пасты у детей младшего школьного возраста.

Материал и методы исследования. Был проведен стоматологический осмотр 159 учеников младшего школьного возраста г.Баку. Среди обследованных: 47 детей в возрасте 6 лет, 89 детей – 7 лет и 23 ребенка – 8 лет, всего 72 мальчика и 87 девочек. Гигиену рта оценивали по упрощенному индексу ОНI-S (Green, Vermillion, 1964) и его компонентам – зубному налету (DI-S) и зубному камню (CI-S). Состояние десны определяли с помощью десневого индекса GI (Loe, Sillness, 1963). Для оценки интенсивности кариеса постоянных зубов применяли индексы КПУ зубов и КПУ поверхностей. Данные осмотра регистрировались в специальной карте стоматологического обследования. Статистическая обработка выполнена при помощи компьютерной программы Excel, Statistic for Windows. В гигиенической школьной программе участвовали 49 детей в возрасте 7-8 лет. В одной группе (n = 24) неконтролируемой гигиены, в другой (n = 25) – с контролируемой гигиеной. Чистка зубов осуществлялась в течение четырех недель ежедневно в учебные дни в школе после завтрака под наблюдением учителей.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования 159 школьников 7-8-летнего возраста было установлено, что стоматологический статус младших школьников по данным индекса гигиены и десневого индекса был неудовлетворительным. После четырех недель ежедневной контролируемой программы чистки зубов показатели индекса ОНI-S уменьшились на 18% в сравнении с исходным уровнем; значения индекса GI понизились на 14-22% в группах с КГ и НГ, использовавших фторидсодержащую (500 ppm) зубную пасту. Средний показатель индекса гигиены ОНI-S обследованных детей составил $1,65 \pm 0,03$ S.E., что в целом характеризовало уровень гигиены полости рта школьников как неудовлетворительный. При этом гигиеническое состояние рта определялось главным образом значительным количеством зубного налета – компонент DI-S составил $1,64 \pm 0,03$. Зубной камень был обнаружен только у нескольких детей – среднее значение компонента CI-S составило $0,01 \pm 0,004$. Средний показатель десневого индекса GI был $0,81 \pm 0,01$ S.E., что указывало на наличие у детей гингивита легкой степени тяжести. При этом показатели индекса у отдельных индивидуумов варьировали от GI = 0,1 до GI = 1,2. У 113 детей (71,1%) все постоянные зубы были здоровы – КПУ = 0. У 35 человек (22%) были обнаружены кариозные полости в первых постоянных молярах и у 13 че-

ловек (8,2%) – пломбы. Средний КПУ в группе обследованных составил $0,45 \pm 0,06$ S.E. При этом компонент К (кариес) был равен $0,28 \pm 0,05$, а компонент П (пломба) – $0,16 \pm 0,05$. В большинстве случаев кариесом была поражена одна поверхность зуба: среднее значение КПУ поверхностей составило $0,46 \pm 0,07$. Статистически достоверных различий показателей стоматологического статуса между группами мальчиков и девочек установлено не было. Исходный уровень гигиены рта у детей, принявших участие в программе чистки зубов под наблюдением учителей обеих групп варьировал в пределах 1.74-1.77 ОНI-S. Десневой индекс GI был в пределах от 0,85 (первая группа) до 0,88 (вторая группа), что указывало на наличие хронического гингивита, взаимосвязанного с неудовлетворительной гигиеной рта. При повторном исследовании индексов через четыре недели установлено улучшение ОНI-S на 17,5- 17,8% и снижение десневого индекса на 14-22% от исходного уровня. При сравнении полученных данных между двумя группами достоверных различий оцениваемых индексов не отмечено. Результаты проведенного исследования позволили выявить неудовлетворительный уровень гигиены полости рта у школьников младших классов, что является несомненным фактором риска для возникновения кариеса зубов и индикатором риска для хронических гингивитов. Каждый пятый ребенок нуждался в лечении кариеса постоянных зубов, а состояние десны у обследованных детей указывало на наличие гингивита легкой степени тяжести. Таким образом, по данным стоматологического статуса школьников 6-8 лет, обоснованным является проведение программы обучения гигиене полости рта с применением фторидсодержащих зубных паст.

Выводы. 1. Стоматологический статус младших школьников по данным индекса гигиены и десневого индекса был неудовлетворительным. У 22% детей постоянные зубы были поражены кариесом.

2. Детские зубные пасты с фтором эффективны в улучшении гигиены рта школьников в среднем на 18% за месяц наблюдения. Параллельно с улучшением гигиены рта уменьшилась интенсивность хронических гингивитов по индексу GI на 14-22% до уровня 0,66-0,76 ед.

3. Контролируемая гигиена полости рта является важнейшим элементом в гигиеническом воспитании детей, так как уже за короткое время удалось значительно улучшить индекс гигиены и уменьшить интенсивность гингивитов.

4. Данные стоматологического статуса, полученные при первичном и повторном обследовании школьников указывают, что для достижения адекватного стоматологического здоровья необходима долгосрочная программа.

Ключевые слова: дети, гигиена полости рта, фторидсодержащая зубная паста

Литература. 1. Axelsson P. *The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance* / P Axelsson // *J Clin Periodontol.* - 2004.- V.31. - P 749-757. 2. Azarpazhooh A. *Fluoride Varnish in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents : A. Systematic Review* / A. Azarpazhooh, PA. Main // *JCDA.* - 2008. - V74, № 1. - P 73-79. 3. Christensen G.J. *Special oral hygiene and preventive care for special needs* / G.J. Christensen // *J. Am Dent Assoc.*- 2005.-V.136.- P 1141-1143.

Aliyeva R. K., Zeynalova G. K. Abbasova R. A., Imanov E. A. CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CONTROLLED AND UNCONTROLLED ORAL HYGIENE USING FTORIDSODERZHASCHIE TOOTHPASTE IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

One of the most important risk factors for the most common diseases of dental caries and periodontal disease is microbial plaque, excessive accumulation of which is observed in poor hygiene, and the latter is due to the way of life. The most effective method of oral hygiene is regular, twice a day, brushing. In Europe, there are large differences in children's compliance with the generally recognized regime (twice a day) of brushing. Sample studies of children in Azerbaijan show poor oral hygiene and the presence of chronic gingivitis. In, according to studies of 7-8-year-old children, the mean Value ranges from 1.2 to 2.27 units, indicating poor oral hygiene. Consequently, the children's teeth are not clean or irregularly clean and of poor quality. International experience and 10-year experience of the school program in Baku shows that younger students need to learn how to brush their teeth at school under the supervision of teachers.

The aim of the STUDY is to Determine the dental status and clinical evaluation of the effectiveness of controlled and uncontrolled oral hygiene using fluoride toothpaste in children of primary school age.

Material and methods. Dental examination of 159 pupils of primary school age in Baku was carried out. Among the surveyed: 47 children aged 6 years, 89 children-7 years and 23 children-8 years, a total of 72 boys and 87 girls. Oral hygiene was evaluated by a simplified index of OHI-s (green, bright red, 1964) and its components-plaque (Di – S) and Tartar (Ki-s). The state of the gums was determined by the gingival index GI (so Loe Sillness, 1963). To assess the intensity of caries in permanent teeth were used the indices of the Communist party and the Communist party of the teeth surfaces. The examination data were recorded in a special dental examination card. Statistical processing is performed using a computer program in Excel, statistics for Windows. In hygiene school the programme was attended by 49 children at the age of 7-8 years. In one group (n = 24) of uncontrolled hygiene, in another-I (N = 25) – with controlled hygiene. Tooth brushing was carried out for four weeks daily on school days after Breakfast under the supervision of teachers.

Results and discussion. As a result of the survey of 159 schoolchildren of 7-8 years of age, it was found that the dental status of primary school children according to the index of hygiene and gingival index was unsatisfactory. After four weeks of daily programme-controlled cleaning teeth index OHI-S decreased by 18% in comparison with the initial level; the index values of GI decreased by 14-22% in groups NG and KG, used ftoridsoderzhaschie (500 mg) tooth paste. The average index of OHI hygiene in the examined children was 1.65 ± 0.03 S. E., which generally characterized the level of oral hygiene of schoolchildren as unsatisfactory. The hygienic condition of the mouth was mainly determined by a significant amount of dental plaque – component Di-C was 1.64 ± 0.03 . Tartar was found only in several children-the average value of the component CI-C was 0.01 ± 0.004 . The average gingival in-

dex GI b was 0.81 ± 0.01 s, indicating the presence of mild gingivitis in children. At the same time, the indices of individual individuals varied from GI = 0.1 to GI = 1.2. In 113 children (71.1%) all permanent teeth were healthy – KPU = 0. In 35 people (22%) carious cavities were found in the first permanent molars and in 13 people (8.2%) – fillings. The average CPU in the group of examined was 0.45 ± 0.06 S. the component K (caries) was equal to 0.28 ± 0.05 , and the component P (seal) – ± 0.16 0.05. In most cases, one tooth surface was affected by caries: the average value of the surface CPU was 0.46 ± 0.07 . There were no statistically significant differences in dental status between the groups of boys and girls. The initial level of oral hygiene in children who participated in the dental cleaning program under the supervision of teachers of both groups varied within 1.74-1.77 Chi-C. the Gingival index of GI was in the range from 0.85 (first group) to 0.88 (second group), indicating the presence of chronic gingivitis associated with poor oral hygiene. The re-examination of the indices in four weeks showed an improvement of the Chi-x by 17.5-17.8% and a decrease in the gingival index by 14-22% from the initial level. When comparing the data obtained between the two groups, there were no significant differences in the estimated indices. The results of this study revealed the unsatisfactory level of oral cavity hygiene of the schoolchildren of Junior classes, which is a clear risk factor for the occurrence of dental caries and risk indicator for chronic gingivitis. Every fifth child needed treatment of caries of permanent teeth, and the condition of the gums in the examined children indicated the presence of gingivitis of mild severity. Thus, according to the dental status of schoolchildren 6-8 years old, it is reasonable to conduct a program of training in oral hygiene with the use of fluoride toothpastes.

Conclusion. 1. Dental status of primary school children according to the index of hygiene and gingival index was unsatisfactory. In 22% of children permanent teeth were affected by caries. 2. Children's toothpastes with fluoride are effective in improving the oral hygiene of schoolchildren by an average of 18% per month of observation. In parallel with the improvement of oral hygiene, the intensity of chronic gingivitis on the index of GI decreased by 14-22% to the level of 0.66-0.76 units. 3. Controlled oral hygiene is an important element in the hygienic education of children, as in a short time managed to significantly improve the hygiene index and reduce the intensity of gingivitis. 4. Dental status data obtained during the primary and repeated examination of schoolchildren indicate that a long-term program is necessary to achieve adequate dental health.

Key words: children, oral hygiene, fluoride toothpaste.

УДК 616.314

Ахадова П.Д., Ахмедова Л.М., Ширалиев А.В.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ СТОМАТИТОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им А.Алиева, г.Баку, Азербайджан

Роль цитокинов в гастродуоденальной патологии весьма значима и разнообразна. При язвенной болезни желудка развитие острого воспаления

индуцируется и регулируется цитокинами и прежде всего IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, IFN- γ [1,2]. В патогенезе воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта также важная роль отводится цитокинам. Однако, имеются единичные исследования о содержании цитокинов в ротовой жидкости у больных стоматитом на фоне язвенной болезни желудка. Цитокины вызывают специфические эффекты в развитии Нр-ассоциированного воспаления. Полость рта считается вторичным резервуаром *H.pylori*.

Целью исследования было определение содержания цитокинов в ротовой жидкости у больных язвенной болезнью и стоматитом различной степени тяжести.

Методы. Исследование основных цитокинов в ротовой жидкости проводили ИФА-методом с помощью наборов «Вектор-Бест» (Новосибирск). Обследовано 15 больных стоматитом легкой степени и 25 больных средней степени тяжести с язвенной болезнью желудка.

Результаты. Выявлено повышение уровня IL-1 β в ротовой жидкости при легкой степени в 1,3 раза ($p < 0,05$) и при средней степени в 1,5 раза ($p < 0,05$), относительно данных у практически здоровых ($42,3 \pm 5,7$ пг/мл).

Повышение уровня IL-2 при легкой степени происходило в 1,7 раз ($p < 0,05$), при средней степени тяжести в 2 раза ($p < 0,05$), относительно данных у практически здоровых ($13,6 \pm 2,9$ пг/мл). Выявлено, что уровень IL-2 в ротовой жидкости у больных средней степени был в 1,2 раза выше, относительно больных с легкой степенью ($p < 0,05$).

У больных стоматитом различной степени тяжести выявлено снижение IFN- γ в ротовой жидкости. Более значимое снижение отмечено в группе больных со средней степенью тяжести и в среднем его уровень составил $5,5 \pm 0,1$ пг/мл, что было в 1,2 раза ниже данных в группе больных с легкой степенью.

Выводы. При стоматитах тяжесть клинических проявлений зависит от цитокинового профиля и свидетельствуют о значимости этих изменений в формировании различной степени тяжести воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: цитокины, стоматит, язвенная болезнь желудка.

Литература. 1. Барановский А.Ю., Иващенко Т.Э., Щукина О.Б., Семенов Н.В. Генетические маркеры болезни Крона: перспективы диагностики и прогноза заболевания // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. - 2006. - № 24. - С. 97-98. 2. Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С., Тютюк С.Ю., Селютин А.В., Щукина О.Б., Сельков С.А. Клинико-иммунологические аспекты развития стоматологической патологии у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2011. - Т. 15, № 16-1(111). - С. 114-118.

Ahadova P. D., Ahmedova L.M., Shiraliyev V. A. THE CONTENTS OF CYTOKINES IN ORAL FLUID OF PATIENTS WITH STOMATITIS VARYING SEVERITY AND GASTRIC ULCER.

Azerbaijan state Institute of advanced medical education, Baku, Azerbaijan

The role of cytokines in gastroduodenal pathology is very significant and varied. In gastric ulcer, the development of acute inflammation is induced and reg-

ulated by cytokines and primarily by IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, IFN- γ [1, 2].

Cytokines also play an important role in the pathogenesis of inflammatory diseases of the oral mucosa. However, there are isolated studies on the content of cytokines in oral fluid in patients with stomatitis on the background of gastric ulcer. Cytokines cause specific effects in the development of HP-associated inflammation. The oral cavity is considered a secondary reservoir of pylori.

The aim of the study was to determine the content of cytokines in the oral fluid in patients with peptic ulcer and stomatitis of varying severity.

Methods. The study of the main cytokines in the oral fluid was performed by the ELISA method using the Vector-best kits (Novosibirsk). 15 patients with mild stomatitis and 25 patients with moderate gastric ulcer were examined.

Results. There was an increase in the level of IL-1 β in the oral fluid at a mild degree by 1.3 times ($p < 0.05$) and at an average degree by 1.5 times ($p < 0.05$), relative to the data in practically healthy (42.3 ± 5.7 PG/ml).

An increase in the level of IL-2 with a mild degree occurred 1.7 times ($p < 0.05$), with an average severity of 2 times ($p < 0.05$), relative to the data in healthy patients (13.6 ± 2.9 PG/ml). It was found that the level of IL-2 in the oral fluid in patients of medium degree was 1.2 times higher compared to patients with mild degree ($p < 0.05$).

In patients with stomatitis of varying severity, a decrease in IFN- γ in the oral fluid was revealed. A more significant decrease was observed in the group of patients with moderate severity and its average level was 5.5 ± 0.1 PG/ml, which was 1.2 times lower than in the group of patients with mild.

Summary. In stomatitis, the severity of clinical manifestations depends on the cytokine profile and indicates the importance of these changes in the formation of various degrees of severity of inflammatory processes of the oral mucosa.

Key words: cytokines, stomatitis, gastric ulcer

УДК 616.31

Ахмедбейли Д.Р.¹, Садигова Н.Н.²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им А.Алиева, г.Баку, Азербайджан¹

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан²

Наличие инфекционно-воспалительного процесса в тканях пародонта сокращает показания к проведению оперативных вмешательств по установке имплантатов и существенно увеличивает вероятность их отторжения [1-6].

Цель исследований: оценка эффективности применения пробиотиков в профилактике осложнений дентальной имплантации

Материал и методы исследований. В зависимости от используемого метода консервативного лечения перимукозитов пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу было включено 21 пациент, которым проводилась традиционная терапия с 0,2% водным раствором хлоргексидина биглюкона-

та. Во 2 группу был включен 21 пациент и, наряду с традиционной терапией, пациентам этой группы был назначен пробиотик.

Результаты исследований. На всех сроках исследования средние значения десневого индекса GI у пациентов основной группы, где использовалось пробиотическое средство, были достоверно ниже, чем в группе контроля и к концу года функционирования конструкции на имплантатах и после завершения лечебно-профилактических мероприятий, состояние десны определялось, как «воспаления нет». В этой группе у пациентов значения гингивального индекса Silness-Loe – GI (баллы) не превысили 1 балла, что соответствовало практически интактному состоянию десны в области имплантатов. Тогда как на завершающем этапе исследований показатели в контрольной группе составили $1,65 \pm 0,040$ балла ($p < 0,001$). После фиксации ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты и проведения эффективной поддерживающей терапии более 45% пациентов основной группы имели достаточный уровень гигиены полости рта.

Выводы. Гигиеническое состояние в области конструкции с опорой на имплантаты зависит от исходного состояния тканей пародонта и уровня гигиены. Включение пробиотика в комплексное лечение перимукозита обеспечивает достоверно лучшую гигиену и интактное состояние десны в области дентальных имплантатов.

Ключевые слова: перимукозит, лечение, пробиотик.

Литература. 1. Митронин, А.В. Вавилова Т.П., Жилкина О.Е. и др. Оценка эффективности лечения хронического пародонтита с применением антимикробных и антиоксидантных средств// *Пародонтология*. – 2011. – № 4. – С.52–57. 2. Щербакова, Д.С. Действие антисептиков на бактериальные биопленки у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14, 03.02.03 – СПб, 2012. – 22 с. 3. Albandar, J.M. Adjunctive antibiotics with nonsurgical periodontal therapy improve the clinical outcome of chronic periodontitis in current smokers. // *J. Evid. Based Dent. Pract.* – 2012. – Vol. 12 (3 Suppl). – P. 63–66. 4. Braga, R.R. Carvalho M.A., Bruña-Romero O. et al. Quantification of five putative periodontal pathogens in female patients with and without chronic periodontitis by real-time polymerase chain reaction. // *Anaerobe*. – 2010. – Vol. 16(3). – P. 234–239. 5. Soares, G.M. Figueiredo L.C., Faveri M. et al. Mechanisms of action of systemic antibiotics used in periodontal treatment and mechanisms of bacterial resistance to these drugs// *J. Appl Oral Sci.* – 2012. – Vol. 20(3). – P. 295–309. 6. Wade, W.G. Has the use of molecular methods for the characterization of the human oral microbiome changed our understanding of the role of bacteria in the pathogenesis of periodontal disease// *J. Clin. Periodontol.* – 2011. – Vol.38(Suppl.11). – P. 7–16.

UDC 616.31

Ahmadbayli D.R.¹, Sadigova N.N.² THE EFFICACY OF PROBIOTICS IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE ORAL CAVITY.

*Azerbaijan state Institute of improvement of doctors named after A. Aliyev, Baku¹
Azerbaijan Medical University, Baku²*

The presence of infectious and inflammatory process in periodontal tissues reduces the indications for surgical interventions for implant placement and significantly increases the likelihood of their rejection [1-6].

Objective: to evaluate the effectiveness of probiotics in the prevention of

complications of dental implantation.

Material and methods of research. Depending on the method of conservative treatment of perimysium patients were divided into 2 groups. 21 patients were included in group 1 who underwent conventional therapy with 0.2% aqueous solution of chlorhexidine bigluconate. 21 patients were included in group 2 and, along with traditional therapy, a probiotic was prescribed to patients of this group.

Research result. At all stages of the study, the average values of gingival index GI in patients of the main group, where the probiotic agent was used, were significantly lower than in the control group and by the end of the year of operation of the implant design and after the completion of therapeutic and preventive measures, the state of the gum was defined as "no inflammation". In this group of patients, the values of the gingival index Silness-Loe-GI (scores) did not exceed 1 point, which corresponded to the almost intact state of the gums in the implant area. While at the final stage of the study the indicators in the control group were 1.65 ± 0.040 points ($p < 0.001$). More than 45% of the patients of the main group had a sufficient level of oral hygiene after fixation of the orthopedic structure based on dental implants and effective maintenance therapy.

Conclusion. The hygienic condition of the implant-supported structure depends on the initial condition of the periodontal tissues and the level of hygiene. The inclusion of probiotics in complex treatment primalite provides significantly better hygiene and intact condition of the gums in the area of dental implants

Keywords: permucosal, treatment, probiotic.

УДК 616.314.15-002-08-039.71-77:546.41

Баглик Т.В., Стеблянюк Л.В., Кірсанова О.В.

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Науково-методичні підходи щодо поліпшення стоматологічного здоров'я населення згідно рекомендаціям ВООЗ не втратили своєї чинності і на сьогоднішній день. Лікування карієсу та його ускладнень у теперішній час імовірно-го реформування системи охорони здоров'я потребує від пацієнта суттєвих фінансових, моральних та часових витрат. Тому стоматологічні втручання на ранніх стадіях перебігу захворювання сприяють гальмуванню його подальшого розвитку або профілактиці виникнення. Запобігти розвитку деструктивних порушень твердих тканин зубів внаслідок початкових каріозних або некаріозних уражень, недостатньої мінералізації зубів з недозрілою емаллю, при пластиці емалі, використанні шинуючих або брекет-систем, після кислотного протравлювання при пломбуванні композитами можливо при використанні патогенетичних механізмів впливу на перебіг патологічного процесу.

Загальними клінічними проявами зазначених станів є осередки демінералізації емалі, морфоструктурні прояви в яких полягають у тому, що змі-

нюються розміри, форма, орієнтація кристалів гідроксиапатиту та фізико-оптичні властивості емалі. Елементарними структурами для регуляції та упорядкування розташування кристалів є емалеві призми, які слугують місцем накопичення та цілеспрямованого розміщення у товщі емалі гідроксиапатитів. Доведено, що патологічний процес сконцентровано у підповерхневих шарах емалі при збереженні органічного матриксу, який може бути центром нуклеації для зростання кристалів.

Зміни у хімічному складі місця ураження торкаються втрати кальцію, фосфатів та інших мінералів, це призводить до того, що знижується щільність та підвищується розчинність емалі.

Кальцій забезпечує багато метаболічних процесів в організмі, корегує білково-мінеральні порушення зубів, сумісно з фосфором бере участь у побудові кристалів гідроксиапатиту. На адсорбцію емаллю іонів кальцію та фосфату впливає регулятор проникності емалі у вигляді сполук фтору. Поглинання фтору емаллю відбувається без порушень структури гідроксиапатиту, на цьому підґрунті стимулюється зв'язування твердими тканинами фосфорно-кислого кальцію, закріплюються грані кристалів від можливого розчинення. Кальцій з поверхні емалі проникає у більш глибокі шари та затримується білковою матрицею.

Спираючись на зазначені дані, ми провели консервативне лікування осередків демінералізації з використанням комплексного ремінералізуючого препарату, який містить сполуки кальцію, фосфату, фториду. Доведено, що зникнення осередків демінералізації здобуто у $73,5 \pm 2,3\%$ випадків, а стабілізація їх розмірів у $19,0 \pm 2,5\%$ випадків, що розцінюється як позитивний результат. Негативний результат у вигляді появи дефектів зазначено $7,5 \pm 1,5\%$ відсотків випадків. Окрім цього, встановлено оптимізацію мінерального складу ротової рідини за рахунок ліквідації її недонасиченості сполуками кальцію.

Таким чином, своєчасно та ефективно проведені заходи локальної профілактики деструктивних уражень зубів дозволяють поліпшити стоматологічне здоров'я населення.

Summary. The morpho-functional substantiation of the ability of the tooth enamel to remineralization and the effectiveness of conservative treatment of demineralization cells with the participation of calcium-containing compounds is provided.

УДК 616.314-008.4-08

Байтус Н.А.¹, Новак Н.В.²

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОТТЕНКОВ ЦВЕТА ЗУБОВ ПОСЛЕ ДЕПУЛЬПИРОВАНИЯ НА ЭСТЕТИКУ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹, г. Витебск, Беларусь

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»², г. Минск, Беларусь

Изменение оттенков цвета зуба, прошедшего эндодонтическое лечение остается важной и актуальной проблемой в стоматологии. Неадекватная инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала, использова-

ние некоторых лекарственных препаратов и материалов для пломбирования корневого канала способствуют изменению цвета зуба [1]. Распространенность эндодонтической патологии у лиц старше 35 лет имеет показатели выше 75%, а коррекция цвета депульпированного зуба – это проблема, с которой в настоящее время часто сталкиваются стоматологи, так как все большее число пациентов предъявляют высокие эстетические требования к окончательному результату лечения зубов [2, 3].

Цель работы – изучить распространенность измененных в цвете зубов после эндодонтического лечения у пациентов разного возраста.

Материал и методы. Проведено обследование 155 пациентов, обратившихся в Клинику УО «ВГМУ» г. Витебска в период с 2014-2017 гг. за терапевтической стоматологической помощью. Пациенты были распределены на следующие возрастные группы: 18-24 года, 25-34 года, 35-44 года, 45-54 года, 55-64 года, 65 лет и старше. Анализировали следующие критерии:

- количество эндодонтически леченых зубов в сегментах от 15 по 25 зуб, от 35 по 45 зуб;
- из них количество зубов измененных в цвете.

Результаты и обсуждение. Для изучения распространенности измененных в цвете зубов после эндодонтического лечения в сегментах от 15 по 25 зуб и от 35 по 45 зуб было проведено стоматологическое обследование 155 пациентов. Результаты обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распространенность эндодонтически леченых и измененных в цвете зубов

Возрастная группа / лет	Количество обратившихся пациентов	Количество пациентов с эндодонтически лечеными зубами	Количество эндодонтически леченых зубов	Количество зубов, измененных в цвете
18-24	13	2	2	1
25-34	29	10	13	8
35-44	31	23	25	18
45-54	41	32	36	26
55-64	29	24	28	20
65 и старше	12	9	13	9

Обследование пациентов возрастной группы 18-24 лет показало, что распространённость депульпированных зубов в области передних зубов и премоляров в сегментах 15-25 зуб и 35-45 зуб, составила $15,38 \pm 2,1\%$. Из них в среднем на 1 пациента приходилось по 1 измененному в цвете зубу.

У пациентов 25-34 лет в обследуемых сегментах распространённость девитальных зубов составила $34,48 \pm 2,6\%$. В среднем у каждого пациента было по $1,3 \pm 0,3$ эндодонтически леченному измененному в цвете зубу.

В возрастной группе 35-44 года частота встречаемости депульпированных зубов в сегментах с 15 по 25 зуб и с 35 по 45 зуб имела значение $74,19 \pm 1,8\%$, и составила по $1,08 \pm 0,2$ измененному в цвете зубу на каждого обследуемого пациента.

У лиц 45-54 лет распространенность эндодонтически леченых зубов составила $78,05 \pm 2,2\%$, при этом в среднем на 1 пациента приходилось по $1,12 \pm 0,3$ эндодонтически леченому зубу в изучаемых сегментах.

При обследовании пациентов возрастной группы 55-64 года распространенность депульпированных зубов в обследуемых сегментах составила $82,76 \pm 1,9\%$, в среднем на 1 пациента приходилось по $1,16 \pm 0,3$ эндодонтически леченому зубу.

Полученные данные у лиц 65 лет и старше показали, что распространенность эндодонтически леченых зубов в этой группе составила $75,00 \pm 1,8\%$. Установлено, что в среднем на 1 пациента было по $1,44 \pm 0,4$ эндодонтически леченому зубу в сегментах с 15 по 25 зуб и с 35 по 45 зуб.

Анализ полученных данных показал, что наибольшая распространенность депульпированных зубов в изучаемых сегментах среди населения г. Витебска отмечена в возрастных группах 45-54 и 55-64 года и составила $78,05 \pm 2,2\%$ и $82,76 \pm 1,9\%$ соответственно. Из них в $72,22 \pm 1,6\%$ случаев было отмечено изменение в цвете ранее эндодонтически леченого зуба. Следует отметить, что с увеличением возраста обследуемых возрастет не только частота встречаемости депульпированных зубов, но и их количество в расчете на 1 пациента. Так если у лиц молодого возраста 18-24 лет в среднем на 1 пациента приходилось по одному девитальному зубу, то у лиц старше 65 лет эти значения достигают $1,44 \pm 0,4$ депульпированных зубов.

Заключение. У пациентов среднего и старшего возраста отмечена высокая распространенность эндодонтически леченых зубов. В возрастных группах 45-54 и 55-64 года эти показатели составляют $78,05 \pm 2,2\%$ и $82,76 \pm 1,9\%$ соответственно. Встречаемость измененных в цвете зубов после эндодонтического лечения составила $72,22 \pm 1,6\%$, что свидетельствует о нуждаемости в дальнейшем эстетическом лечении цвета депульпированных зубов.

Литература: 1. Луцкая, И. К. Коррекция цвета депульпированных зубов / И. К. Луцкая, Н. В. Новак // Дентал Юг. – 2013. - № 6. – С. 22–26. 2. Байтус Н.А. Распространенность эндодонтического лечения передней группы зубов / Н.А. Байтус // Стоматолог. – 2015. - №3(18). - С.55-61. 3. Петрикас, А.Ж. Распространенность осложнений кариееса зубов / А.Ж. Петрикас и соавт. // Стоматология. – 2014. - №1. - С.19-20.

Baitus N.A.¹, Novak N.V.²

INFLUENCE OF CHANGES TINT OF TEETH COLOR AFTER DEPULPING ON THE AESTHETICS OF THE MAJOR-FACE AREA.

*Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University¹, Vitebsk, Republic of Belarus
Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education², Minsk, Republic of Belarus*

Abstract. Changing the color shades of a tooth that has undergone endodontic treatment remains an important and urgent problem in dentistry. Inadequate instrumental and drug treatment of the root canal, the use of certain drugs and materials for filling the root canal contribute to discoloration of the tooth. The prevalence of endodontic pathology in people over 35 years old has indicators above 75%, and color correction of a devitalized tooth is a problem that dentists often face today, as an increasing number of patients place high aesthetic requirements on the final outcome of dental treatment.

The aim of the work is to study the prevalence of teeth that have changed in color after endodontic treatment in patients of different ages. Material and methods. A survey of 155 patients who applied to the Clinic of the «VSMU», Vitebsk in the period from 2014-2017 for therapeutic dental care. The patients were divided into the following age groups: 18-24 years old, 25-34 years old, 35-44 years old, 45-54 years old, 55-64 years old, 65 years old and older. The following criteria were analyzed: the number of endodontically treated teeth in segments from 15 to 25 tooth, from 35 to 45 tooth; of these, the number of teeth changed in color;

Results and discussion. To study the prevalence of teeth that have changed in color after endodontic treatment, a dental examination of 155 patients was conducted in segments from 15 to 25 tooth and from 35 to 45 tooth. The analysis of the data obtained showed that the highest prevalence of devitalized teeth in the studied segments among the population of Vitebsk was observed in the age groups of 45-54 and 55-64 years and amounted to $78.05 \pm 2.2\%$ and $82.76 \pm 1.9\%$, respectively. Of these, in $72.22 \pm 1.6\%$ of cases a change in the color of the previously endodontically treated tooth was noted. It should be noted that with an increase in the age of the subjects, not only the frequency of occurrence of the pulped teeth, but also their number per 1 patient will increase. So, if in young people 18–24 years old, on average one patient had one devitalized tooth, then in persons older than 65, these values reach 1.44 ± 0.4 devitalized teeth.

The conclusion. Patients of middle and older age have a high prevalence of endodontically treated teeth. In the age groups of 45-54 and 55-64 years, these figures are $78.05 \pm 2.2\%$ and $82.76 \pm 1.9\%$, respectively. The occurrence of teeth changed in color after endodontic treatment was $72.22 \pm 1.6\%$, which indicates the need for further aesthetic treatment of the colors of the devitalized teeth.

Key words: color, devitalized tooth, endodontic treatment.

Біда О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРИЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ШИНУЮЧИХ ЗАСОБІВ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Україна

Високий рівень стоматологічної захворюваності реєструється на теперішній час у всіх регіонах України. За даними Косенко К. М. (2012), рівень розповсюдженості захворювань пародонта серед дорослого населення у різних регіонах становить від 92 до 98 %. Значна поширеність захворювань тканин пародонта обумовлює актуальність пошуку шляхів вдосконалення методів діагностики лікування та профілактики ускладнень даного захворювання. Часткова втрата зубів на тлі захворювань тканин пародонта потребує особливого підходу до ортопедичного стоматологічного лікування і подальшої реабілітації, оскільки технологія виготовлення незнімних, знімних та

шинуючих конструкцій зубних протезів передбачає застосування опорних елементів, розташованих на зубах або групах зубів, що забезпечують їх як іммобілізацію, так може бути причиною і функціонального перевантаження. Крім того, кожен знімний або незнімний ортопедичний конструкції виступають тією чи іншою мірою додатковими ретенційними елементами для залишків їжі, сприяючи порушенню гігієнічного стану ротової порожнини і, відповідно, та загостренню пародонтиту.

В якості одного з методів оптимізації результатів лікування захворювань тканин пародонта розглядається застосування підтримувальної фотодинамічної терапії (ФДТ). Застосування фотодинамічної терапії ґрунтується на фотобіологічних ефектах при одночасному впливі світлового випромінювання, кисню і фотосенсибілізатора. Як джерело лазерного випромінювання для ФДТ використовуються напівпровідникові лазери з низькою потужністю. Експериментальне обґрунтування можливості використання енергії фотохімічних реакцій для впливу на патогенну мікрофлору інфекційного вогнища стало причиною успішного використання методу для лікування інфекційно-запальних процесів.

Мета дослідження. Підвищення ефективності ортопедичного лікування захворювань тканин пародонта шляхом застосування фотодинамічної терапії пародонту опорних зубів до виготовлення і в період користування ортопедичними конструкціями.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 51 особа, 20 чоловіків і 31 жінка у віці від 30 до 59 років з малими включеними дефектами зубних рядів на тлі генералізованого пародонтиту II - III ступеня тяжкості, яким були виготовлені мостоподібні протези шинуючого типу, а також, при наявності клінічних показань - композитно-скловолоконні шини. Із зазначеного контингенту осіб, 22-ом протезування проведено після традиційного мануального і медикаментозного пародонтологічного лікування, без будь-якої підтримуючої терапії після накладання шин, 30 особам додатково було призначено фотодинамічну терапію, яка застосовувалася перед виготовленням і в період користування ортопедичними конструкціями. Для лікування нами застосовувалася стоматологічна система «Ліка-Терапевт М», що включає лазер з довжиною хвилі 660 нм і препарат толуїдинового синього. Для забезпечення лікувального фотобіологічного ефекту безпосередньо а тканинах пародонта перед початком процедури ФДТ проводили професійну гігієну ротової порожнини.

Результати. Аналіз результатів ортопедичного лікування захворювань тканин пародонта, ускладнених частковою втратою зубів із застосуванням назубних шин і незнімних зубних протезів шинуючого типу вказує на доцільність використання підтримувальної пародонтологічної терапії опорних зубів. Зокрема, протезування групи пацієнтів з призначенням сеансів фотодинамічної терапії, яка застосовувалася перед виготовленням і в період користування ортопедичними конструкціями в порівнянні з результатами протезування, досягнутими після традиційного мануального і медикаментозного пародонтологічного лікування, без будь-якої підтримувальної терапії після виготовлення шин, вказують на зменшення запально-дистрофічних змін тка-

нин пародонта в період користування ортопедичними конструкціями і стійку ремісію патологічного процесу.

Висновки. Застосування фото динамічної терапії, вільної від проблем формування резистентності, характерної для традиційних медикаментозних засобів, в поєднанні з мінімальним впливом на здорові тканини пародонту сприяє оптимізації результатів ортопедичного лікування, підвищенню витривалості тканин пародонта опорних зубів до жувальних навантажень, стійкій ремісії та пролонгації періоду користування ортопедичними конструкціями.

УДК 616.314-74-053.2

Белая Т.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «ТЕХНИКИ ВНЕСЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА БОЛЬШИМИ ПОРЦИЯМИ» В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г.Минск, Республика Беларусь

«Техника внесения пломбировочного материала большими порциями» имеет значительные преимущества при прямой реставрации зубов по сравнению с традиционной техникой послойного внесения материала, экономя при этом время реставрации до 40 %. В качестве пломбировочного материала используется материал с низким полимеризационным стрессом и выдерживающий значительные механические нагрузки. Этим требованиям соответствует материал SDR (Smart dentin replacement) фирмы Densplay, имеющий характеристики жидкотекучего композита с минимальным полимеризационным стрессом, вносимый в кариозную полость порциями по 4 мм. Кроме этого материал обладает свойством «самовыравнивания», позволяющим получить тщательную адаптацию к стенкам полости. [1,2,3,4]

Цель работы. Изучить эффективность использования материала SDR при реставрации постоянных моляров и премоляров у детей.

Объекты и методы. У 17 детей в возрасте 7-16 лет 28 постоянных зубов лечили с использованием материала SDR. При обширных дефектах твердых тканей 1 и 2-го класса в 12 (42,8%) первых постоянных молярах SDR использован в качестве основы/лайнера. Кариозные полости при этом локализовались на окклюзионной поверхности в 7 (58,3%) зубах и на апроксимальной – в 5 (41,7%) молярах. А при небольших кариозных полостях 1 и 2-го класса материал использовался в качестве пломбы в 9 (56,3%) первых молярах и 7 (43,7%) премолярах.

На окклюзионной поверхности кариозные полости локализовались в 6 (66,7%) первых молярах и 7 (100%) премолярах, а в 3 (33,3%) молярах - на вестибулярной поверхности.

Была использована техника пломбирования SDR, включающая следующие этапы:

- подготовка полости: удаление всех остатков предыдущей пломбы;

препарирование кариозной полости; промывание полости водяной струей и аккуратное просушивание ее струей воздуха (при этом важно не пересушить ткани зуба); изоляция от слюны;

- установка матрицы (при полостях 2-го класса);
- защита пульпы зуба: наложение прокладки на дно полости ionosit, СИЦ, при необходимости – Dycal;
- нанесения самопротравливающейся адгезивной системы (Xeno, универсального адгезива Prime and Bond, NT (Densplay));
- внесение в полость материала SDR с помощью компьютеры и пистолета, прилагая при выдавливании материала легкое равномерное усилие, начиная распределять материал с самого глубокого участка полости, удерживая кончик плотно ко дну, постепенно извлекая, при наполнении полости до 4 мм, при этом оставляя 2 мм до окклюзионной границы. В неглубоких полостях материал SDR наносится тонким слоем как традиционный жидкотекучий лайнер на обнаженный дентин, заполняя полностью полость;
- полимеризация. Материал SDR полимеризуется в течение 20 секунд;
- изготовление реставрации зуба с использованием Filtek Bulk Fill (Posterior);
- шлифовка и полировка реставрации.

Результаты. Через 2 недели после проведенного лечения 28 постоянных зубов у детей постоперационная чувствительность отсутствовала во всех случаях с реставрациями из SDR и в 12 первых постоянных молярах с использованием SDR в качестве основы/лайнера с последующей композитной реставрацией. 16 реставраций из SDR и 12 композитных пломб с SDR-основой соответствовали анатомической форме зуба с хорошим краевым прилеганием пломб. Краевое окрашивание реставраций отсутствовало, поверхность была гладкой, без трещин во всех случаях.

Через 6 месяцев анатомическая форма, структура, краевое прилегание пломб сохранились в 100% случаях. Жалобы на боли в вылеченных зубах у пациентов отсутствовали.

Спустя 12 месяцев жалобы на боли в ранее леченых зубах с использованием техники внесения пломбировочного материала большими порциями отсутствовали во всех случаях.

Сохранность пломб отмечена в 27 зубах, с хорошим краевым прилеганием, без нарушения эстетики. В одном случае при локализации обширного дефекта на окклюзионной поверхности первого моляра отмечено нарушение краевого прилегания композитной пломбы в связи с развитием вторичного кариеса.

Заключение. Техника внесения большими порциями с использованием материала SDR имеет значительные преимущества по сравнению с традиционным композитом. По причине низких напряжений в материале, он может вноситься большими порциями, до 4 мм, чему не может соответствовать ни один текучий материал из-за высоких значений напряжения. Благодаря этому мы получаем экономию времени врача. Особая консистенция материала SDR, отличающаяся свойствами самовыравнивания, обеспечивает макси-

мальную адаптацию к стенкам зуба.

Учитывая все вышеописанные преимущества материала SDR перед традиционным композитом и положительные результаты оценки качества реставраций, его можно широко использовать при лечении постоянных зубов у детей.

Литература: 1.Fleming G.J., Awan M., Cooper P.R., Sloan A.J.: *The potential of a resin-composite to be cured to a 4mm depth*, Dent Mater 24, 522-529 (2008). 2.Burgess J., Cakir D.: *Comparative properties of low-shrinkage composite resins*. Compend Contin Educ Dent 31, 10-15 (2010). 3.Roggendorf M.J., Kramer N., Appelt A., Naumann M., Franklenberger R.: *Marginal quality of flowable 4 mm base vs conventionally layered resin composite*. J.Dent 39, 643-647 (2011) 4.Rullmann I., Schattenberg A., Marx M., Willershausen B., Ernst C.P.: *Photoelastic determination of polymerization Shrinkage stress in low-shrinkage resin composites*. Schweiz Monatsschr Zahn-med 122,294-299 (2012).

Belaya T. USE OF TECHNIQUE INTRODUCTION THE FILLING MATERIAL IN LARGE PORTIONS” IN CHILDREN DENTISTRY.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Introduction. Technique of introduction the filling material in large portions has more advantages compared to traditional layer-by-layer technique because of economy working time around 40%. As the filling material used SDR (Smart Dentin Replacement) of the company Densplay, that having the characteristics of flowable composite with minimal polymerization stress.

Subject: to learn an opportunity using SDR material in restoration permanent molars and premolars in children.

Objects and methods. SDR material was used in I and II class teeth hard tissues defects in 21 permanent molars and 7 premolars in 17 children aged from 7 to 16 years (everything was done by instruction). For latest restoration as used Filtek Ultimate, Filtek E 250, Filtek Bulk Fill (Posterior).

Results. It was found that using SDR material is effective. Restoration quality assessment was conducted after 2 weeks and 6, 12 month after treatment. Condition of all restorations was evaluated as positive in all respects.

Conclusion. The technique of introducing in large portions using the SDR material with low polymerization stress and withstanding significant mechanical loads can be recommended for the restoration of permanent teeth in children because of time economy.

Key words: filling material, restoration, permanent molars, children.

УДК 616.314-77:615.462:678.84

Бережна О.О., Запара П.С., Федотова О.Л.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ АКРИЛОВИХ ПЛАСТМАС ДЛЯ ФОРМУВАННЯ БАЗИСУ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА РІЗНИМИ ЛАБОРАТОРНИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ.

Харківський національний медичний університет, Україна

В наш час спостерігається значне поширення та інтенсивність захворювань ротової порожнини в дорослого населення, що за даними Вареса Е.Я.,

становить 90% [4]. Це призводить до ранньої втрати великої кількості зубів, що визначає обсяг стоматологічної ортопедичної допомоги [6, 7].

Однією з актуальних завдань ортопедичної стоматології є своєчасне та оптимальне відновлення жувальної ефективності, в тому числі знімними пластинковими протезами, зі створенням нових та удосконаленням наявних конструкційних матеріалів.

Основними матеріалами для виготовлення базисів знімних зубних протезів в даний час є пластмаси на основі акрилатів. Багаторічний досвід застосування базисних акрилових пластмас показав, що для них характерні наступні позитивні якості: дешевизна, доступність, достатня міцність, технологічність.

Мета дослідження. Проведення порівняльної оцінки фізико-механічних властивостей акрилових пластмас на основі метилметакрилату для забезпечення клініко-технологічної якості ортопедичного лікування стоматологічних пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Порівняльну оцінку якості акрилових пластмас проводили сумісно з співробітниками центральної заводської лабораторії АТ «Стома» (м.Харків, Україна) згідно до вимог міжнародного стандарту ISO-10139 сертифікованих пластмас: «Фторакс» АТ «Стома» Україна, знімні протези з якої виготовляються за компресійною методикою, «ThermoSens» «Vertex» Німеччина, знімні протези з якої виготовляються за методикою термо-інжекційного пресування та «Стомаліт» АТ «Стома» Україна, технологія виготовлення протезів є лиття з послідувальною полімеризацією під тиском. Фізико-механічні дослідження пластмас вивчалися за слідуючими параметрами: деформація при стискуванні, вигинаюча напруга, ударна в'язкість, опір стиранню, відсоток залишкового мономера, водопоглинання на 360 дослідних зразках.

Результати дослідження. Порівняльний аналіз за показниками деформації при стискуванні, як підтверджують результати лабораторних випробувань, усі матеріали відповідають вимогам ISO-10139 та суттєво ($p \leq 0,05$) поміж собою не відрізняються.

За показником вигинаючої напруги, досліджувані матеріали на 30-50% перевищують індикативні значення ISO-10139, що здатне забезпечувати надміцність базису при динамічних навантаженнях. Так, для матеріалу «Фторакс» вигинаюча напруга становить $(98,7 \pm 4,1)$ МПа, тоді як для матеріалу «ThermoSens» - $(101,6 \pm 2,0)$ МПа а «Стомаліт» - $(117,6 \pm 3,2)$ МПа. Для вказаних матеріалів отримані і відповідні відносні стандартизовані та кваліметричні показники, які коливаються у межах $(0,390 \div 0,471)$ біт, що свідчить про їх надвисоку технологічну якість.

Ударна в'язкість зразків із матеріалів на основі метилметакрилату для виготовлення базису характеризується виразним запасом міцності, що перевищує відповідне індикативне значення ISO-10139 на $(50 \div 90)\%$. При цьому, застосування матеріалу «Фторакс» становить $(4,6 \pm 0,5)$ кДж/см² та достовірно не відрізняється від показника матеріалу «Thermosens» - $(5,3 \pm 0,6)$ кДж/см² та матеріалу «Стомаліт» - $(5,8 \pm 0,9)$ кДж/см², що і забезпечує відповідні кваліметричні показ-

ники у межах (0,402÷0,492) біт.

Опір стирання полімеризату матеріалів характеризується найбільшим ($p \leq 0,001$) опором для матеріалу «Фторакс» - (41,8±0,5) кДж/см², тоді як матеріали «ThermoSens» та «Стомаліт» за цією властивістю перевищують індикативний показник та, водночас є достовірно нижчими, ніж для матеріалу «Фторакс»; кваліметричні закономірності відображаються показниками інформативності, що коливаються у межах (0,285÷0,424) біт.

Питома вага залишкового мономера на момент виготовлення базису знімного протеза для базисних матеріалів коливається у межах (0,42-0,51)% та є найменшою у разі застосування матеріалу «Стомаліт» - (0,42±0,09)%, а найбільшим для матеріалу «ThermoSens» - (0,51±0,10)%, $p \geq 0,05$. При цьому, в результаті аналізу даних лабораторних досліджень виявлено, що і рівень водопоглинання зразків матеріалів гарячої полімеризації корелює з питомою вагою мономера, характеризуючись відповідними залежностями: найбільший для матеріалу «Фторакс» - (28,3±0,8)%, а найменший – (26,4±0,9)% для матеріалу «Стомаліт», $p \leq 0,05$.

Висновки. За основними фізико-механічними властивостями (деформація стискування, вигинаюча напруга, ударна в'язкість) представлені у дослідженнях базисні акрилові пластмаси знаходяться у межах показників міжнародного стандарту ISO – 10139. Найвищі ж показники були у акрилової пластмаси «Стомаліт» АТ «СТОМА» Україна, знімні протези з яких були виготовлені за методикою лиття з послідуною полімеризацією під тиском. Це пояснюється тим що на етапах виготовлення протезів з литтєвої пластмаси «Стомаліт» АТ «СТОМА» Україна використовувалось незначне підвищення температури полімеризату що не приводило до закіпання мономеру, що відмічалось з акриловими пластмасами гарячої полімеризації, Фторакс та ThermoSens, на які під час полімеризації діють високі температури (при екзотермічній реакції під час полімеризації температура полімеризата сягає 140 градусів за Цельсієм, коли температура кипіння мономеру є 105 градусів за Цельсієм), що приводить до кипіння мономеру та утворенню внутрішніх деформацій, пор та інше. Цей фактор зменшує властивості знімних протезів виготовлених з пластмас гарячої полімеризації представлених у нашому дослідженні.

Література. 1. Коваленко О.И., Серебров Д.В. Сравнение современных материалов для базисов съёмных зубных протезов по растворимости и водопоглощению. / Материалы 6-й между. науч. конф. студ. и мол. уч. «Настоящее и будущее медицины». - Винница. - 2009. 2. Серебров Д.В, Коваленко О.И. Сравнительная характеристика по физико-механическим показателям базисных материалов для изготовления съёмных протезов. / Сб. тр. 7-й Всерос. науч.-практ. конф. «Образование, наука, практика в стоматологии» 8-12 февр. 2010, Москва. - М., – С.27 – 31. 3. Харченко С.В. Изготовление съёмных зубных протезов из нового базисного материала Фторакс: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Харьков, 1971. 4. Литьевым термoplastам медицинско́й частоты – доро́гу в стоматологическую ортопедию / Э.Я. Варес, В.А. Нагурный, Я.Э. Варес [и др.] // Стоматологія - 2004. - №6. - С. 75. 5. Варес Е.Я. Зміцнення базисів зубних протезів. Огляд літератури / Е.Я. Варес, Я.Е. Варес, В.А.Нагурний // Новини стоматології. – 2003. - №3. – С.27-29 6. Варес Е.Я. Акрилові пластмаси в стоматології: застосування, недоліки, альтернативи / Є.Я.Варес, Я.Є.Варес, В.А.Нагурний // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: сб. науч. трудов. – Харьков, 2002. – вып. 5. – С.124 – 127. 7. Гуринова Е.С. Полимерные материалы в стоматологии / Е.С.Гуринова, Т.Н. Соколова. – Витебск : ВГМУ, 2002. – С. 48 – 49. 8. Ряховкий А.Н. Метод укрепления базисов съёмных пластиночных протезов сеткой из арамидных нитей и клиническая оценка его эффективности / А.Н. Ряховский, Н.А. Грязева // Институт стоматологии. – 2002. - №2. – С.28-29. 9. Стрелковский К.М. Зуботехнічне матеріалознавство / К. М. Стрелковський, А.З. Власенко, Й.С. Філіпчук, - К.: Здоров'я, 2004.

– C. 332 10. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000/ P.E. Petersen, M. Kjoller, L.B. Christensen [et. Al.] //J.Public Health Dent. – 2004. Vol.64(3). – P. 127-35.

Berezhnaya O.O., Zapar P.S., Fedotova O.L. COMPARATIVE ASSESSMENT OF PHYSICAL AND MECHANICAL PROPERTIES OF ACRYLIC PLASTICS FOR THE FORMATION OF A BASE OF REMOVABLE PROSTHESES MADE BY DIFFERENT LABORATORY TECHNOLOGIES.

Kharkiv National Medical University, Ukraine, Kharkiv

Background: One of the most important tasks of orthopedic stomatology is the timely and optimal restoration of chewing efficacy, including removable plate dentures, with the creation of new and improved existing structural materials.

Purpose of the study. Conducting a comparative assessment of the physical and mechanical properties of acrylic plastics on the basis of methyl methacrylate to ensure the clinical and technological quality of orthopedic treatment of dental patients.

Materials and methods of research. A comparative assessment of the quality of acrylic plastics was carried out by certified plastics: Ftoraks JSC Stom Ukraine, removable prosthesis manufactured by compression technique, ThermoSens Vertex Germany, removable prosthesis made using thermo-injection compression and Stomalit JSC "Stoma" Ukraine, the technology of manufacturing prosthetics is molding with subsequent polymerization under pressure.

Research results. A comparative analysis of the physical and mechanical properties, which confirm the results of laboratory tests, all materials meet the requirements of ISO-10139 and significantly ($p \leq 0.05$) do not differ between themselves.

Conclusions Based on the basic physical and mechanical properties (compression deformation, bending stress, impact strength), the basic acrylic plastics presented in the studies are within the limits of the indicators of the international standard ISO-10139. The highest indicators were in acrylic plastics "Stomalite" JSC "STOMA" Ukraine, removable prostheses were made according to the technique of casting with subsequent polymerization under pressure.

Keywords: acrylic plastic, removable dentures, prosthetic manufacturing techniques.

УДК 616.314-089.23-77

Бреславець Н.М.

ОЦІНКА СПОСОБУ З'ЄДНАННЯ В СИСТЕМІ МЕТАЛ-ПОЛІМЕР ДЛЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Сучасні досягнення ортопедичної стоматології значною мірою базуються на використанні нових технологій і розвитку стоматологічного матеріалознавства. Відновлення анатомічної цілісності зубів і безперервності зубних рядів з

урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів є основною метою ортопедичного лікування хворих. З початку використання полімерів для естетичного облицювання незнімних зубних протезів основною проблемою при конструюванні комбінованих конструкцій є створення надійного кріплення облицювального матеріалу до поверхні металевого каркасу. Протягом багатьох років науковці вирішували низку питань таких як: поліпшення механічної ретенції до каркасу, удосконалення синтетичних матеріалів і обладнання, спроби відновлення сколів облицювання в порожнині рота та інше. Сучасні акрилові полімери мають високі фізико-механічні та технологічні властивості, що дало можливість знизити відсоток ускладнень при ортопедичному лікуванні даними конструкціями. Але, залишається основна умова – створення надійного кріплення облицювального матеріалу до поверхні металевого каркасу, цей адгезивний зв'язок може бути відтворений за механічним, фізичним або хімічним принципом, але за звичай він являє собою комбінацію цих видів зв'язку.

Метою нашого дослідження є оцінка способу з'єднання в системі метал-полімер для незнімних конструкцій зубних протезів.

Матеріали і методи дослідження. Для комплексної перевірки позитивної характеристики вітчизняного покривного лаку «Синма М+V», розробленого на кафедрі ортопедичної стоматології ХНМУ в співпраці з АТ «СТОМА» ми провели ряд досліджень щодо вивчення його фізико-механічних показників. В якості стандартизуючих, обрано нормативні показники передбачених ТУ фізико-механічних властивостей матеріалів для незнімних протезів.

Також, нами була запропонована методика нанесення механічної адгезивної системи (ретенційних пунктів) для фіксації естетичного облицювального шару в суцільнолитих незнімних конструкціях зубних протезів. А саме, запеченим алмазним диском (товщина 0,4 мм) на суцільнолитому каркасі наносили багаточисельні насічки під кутом $\approx 20^\circ$ - 30° до вісі коронки на глибину 0,2 мм. Насічки розташовували як можна щільніше одна до одної. На оклюзійну поверхню та проміжну частину також наносили багаточисельні щільні перпендикулярні насічки. У такий спосіб створювали адгезивну систему з допоміжними розвантажувальними майданчиками.

Визначення показника міцності адгезивного зв'язку лакової плівки з металеву поверхнею проводили за допомогою універсальної машини для механічних випробувань AUTOGRAPH AGS-J в акредитованій лабораторії АТ «СТОМА».

Результати дослідження. За отриманими даними, покривний лак для незнімних конструкцій «Синма М+V» за фізико-механічними властивостями у повній мірі відповідає вимогам до цього класу стоматологічних матеріалів, який створює однорідну плівку, що не просвічує метал, та головне має показник міцності адгезивного зв'язку лакової плівки з металевими поверхнями рівний $7,2 \pm 0,1$ МПа, тоді як нижня границя стандартизованого показника дорівнює 3,5 МПа.

При оцінці міцності з'єднання в системі «метал - лак покривний - полімер», нами було проведено дослідження зразків, де механічний спосіб

з'єднання між металом та полімером був створений за загальноприйнятою методикою з використанням перл, та за запропонованою нами методикою нанесення адгезивної механічної системи.

Величина сили зчеплення зразків, у виготовлених за нашою методикою становить $22,81 \pm 0,29$ Мра, що є достовірно більшим ($P < 0,001$) ніж $15,40 \pm 0,05$ МПа у зразках, виготовлених при використанні загальноприйнятої методики (за допомогою перл).

Висновки. 1. Застосування в практиці ортопедичної стоматології нового покривного лаку «Синма М+V», який виключає просвічування металу крізь облицювальний шар полімеру та завдяки високим показникам міцності адгезивного зв'язку до металеві поверхні підвищує якість та гарантійний термін конструкції.

2. На адгезивну міцність системи «метал – лак покривний – полімер» одночасно впливає декілька різних факторів, починаючи з способу обробки металевого каркасу, адгезивних властивостей покривного лаку та фізико-механічної якості облицювального матеріалу. Тому створення та усестороннє до клінічне дослідження матеріалів для незнімних конструкцій зубних протезів є запорукою якісного лікування.

Resume. The article deals a pressing issue of practical medicine consisting in improving efficiency of orthopedic treatment with metal fixed dentures by development and application of a new polymer facing material and coating varnish. The method of creating adhesion in metal framework – coating varnish – facing polymer for fixed dentures.

Key words: acrylic facing polymer, mechanic retention, coating varnish.

УДК 159.947.5:616.31-05-08+613/6144-044.325]-024.11

Бублій Т.Д., Дубовая Л.И.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МОТИВАЦИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

В настоящее время, несмотря на широкое внедрение современных технологий в стоматологию, до сих пор эффективность лечения и профилактики при многих заболеваниях, таких как кариес и его осложнения, болезней тканей пародонта, остается невысокой. Одной из причин этого является, казалось бы, простая проблема, такая как, соблюдение пациентом назначений врача, касающихся как лечения, так и профилактики. Выполнение рекомендаций относится как к приему лекарственных средств, так и к изменению образа жизни (устранение вредных привычек, правильное питание, физическая активность, соблюдение режима труда и отдыха) [2]. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что длительное соблюдение назначений врача при хронических заболеваниях наблюдается лишь в 50% случаев [4].

Эффективность лечения, как правило, оценивается больным как улучшение общего самочувствия, уменьшение симптомов заболевания и повыше-

нием, таким образом, качества жизни (КЖ). Если в результате проводимой терапии ухудшается КЖ, то полезность такого лечения для пациентов значительно снижается. Изучение этого аспекта — важная сторона оценки лечения, которая мотивирует осознанное ответственное отношение к своему здоровью, в том числе, и в стоматологии.

Цель исследования — выявить взаимосвязь стоматологической комплаентности и оценки качества жизни пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования: Согласно поставленной цели, было обследовано 175 пациентов (80 мужчин и 95 женщин): 86 человек в возрасте 20-30 лет, (молодой возраст), 60 человек 30-50 лет (средний возраст) и 29 человек 60-70 лет (пожилой возраст), жителей г. Полтавы. У всех определяли распространенность и интенсивность кариеса (КПУ), уровень гигиены полости рта (ГИ по Фёдорову-Володкиной), наличие и интенсивность заболеваний тканей пародонта. Также проводили опрос с помощью специальной анкеты [1], включающей вопросы, определяющие осознанное отношение пациентов к своему здоровью:

- всегда ли он выполняет все рекомендации врача-стоматолога;
- считает ли он возможным не лечиться, если пока ничего не болит;
- может ли он прекратить лечение, если симптомы болезни отступают;
- просили указать причины отказа от лечения у стоматолога.

По результатам анкетирования выделялись пациенты: комплаентные и не приверженные к лечению.

Для оценки КЖ использовался опросник «Качество жизни психосоматических больных», состоящий из 48 вопросов, разбитых на 3 блока по 16 в каждом [3]. Качество соматического состояния оценивалось по особенностям ограничений больного в физических нагрузках, самообслуживании, повседневной деятельности. Психологическая составляющая КЖ определялась по наличию депрессии, тревоги, влиянию эмоционального состояния на повседневную профессиональную деятельность; социальная — учитывала особенности взаимоотношений на работе, с членами семьи, медицинским персоналом. Низкому показателю по каждому критерию КЖ соответствовала оценка от 0 до 25 баллов, среднему — от 44 до 86 баллов, высокому — от 97 до 144 баллов.

Статистический анализ осуществлялся с помощью программы SPSS 18.0. Для оценки достоверности различий использовались критерий Стьюдента. Применялся корреляционный анализ (критерий Пирсона).

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных позволил выявить и обобщить основные факторы, влияющие на стоматологическую комплаентность больного. Среди лиц молодого возраста доверяют врачу, усваивая данную им информацию по сохранению зубов здоровыми 86%. С возрастом доверие к врачам неуклонно снижается - им доверяют 67% людей среднего возраста и только 37 % пожилых пациентов.

Выполняют рекомендации врача-стоматолога 92% молодых пациентов, 68% лиц среднего возраста и только 33% пожилых пациентов. Считают возможным не обращаться к стоматологу, если его ничего не беспокоит, 49%

молодых людей, 64% людей среднего возраста и 80% пожилых пациентов. Прерывают курс лечения, если стало лучше, 27% молодых людей, 44% лиц среднего возраста и 86 % пожилых.

Оценивая удельный вес пациентов, относящихся к некомплаентным, можно считать, что таковыми являются 1/3 молодых людей и 1/4 людей среднего и пожилого возраста.

При изучении возможных причин некомплаентного поведения пациентов следует обратить внимание, что в настоящее время страх боли и неудачи при лечении в прошлом не являются основными его причинами. На первый план выходят социальные факторы – недостаток времени для лечения и его высокая стоимость.

Среди определяющих факторов, формирующих некомплаентность, можно выделить такие, как низкая информированность пациентов в вопросах современных методов лечения и профилактики и низкий уровень ответственности за собственное здоровье.

Комплаентность и КЖ взаимосвязан. Так, нежелание лечиться наблюдается у 30-60 % больных с низким КЖ, что связано с наличием хронических заболеваний. Пациенты не соблюдают врачебных предписаний из-за длительности лечения, многочисленности препаратов и периодов симптоматической ремиссии. Предпочитают не принимать постоянно лекарственные препараты 66% пациентов, что обусловлено опасением возможного вреда от проводимого лечения.

Опрошенные нами пациенты, высоко оценивают состояние своего здоровья, что соответствует 105,73 баллам. Уровень психологического состояния пациентов был высоким – 101,42 балла и самая низкая оценка была дана по социальному компоненту КЖ – 83,19 балла, что является средним уровнем, то есть субъективно оценивается пациентами удовлетворительно.

Проводя анализ КЖ по разным возрастным группам, установлено, что у молодых оценка общего уровня КЖ была выше и составила 110,07 балла, при чем у пациентов среднего возраста – 91,52 и практически не отличалась от аналогичного показателя пациентов старшего возраста – 115,5. Разница средней оценки КЖ у пациентов разных возрастных групп не была достоверной ($P > 0.05$) и относилась к высокому КЖ.

При анализе составляющих КЖ стоматологических пациентов выявлено, что самый низкий показатель КЖ по социальной составляющей оказался у молодых людей и составил 72,25 балла (средний уровень КЖ по данному показателю). Составляющая данного показателя КЖ у лиц среднего и пожилого возраста был достоверно выше – 97,76 и 96,82 балла соответственно (высокий уровень КЖ). Возможно, более низкая оценка социального компонента КЖ у молодёжи связана с более высокими запросами, сформулированными современным социумом. С возрастом люди, по-видимому, более адекватно оценивают современное общество и своё место в нём, о чём свидетельствует высокий уровень социальной компоненты КЖ у стоматологических пациентов среднего и пожилого возраста.

Психологическая составляющая КЖ у молодых пациентов была самой

высокой. Уровень психологического комфорта у молодёжи был оценен, в среднем, в 112,75 балла (высокий) и был выше, чем у лиц среднего возраста – 99,3 балла (что тоже относится к высокому уровню КЖ). Хотя психологическая составляющая КЖ у пожилых пациентов была достоверно ниже, чем у молодых, она соответствовала средней, удовлетворительной оценке КЖ – 92,2 балла, но всё равно достоверно отличалась от аналогичного показателя у лиц молодого возраста. По-видимому, лица молодого возраста чувствуют себя в современном социуме более комфортно, о чём свидетельствует снижение данного показателя с возрастом, при котором чаще наблюдаются психологический дискомфорт, бессонница, депрессия, снижается работоспособность, ухудшается материальное положение.

Анализируя соматическую составляющую КЖ стоматологических пациентов, мы отметили, что самый низкий уровень оценки своего здоровья оказался у лиц молодого возраста – 83,9 балла (средний показатель). Выше уровень своего здоровья оценили пациенты среднего и пожилого возраста – 97,76 и 96,85 баллов соответственно, что было достоверно выше, чем у молодёжи ($P < 0,05$) и относилось к высокому показателю КЖ по данному параметру. Возможно, пациенты молодого возраста более требовательны к своему организму и критически воспринимают любые отклонения от нормы, по сравнению с лицами среднего и пожилого возраста, которые постепенно адаптируются к ним. Кроме того, те пациенты, которые занимались лечением стоматологической патологии, явившись в поликлинику, оценивали своё здоровье выше, чем пациенты, проходившие лечение соматических заболеваний в стационаре, что соответствует данным литературы [2, 3].

Выявлена отрицательная корреляционная связь между возрастом и уровнем КЖ ($r = -0,46$), что может говорить о снижении КЖ с возрастом вследствие объективного ухудшения соматического здоровья, психологических и социальных причин.

Нами было проведено сравнение показателей индексов КПУ, РМА и гигиенического индекса Фёдорова-Володкиной у пациентов с низким и высоким уровнем КЖ. Так, у пациентов с низкой оценкой КЖ интенсивность кариеса была достоверно выше, чем у пациентов с высоким КЖ - $5,5 \pm 0,21$ против $3,3 \pm 0,12$ ($P < 0,05$). Также можно отметить более высокую интенсивность гингивита по индексу РМА у пациентов с низким КЖ по сравнению с таковым показателем пациентов, оценивающих своё КЖ как высокое – $25,05 \pm 0,07\%$ (низкое КЖ) против $7,75 \pm 0,1\%$ (высокое КЖ), ($P < 0,05$). Интересно, что и гигиена полости рта у пациентов с низкой оценкой КЖ была хуже, чем у тех, кто оценивает своё КЖ как высокое – $1,9 \pm 0,09$ балла против $1,3 \pm 0,06$ балла ($P < 0,05$). Таким образом, нами была выявлена взаимосвязь КЖ стоматологических пациентов и состоянием их полости рта.

Выводы. Взаимосвязь некомплаентности и качества жизни людей с психосоматическими заболеваниями, к которым относят множественный кариес и болезни тканей пародонта, необходимо учитывать при разработке рекомендаций по оптимизации взаимодействия в системе «врач — пациент» в

целях формирования у пациентов приверженности к лечению, повышения эффективности лечения и профилактики. Очень важно помочь пациенту осознать ценность собственной личности и поверить в эффективность лечения, создать мотивацию на выздоровление или улучшение состояния, сформировать оптимистичное и позитивное отношение к лечению.

Изучение КЖ при стоматологических заболеваниях в дальнейшем позволит наметить пути воздействия на снижение уровня стоматологических заболеваний путём воздействия на каждую конкретную составляющую оценки КЖ.

Литература. 1. Бублий Т.Д., Дубовая Л. И. Комплаентность пациентов разных возрастных групп // *Электронный периодический научный журнал «SCI-ARTICLE.RU»*, № 17.-2015.-С.244-248. 2. Некрылов В.А., Чесноков П.Е., Клименко Г.Я. Медико-социальная характеристика стоматологических больных (по материалам углублённого социологического исследования // *Врач-аспирант*, №4 (53), 2012.-С. 57-64. 3. Новикова И.А., Попов В.В. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2015. – N 6(35) 4. Петрова Н.Н. Основы психосоматической медицины: учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2013. – 72 с. 5. Саввина Е.А., Булкина Н.В., Масумова В.В., Олевская О.А. Взаимоотношения стоматологического статуса, данных самооценки и мотивации к лечению // *Саратовский научно-медицинский журнал*.- 2011,Т.7 (Приложение), С.326-327. 6. Фирсова И.В., Михальченко В.Ф. Демографические и стратификационные характеристики пациентов с разными уровнями комплаентности. Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сборник научных трудов Волгоградского гос.мед.ун-та.- Волгоград, ООО «Бланк», 2008.-С.123-130.

Bubliy T.D., Dubovaya L.I. ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING ON MOTIVATION AND QUALITY OF LIFE OF DENTAL PATIENTS.

Ukrainian Medical Stomatological Academy Poltava

The purpose of the study is to identify the relationship of dental compliance and assess the quality of life of patients of different age groups.

Materials and methods: 175 patients were examined (80 men and 95 women) different age groups. The DMF index, the level of oral hygiene (GI according to Fedorov-Volodkina), the presence and intensity of periodontal tissue diseases were determined for everyone. Also conducted a survey using a special questionnaire Compliance indicator is interconnected both with the general indicator of quality of life (QOL), and with its somatic, psychological and social components. A negative correlation was found between age and the level of QOL ($r = -0.46$), which may indicate a decrease in QOL with age due to objective deterioration in somatic health, psychological and social causes. The patients we examined, on average, rated their QOL as high, with a lower QL rating being in middle-aged people. The somatic component of QOL was lower in young people and was combined with the lowest QOL score for the social component, while the psychological component of QOL was the highest. When comparing the dental incidence of patients with low and high scores of QOL, it was found that patients with low QOL have higher caries and inflammatory processes in the periodontium, worse oral hygiene.

It is very important to help the patient to realize the value of his own personality and to believe in the effectiveness of treatment, to create motivation for recovery or improvement of the condition, to form an optimistic and positive attitude towards treatment.

Key words: compliance; the quality of life; Dental clinic patients.

УДК:616.314.17-008.1:616.379-008.64

Воропаева Л.В. Крючко А.И., Гурьева Т.Е.

ПАРОДОНТИТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Сахарный диабет (СД) ведет к поражению ряда органов и систем организма в том числе и зубочелюстной. Заболевания полости рта, которые возникают и развиваются на фоне сахарного диабета это гингивит, пародонтит, кариес, кандидозный стоматит и др.

СД2 является наиболее часто встречаемой формой заболевания и составляет около 95% всех больных сахарным диабетом. Основными этиологическими факторами развития СД2 являются генетическая предрасположенность, заболевания поджелудочной железы, стрессы, ожирение и другие факторы. В последние 10-15 лет появилось много доказательств в пользу дефицита вит. D в патогенезе СД. Вит. D синтезируется в организме человека самостоятельно под действием УФ лучей солнечного света и поступает в организм с некоторыми продуктами питания такими как рыбий жир, масло, желток яиц, молоко. Вит. D относится к группе жирорастворимых витаминов, однако, не является собственно витамином в классическом смысле этого термина, т.к. оказывает многообразные биологические эффекты за счет взаимодействия со специфическими рецепторами, расположенными в клетках многих тканей и органов, т.е. ведет себя как истинный гормон. Под термином «Вит. D» понимается целая группа биологически-активных веществ. Это D2 (эргокальциферол) – поступает в организм с продуктами растительного происхождения; D3 (холекальциферол) – образуется в коже под влиянием УФ лучей или поступает в организм с продуктами животного происхождения; 25(OH)D3 (25 – гидрохолекальциферол) – печеночный метаболит вит. D3, основной показатель обеспеченности организма вит. D. В настоящее время доказано, что вит. D играет важную роль в кальциево-фосфорном гомеостазе, обеспечивая минеральную плотность костной ткани, влияет на модуляцию клеточного роста, нервно-мышечную проводимость, иммунитет и воспаление. При пародонтите и СД2 присутствуют все эти элементы. Течение пародонтита у таких пациентов агрессивное, с частыми обострениями.

Пародонтит при сахарном диабете характеризуется резко выраженным воспалением во всех тканях, окружающих зуб. Возникшее воспаление можно объяснить тем, что в тканях пародонта и слюне при СД увеличивается концентрация глюкозы в связи с чем меняется содержание кальция и фосфора в слюне и в кости, что очень часто приводит к остеопорозу. Изменения состава слюны негативно отражается на ее функции. В результате нарушения содержания глюкозы и микроэлементов в слюне снижается и содержание лизоцима, отвечающего за баланс патогенной микрофлоры. Это приводит к уязвимости слизистой полости рта перед воздействием различных бактерий и воспаление может возникнуть под влиянием самого незначительного провоци-

руючого фактора. Крім того, при СД порушуються процеси регенерації ткани, що сприяє тривалому теченню запалення, яке важко піддається ліченню.

Останнє десятиліття увага вчених привертає питання впливу віт. D на здоров'я пародонта. Дані, отримані в ході дослідження, свідчать про те, що віт. D може бути корисним в ліченні пародонтиту не тільки тому, що він має пряме вплив на кістковий метаболізм, але й тому, що може мати антибіотичний ефект на пародонтопатогенні фактори, перешкодити виробленню медіаторів запалення, здатних до руйнування пародонта. Були проведені розширені дослідження у великій групі хворих на захворювання пародонта, які показали, що здоров'я пародонта у приймалих віт. D і кальцій, було значно краще, ніж у пацієнтів, які не отримували таких добавок.

Результати виконаних досліджень показали взаємозв'язок між здоров'ям пародонта і споживанням віт. D і кальцію.

Крім того, результати численних досліджень переконують у величезній ролі віт. D як модулятора імунної відповіді організму, забезпечуючого адекватну захист від факторів ініціюючих патогенез пародонтиту, і, відповідно, сприяє його первинній профілактиці.

Таким чином, на сьогоднішній день з'являється все більше доказів участі дефіциту віт. D в патогенезі СД і хронічного пародонтиту як його ускладнення а також складності в ліченні пародонтиту при сахарному діабеті.

Summary. A brief overview of the relation between periodontitis and diabetes mellitus (DM) with vitamin D deficiency is given. Studies have shown that vitamin D can be considered as a hormone playing an important role in calcium-phosphorous homeostasis, providing a mineral density of bone tissue that influences cellular growth modulation, neuromuscular conduction, immunity and inflammation. In periodontitis and diabetes all these elements are present, therefore the period of periodontitis is more aggressive, with frequent exacerbations. Nowadays there is evidence of the participation of vitamin D in the pathogenesis of diabetes and periodontitis as its complications.

Key words: diabetes mellitus, periodontitis, vitamin D.

УДК 616.314.18-002.4:618-08

Гаджула Н.Г., Горленко І.М., Федик Т.В.

ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

У жінок під час вагітності погіршується пародонтологічний статус: підвищуються інтенсивність та поширеність його захворювань, виникають різні форми гінгівіту та пародонтиту, або загострюється перебіг уже наявних

захворювань пародонту [1, 2, 6, 10]. Ці зміни зумовлені тимчасовою фізіологічною ендокринною дисгармонією і нейрогуморальними зрушеннями в організмі жінки на тлі вагітності [3, 4, 7, 9].

Антибактеріальні засоби, що застосовуються для лікування захворювань пародонту є досить сильними дисбіотичними чинниками, які у подальшому сприяють штучному відтворенню хвороботворних бактерій із множинною резистентністю до них [5, 8]. Відомо, що лізоцим (мурамідаза) є природним для організму людини антибактеріальним ферментом, який відіграє важливу роль у біосистемах антимікробного захисту, а також здатний активізувати імуноглобуліни і лейкоцитарний фагоцитоз. Саме тому, при запальних процесах у пародонті з метою усунення змін в системі місцевого імунітету ротової порожнини, переважно для покращення неспецифічної опірності організму ми обрали препарат Лісобакт[®] (Vosnalijek, Боснія і Герцеговина), а для етіотропної та патогенетичної дії – рослинний препарат у вигляді розчину Стоматофіт (Фітофарм Кленка С.А., Польща).

Мета роботи: підвищити ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту при застосуванні препаратів Лісобакт[®] і Стоматофіт у жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Об'єкти і методи. Вивчали стоматологічний статус у 96 жінок з фізіологічним перебігом вагітності у віці від 18 до 35-ти років. Гігієнічний індекс розраховували за G.C. Green, J.R. Vermillion (ОHI-S, 1964), об'єктивізували стан тканин пародонта на основі аналізу індексу ПМА у модифікації С. Парма (1960) та індексу кровоточивості за Muhlemann-Sax (PBI, 1977). Діагностику пародонтологічних захворювань у вагітних проводили згідно з класифікацією захворювань тканин пародонту Данилевського Н.Ф. (1994) із доповненнями Білоклицької Г.Ф. (2007). Статистичне обчислення отриманих результатів проводили методом варіаційної статистики з визначенням критерію достовірності Ст'юдента.

Серед обстежених виділили 45 вагітних жінок із хронічним катаральним гінгівітом. Ці жінки були розподілені на 2 групи – основну (26 осіб) та контрольну (19 осіб). Вагітним жінкам обох груп був проведений комплекс лікувально-профілактичних заходів, який включав: проведення професійної гігієни порожнини рота, навчання правильній чистці зубів, формування у них стійкої позитивної мотивації до індивідуальної гігієни порожнини рота та контроль її належного рівня, санацію порожнини рота з наступним лікуванням захворювань пародонту відповідно до протоколів надання медичної допомоги, раціональне та збалансоване харчування, здоровий спосіб життя, фізичні вправи з урахуванням рекомендацій акушер-гінеколога.

Жінкам основної групи до схеми лікування долучали препарат Лісобакт[®] (по 2 льодяники 3 рази на добу) і розчин для ротової порожнини Стоматофіт (1-2 курсами) тривалістю 8 днів у кожному триместрі вагітності. У контрольній групі жінок ці препарати не призначали, для полоскання порожнини рота вагітні застосовували відвари лікарських трав.

Результати. Під час первинного огляду вагітних обох груп середні по-

казники індексу кровоточивості за Muhlemann-Sax становили $0,92 \pm 0,11$. Значення індексів ПМА та Грін-Вермільйона були досить високими ($43,25 \pm 2,14\%$ і $2,08 \pm 0,09$ бала), що вказувало про високу ступінь запалення ясен та низький рівень гігієни порожнини рота.

Після проведеного комплексу лікувально-профілактичних заходів спостерігали покращення гігієнічного стану порожнини рота в I триместрі вагітності в обстежених обох груп. Тільки у жінок основної групи виявлено тенденцію достовірного зниження ($p < 0,001$) показників значень ПМА ($14,78 \pm 1,34\%$), індексів кровоточивості ($0,32 \pm 0,08$) та Грін-Вермільйона ($0,89 \pm 0,08$ бала).

У II-III триместрах вагітності у результаті застосування препарату Лісобакт[®] і розчину для ротової порожнини Стоматофіт значно зменшились запальні явища в яснах, на що вказувало зниження (в 2,7 рази) значень індексу ПМА: у II триместрі до $15,02 \pm 1,34\%$, у III – відповідно до $16,01 \pm 1,17\%$ ($p < 0,001$). Слизова оболонка ясен набула блідо-рожевого кольору, зникли набряк ясен та ясенних сосочків. Індекс кровоточивості дорівнював нулю. Тільки у $11,54 \pm 6,27\%$ жінок цієї групи мали місце ознаки легкого запалення.

У контрольній групі жінок по мірі збільшення терміну вагітності наростала тяжкість гінгівіту та погіршувався стан гігієни порожнини рота. Якщо у I триместрі вагітності у $31,58\%$ жінок цієї групи мали місце ознаки легкого запалення у вигляді помітно вираженої гіперемії, набряку та болючості, наявності лінійно-точкової кровоточивості, то у III триместрі вагітності процес ще більш активізувався: значення індексу кровоточивості ясен становили $1,82 \pm 0,13$ ($p < 0,001$), що відповідає середньому ступеню запалення ясен; показники індексу ПМА – $49,25 \pm 1,86\%$.

Ефективність лікування в основній групі становила $88,46\%$, у контрольній – $36,84\%$. Отримані результати дослідження свідчать про те, що запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів при лікуванні запальних захворювань пародонту у вагітних за терапевтичною ефективністю перевищує загальноприйняте базове лікування.

Висновки. Застосування препаратів Лісобакт[®] та Стоматофіт в основній групі вагітних жінок сприяло усуненню запального процесу в тканинах пародонта, призупинило прогресування наявних захворювань, дозволило попередити виникнення нових нозологічних форм, покращило стан гігієни порожнини рота у жінок цієї декретованої групи населення, що дозволяє рекомендувати його для місцевого застосування в комплексному лікуванні вагітних із захворюваннями тканин пародонта.

Література. 1. Антоненко М. Ю. Принципи профілактики захворювань пародонту у вагітних / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова, О. В. Будяківська // Современная стоматология. – 2007. – № 4. – С. 35-37. 2. Білоклицька Г. Ф. Застосування препарату гіалуронової кислоти в комплексному лікуванні хворих на хронічний катаральний гінгівіт / Г. Ф. Білоклицька, Т. Д. Центіло, К. Ю. Афанасенко // Современная стоматология. – 2013. – № 5. – С. 28-32. 3. Гаджула Н. Г. Індивідуальна профілактика карієсу зубів у жінок в періоди вагітності і лактації: автореф. дис. на здобуття канд. мед. наук : спец. 14.01.22 “Стоматологія” / Н. Г. Гаджула. – Львів, 2009. – 18 с. 4. Кириллова Е. В. Беременность и профилактика основных стоматологических заболеваний / Е. В. Кириллова, С. К. Матело, Т. В. Купец // Стоматолог. – 2010. – № 12 (150). – С. 5-7. 5. Левицкий А. П. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков (метод. реком.) / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, И. А. Селиванская и др. –

К.: ГФЦ, 2007. – 26 с. 7. Сандига Л. Г. Первинна профілактика запальних захворювань пародонту у жінок з фізіологічним та ускладненим перебігом вагітності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 “Стоматологія” / Л. Г. Сандига. – К., 2001. – 17 с. 8. Фанченко Н. Д. Эндокринология физиологической беременности / Н. Д. Фанченко, Е. В. Екимова // Российский медицинский журнал. – 2007. – №5. – С. 43-46. 9. Фурдичко А. І. Застосування гелю з фітолізоцимом у комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту в жінок з фізіологічним перебігом вагітності / А. І. Фурдичко, А. Я. Діба // Медицина транспорту України. – 2014. – № 2. – С. 69-72. 10. Чучмай Г. С. Стоматологічні захворювання у вагітних / Г. С. Чучмай, Н. І. Смоляр. – К. : Здоров'я, 1991. – 104 с. 11. Яковець О. В. Вплив запальних захворювань тканин пародонту на перебіг вагітності в жінок / О. В. Яковець // Современная стоматология. – 2015. – №1. – С. 18-22.

Gadhula N.G., Gorlenko I.M., Fedyk T.V. TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN PREGNANT WOMEN.

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Ukraine

Background: High level of occurrence and intensity of periodontal diseases in women during pregnancy proves the need of individual approach to using of safe and effective medicines and methods for their treatment and prevention. In pregnant women with inflammatory periodontal diseases for elimination of changes in the system of local oral immunity, mainly for improvement of non-specific resistance of an organism, lysozyme-containing drug Lisobact® was used, and for etiotropic and pathogenetic action – herbal solution Stomatophyt.

Purpose: The study was aimed to increase the efficiency of treatment the chronic catarrhal gingivitis in pregnant women by using of Lisobact® and Stomatophyte drugs.

Objects and Methods: Dental status in 96 women with physiological pregnancy aged 18 to 35 years was studied. Among the examined, 45 pregnant women were diagnosed with chronic catarrhal gingivitis. These women were divided into 2 groups – main and control. Professional oral hygiene and oral cavity sanitation with subsequent treatment of periodontal diseases in according to the protocols of medical care were carried out in pregnant women of both groups. For women of the main group Lisobact® and Stomatophyt were added to the basic treatment during 8 days in each trimester of pregnancy. In the control group of women these drugs were not used, for mouth rinsing they used decoctions of herbs.

Results: By using Lisobact® and Stomatophyt in the main group of pregnant women we revealed the statistically significant decrease of PMA values (in the first trimester – $14.78 \pm 1.34\%$, in the second – $15.02 \pm 1.34\%$, in the third – $16.01 \pm 1.17\%$), gum bleeding indices (I – 0.32 ± 0.08 , II-III – 0) and mean Green-Vermillion score (I – 0.89 ± 0.08 , II – 1.15 ± 0.09 , III – 1.11 ± 0.08). The effectiveness of treatment in the main group was 88.46%, in the control group – 36.84%.

Conclusions: Usage of Lisobact® and Stomatophyt in the main group of pregnant women has allowed to eliminate inflammatory process in the periodontal tissues, to prevent development of new nosological forms and to improve the state of oral hygiene. These medicines can be recommended for topical use in the complex treatment of pregnant women with periodontal diseases.

Key words: catarrhal gingivitis, pregnant women, treatment.

УДК 616. 314-002

Гамзаев Б.М., Ибрагимова Л.К., Ализаде А.Р.

НЕЗАВИСИМЫЙ ВЗГЛЯД НА КАРИЕС

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Кариес зубов является болезнью цивилизации. При сравнении людей, живших в период первобытнообщинного строя и современного периода мы становимся свидетелями многих изменений. Первобытные люди думали лишь об обеспечении примитивного образа жизни, чего нельзя сказать о цивилизованных людях [4, 21, 22, 23].

В настоящее время, то есть период быстрого научно-технического прогресса, образ жизни людей, их бытовые условия, мировоззрение, культура, интеллект, а также антропологические показатели подверглись несравнимо значительным изменениям. Как ни парадоксально, но прогресс работает во вред людям, в том числе приводит к развитию многочисленных заболеваний «цивилизации». Многие болезни современного периода – рак, сердечно-сосудистые, некоторые нервные и эндокринные заболевания относятся к их числу. Среди стоматологических болезней кариес зубов также является болезнью цивилизации. В результате проведенных исследований становится ясно, что до периода Ренессанс кариес зубов не был так широко распространен, а после него кариес превратился в прогрессирующую болезнь и, на сегодняшний день распространенность кариеса в экономически развитых странах составляет приблизительно 90-100% [30, 31]. Значит, чем лучше становится материальное положение, кулинария, жизненный уровень людей, тем больше распространяется кариес зубов [6, 7]. В результате проведенных исследований становится ясно, что кариес зубов, наблюдаемый в не цивилизованных популяциях, в том числе среди лиц, живших в патриархальных условиях был несравненно низким, или можно сказать, что сводился к нулю (например, среди эскимосов этот показатель составлял 4%) [27]. Неужели можно сделать логическое заключение, что люди, далекие от цивилизации следили за состоянием своих зубов лучше, чем мы? Как это не звучит иронично, но это факт. Но, в таком случае возникает вопрос, в чем же заключается секрет этого «чуда» [11, 12]? У людей, не прибегающих к различным средствам для чистки зубов, иногда даже не имеющих об этом понятия, кариес сводится к нулю, а среди людей, пользующихся зубными пастами, щетками и многочисленными гигиеническими средствами, которые часами пропагандируются средствами массовой информации кариес распространяется в массовом порядке. Несмотря на, имеющееся огромное количество проведенных научно-практических, теоретических исследований, бесчисленных диссертационных работ относительно этиологии, патогенеза, лечения и, что главное профилактики кариеса, это заболевание продолжает неуклонно прогрессировать. В чем же заключается секрет этой, с первого взгляда кажущейся простой, но в тоже время по своей сути сложной патологии?

Рассматривая причину возникновения кариеса с научной точки зрения,

согласно мнению современных кариеологов, этот процесс развивается под влиянием органических кислот, образующихся в результате расщепления углеводов и деятельности микроорганизмов. Следует отметить, что эта идея существует еще со средневековья и продолжает существовать по сей день. Несмотря на то, что сторонники этой идеи сами осознают неправильность такого подхода, они и не принимают альтернативные взгляды [2, 3, 12, 13, 14].

Следовательно, следует принять, что патология, называемая кариесом является процессом, называемым деминерализацией и происходящим в подповерхностном слое эмали. Этот химический процесс может вызываться активными химическими соединениями, как кислотами, так и щелочами. В возникновении этого процесса другой альтернативы нет [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Можно перечислить много фактов, отрицающих возникновение деминерализации в подповерхностном слое эмали под влиянием кислоты [6]. Эти факты мы доказывали в неопровержимых научных исследованиях. Идея доминирующего «кислотного фактора» со времени своего существования вплоть по сегодняшний день ничего не достигла.

Считаем, что необходимо положить этому конец, и принять эндогенный механизм развития кариеса зубов. Следует подумать, почему в развитии кариеса на молекулярном уровне не исследуется роль пульпы, зубного ликвора, холиномиметического медиатора- ацетилхолина, а также буферных систем, действующих в ротовой жидкости и эмаль-дентин-пульпе? Мы с уверенностью хотим констатировать, что «секрет» возникновения кариеса зубов необходимо искать именно в этих областях!

Учитывая вышесказанное, мы считаем, что проведение исследований в направлении эндогенного механизма развития кариеса зубов, послужит началом новой эры в стоматологии.

Ключевые слова: кариес, эндогенный механизм развития кариеса.

Литература. 1. Ленинджер А. Основы биохимии. Москва: Мир, 1985, С.92 2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М. Медицина, 1991. - 270 с. 3. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. М. Медицина: 2004. 4. Хельвиг Э, Клибек Т., Аттин Т. Терапевтическая стоматология. - Львов, 1999. - С.26-35 5. Пашаев Ч.А, Ибрагимова Л.К., Гамзаев Б.М. Новый подход к профилактике кариеса зубов //Новое в стоматологии. - 2004. - №7. - С.24 6. Гамзаев Б.М., Л.К.Ибрагимова. Еще раз о кариесе //Проблемы стоматологии. - 2001. - №1. 7. Гамзаев Б.М., Ибрагимова Л.К. Незученные аспекты патогенеза кариеса. - №1(141), 2007. - С.2-28 8. Гамзаев Б.М.: К моделированию движения зубного ликвора //Новое в стоматологии. - 2004. - №1(117). - С.44-46. 9. Гамзаев Б.М., Исмаилов Д.И. Роль кислотного фактора в патогенезе кариеса зубов. - Баку: Здоровье, 2012. - 182с. 10. Гамзаев Б.М., Ибрагимова Л.К. Математическое моделирование в прогнозировании кариозного процесса //Пародонтология. - 2007. - №4. 11. Гамзаев Б.М. О роли зубного ликвора в кариозном процессе //Новое в стоматологии. - 2003. - №6. 12. Арутюнов С.Д., Кузмичевская М.В. Профилактика кариеса. - М., 2003. - 80с. 13. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Кариесрезистентность //Стоматология. - 2002. - №5. - С.26-29. 14. Воложин А.И., Алексеева И.В., Петрикас А.Ж., Румянцев В.А. Патофизиология кислотно-щелочного равновесия (Методическое пособие). - М.: ММСИ, 1991. - 60с. 15. Гречишников В.Н. Оценка состояния пульпы и ее влияние на микротвердость тканей зуба: Автореф. дис. докт. мед. наук. - 1988. - 32с. 16. Гречишников В.Н. Влияние кариеса и воспаления пульпы на минеральный компонент дентина зубов //Стоматология. - 1990. - №6. - С.17-19. 17. Горбунова И.Л. Обоснование особенностей проведения кариеспрофилактических мероприятий у лиц с различным уровнем резистентности к кариесу: Дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 2000. - 165с. 18. Донский Г.И., Паламарчук Ю.Н., Павлюченко О.Н. Восстановительные и пломбировочные материалы. - Донецк: ООО «Лебедь», 1999. - 216с. 19. Дроздов В.А., Недосеко В.Б., Горбунова И.Л. Текстурные характеристики эмали зуба и ее резистент-

ность к кариесу // *Стоматология*. – 2002. – С.4-10. 20. Житков М.Ю., Леонтьев В.К. Возможные механизмы иммобилизации щелочной фосфатазы и альфа-амилазы на эмаль зубов // *Стоматология*. – 1997. – №6. – С.9-12. 21. Кодола Н.А. Микроэлементы в профилактике кариеса зубов. – Киев: Здоров'я, 1979. – 160с. 22. Варес Э.Я. От чего или к чему пришел и каким путем идти дальше (Социальная оценка и предвидение развития стоматологии в XXI веке // *Стоматология для всех*. – Киев, 1999. – С.7-11. 23. Колесник А.Г. Новейшие исследования в области изучения кариеса зубов // *Стоматология для всех*. – 1997. – №1. – С.14-17. 24. Леонтьев В.К. Кариес и процессы минерализации: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – 1978. 25. Леонтьев В.К., Румянцев В.А., Грудянов А.И. Водородный показатель полости рта // *Мед. реф. журн.* – 1988, XII. – №9. – С.6-11. 26. Леус П.А. и др. Профилактика стоматологических заболеваний. Метод. рекомендации. – М., 1988. – С.46-50. 27. Луцкая И.К. Физиологическая роль зубного ликвора // *Стоматология*. – 1987. – №5. – С.91-93. 28. Недосеко В.Б. Резистентность зубов в проблеме кариеса: Дис. мед. наук. – Омск, 1987. – 541с. 29. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. – М.: Медицина, 1986. 30. Окушко В.Р. Физиология эмали и проблема кариеса зубов. – Кишинев: Штиинца, 1989. 31. Окушко В.Р. Клиническая физиология эмали зуба. – Киев, 1984. – С.64.

Gamzaev B.M., Ibragimova L.K., Alizadeh A.R. AN INDEPENDENT LOOK AT THE DECAY.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

A study of the available literature has revealed that during the cleavage of acetylcholine into acetate and choline ions and its resynthesis, a change in the pH of the environment occurs. That is, the level of pH equal to 7.4 increases to the level of 7.8. It was noted that for enamel (in relation to acids) the critical level is PH 5.2–5.7, and for dentin and cement - is 6.2. 6,7. Taking into account the scale of pH, and applying these indicators to alkalis, respectively, we can conclude that these indicators should correspond to the levels of 7.3-7.8 and 8.3-8.8. Hence, theoretically, we can conclude that the alkaline environment in which acetylcholine functions can cause demineralization of both the subsurface enamel and the enamel area of the dentin border (Toms fibers reach the enamel-dentin border). So, the number of times acetylcholine is split and resynthesized, the same probability of caries rising. Inadequate oral factors are factors that accelerate this process.

УДК 616.316-008.8-007.61-053.4-018.23-078

Гармаш О.В.

РІВЕНЬ ГІДРОКСИПРОЛІНУ В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ІЗ МАКРОСОМІЄЮ

Харківський національний медичний університет, Україна

Високий рівень поширеності зубощелепових аномалій та висока інтенсивність кариесу у дітей та підлітків, які народилися із макросомією (маса тіла при народженні, яка більше, або дорівнює 4.000 г) [1], обумовлює актуальність виявлення факторів, що спричинили стоматологічні порушення

Гідроксипролін-амінокислота, рівень якої у біологічних рідинах може бути свідченням порушення формування колагенових структур [2], та є одним із відомих маркерів виникнення каріозних уражень, захворювань тканин пародонта або порушень формування кісткової тканини.

Мета дослідження: визначення концентрації гідроксипроліну, як одного із маркерів метаболізму колагену, в ротовій рідині дітей дошкільного

віку, які народилися із макросомією.

Матеріали та методи. У дослідженні приймали участь 26 дітей віком 4.5-6.5 років, які народились макросомами та 8 дітей, народжених із масо-ростовими параметрами, що відповідали нормі (нормосоми). Групи були репрезентативними за статтю та віком.

Стоматологічне обстеження проводилось із використанням «Карти реєстрації стоматологічного статусу дитини або підлітка» [3]. Уміст сумарного гідроксипроліну в ротовій рідині визначали по реакції окисної поліконденсації з парадиметилбензальдегідом в присутності окислювача хлораміну з подальшим фотоелектроколориметруванням [4].

Результати та їх обговорення. Відомості отримані в результаті проведеного дослідження свідчать про достовірно зменшене у 1,7 рази виділення гідроксипроліну в ротову рідину у дітей, які були народжені макросомами у порівнянні із нормосомами. Синтез колагену перевищує його розклад, в тканинах накопичується колаген та його фрагменти. Такий стан речей може свідчити про порушення регуляції метаболізму сполучної тканини [5] та бути підґрунтям до виникнення великого відсотку зубоцелєпових аномалій та високої інтенсивності карієсу, які притаманні дітям народженим із макросомією. Одержані відомості будуть враховані при розробці програм профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей, чия маса тіла при народженні була вищою за 90-ий центильний рівень (макросомія плоду).

Висновки. У дітей дошкільного віку, які народилися з макросомією зафіксовано достовірно знижену, порівняно із дітьми, які були народженими із нормальними масо-ростовими параметрами, екскрецію гідроксипроліну в ротову рідину, що є свідченням особливостей метаболізму їх сполучної тканини у цьому віковому періоді.

Література. 1. *Macrosomic neonates carry increased risk of dental caries in early childhood: findings from a cohort study, the Okinawa child health study, Japan* / Н. Yokomichi, Т. Tanaka, К. Suzuki, et al. // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10, N 7. – e0133872. 2. *Коротич Н. М. Метаболізм колагену в ротовій рідині дітей з диспластичним сколіозом* // *Світ медицини та біології* / Н. М. Коротич. – 2016 №2(56) – С. 33-36. 3. *Крель А. А. Методы определения оксипролина в биологических жидкостях и их применение в клинической практике* // *Вопросы медицинской химии* / А. А. Крель, Л. Н. Фурцева. – 1968. – Т. 14. Вып. 6. – С. 635. 4. *Карта реєстрації стоматологічного статусу дитини або підлітка (додаток до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого)* / О.В. Гармаш, Є.М. Рябоконь, Т.В. Баглик— *Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №73141 від 25. 07. 17 р.* 5. *Овчинников К.А. Особенности клинической картины и лечения пациентов с заболеваниями ВНЧС и патологией соединительной ткани* / К.А. Овчинников, А.К. Иорданишвили, Р.А. Фадеев // *Институт стоматологии*. – 2016 №4– С. 84-85.

UDK 616.316-008.8-007.61-053.4-018.23-078

Garmash O.V. THE LEVEL OF HYDROXYPROLINE IN THE ORAL FLUID IN PRESCHOOL CHILDREN BORN WITH MACROSOMIA.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Introduction. The high prevalence of dental anomalies and the high caries intensity in children and adolescents who were born with a macrosomia (body weight at birth greater than or equal to 4,000 g) determines the relevance of identifying the factors that caused the dental disorders.

Hydroxyproline is an amino acid whose level in biological fluids may be in evidence for a disturbance in the collagen structure formation, and hydroxypriline is one of the known biological markers of caries lesions, periodontal tissue, or bone formation disorders.

The Purpose of the Study is to determine the concentration of hydroxyproline as one of the markers of collagen metabolism in the oral fluid of preschool children born with a macrosomia.

Materials and Methods. The study has involved twenty six 4.5–6.5-year-old children who were born macrosomic and eight children born with normal weight-height parameters. The groups are representative of gender and age. The dental examination is carried out using the "Child or Adolescent Dental Record Sheet". The total hydroxyproline level in the oral fluid is determined by the reaction of oxidation of polycondensation with para-dimethylbenzaldehyde in the presence of an oxidizing agent of chloramine with subsequent photo electro colorimetry.

Results and Discussion. The information obtained as a result of the study shows that the release of hydroxyproline in the oral fluid in children born macrosomic in comparison with the normosomic children is reduced by a factor of 1.7 times. The synthesis of collagen exceeds its *breakdown*, and the collagen and its fragments accumulate in tissues. Such a state of affairs may suggest a violation of the metabolism adjustment in the connective tissue and be the basis for emerging a large percentage of dental anomalies and high caries intensity that are inherent in children born macrosomic. The information received will be taken into account in the development of programs for the prevention and treatment of major dental diseases in children whose body weight at birth was higher than the 90th centenary level (fetal macrosomia).

Conclusions. The preschool children born with macrosomia show significantly lowered excretion of hydroxyproline into the oral fluid as compared with the children born with normal weight-height parameters, which is a sign of the metabolic characteristic of their connective tissue in this age range.

Key words: fetal macrosomia, hydroxyproline, oral fluid, oral cavity

Германчук С.М.

ВТОРИННІ ЗУБОЩЕЛЕПНІ ДЕФОРМАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м.Київ, Україна

Серед стоматологічної патології, незважаючи на значний розвиток сучасної стоматології, велика кількість клінічних досліджень свідчить про те, що при порушенні цілісності зубних рядів, або значних каріозних ураженнях оклюзійної поверхні зубів спостерігаються вторинні зубощелепні деформації, які спочатку призводять до негативних функціональних змін, а в подальшому викликають порушення всіх елементів зубощелепного апарату (ЗЩА). Встановлено, що втрата зубів антагоністів спричиняє різні зміни морфологічного в ЗЩА пацієнтів будь якого віку. В ортопедичній практиці залишається досить актуальною проблема

лікування і реабілітації пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів, що ускладнені вторинними зубощелепними деформаціями (ВЗЩД). Значні зміни оклюзії можуть перевищувати адаптаційні та ремодельючі можливості ЗЩА, особливо з віком пацієнта і на тлі цукрового діабету.

Мета дослідження полягає в вивченні розповсюдженості та особливості прояву ВЗЩД у пацієнтів хворих на цукровий діабет.

Матеріали і методи. Для вивчення розповсюдженості ВЗЩД у хворих на цукровий діабет та визначення характерних для них порушень в зубощелепному апараті нами були проведені обстеження пацієнтів віком від 18 до 60 років. Всі пацієнти були розподілені на три вікові групи згідно ВОЗ: I група – пацієнти 18-30 років – 32 особи, II група – 31-45 років – 59 осіб, III група – 46-60 років – 76 пацієнтів.

Для оцінки та аналізу отриманих даних використовувалась спеціально розроблена нами карта первинного стоматологічного обстеження пацієнта. При обстеженні використовували методику системного групового відбору, що охоплювала ключові вікові групи населення. Карта заповнювалася на кожного оглянутого і вміщувала: паспортні данні, скарги пацієнта, зубну формулу, вид прикусу, стан оклюзії, наявність дефектів зубів (за Блеком) і зубних рядів (за Кеннеді), співвідношення центральних міжрізцевих ліній та наявність зміни висоти прикусу, оцінку відновлення цілісності зубів та зубних рядів (вид та стан пломб або ортопедичних конструкцій), час з моменту втрати зубів та їх причину, наявність та форму ВЗЩД за Гавриловим Е.І., Пономарьовою В.А., стан жувальних м'язів визначався за допомогою електроміографії, а стан СНЩС за допомогою Гамбургського тесту.

Результати дослідження. У пацієнтів 18-30 років при малих дефектах III класу превалюють ВЗЩД в сагітальній площині. У обстежених 31-45 років і 46-60 років ВЗЩД характеризуються більшою різноманітністю клінічної картини, а саме: превалюють комбіновані деформації як дентальні, так денто-альвеолярні із значними порушеннями оклюзійної поверхні та зниженням висоти оклюзії на фоні захворювань тканин пародонту. Такі пацієнти в процесі лікування потребують проведення більш ретельної діагностики та поетапної підготовки до зубного протезування. Результати проведених досліджень свідчать що, в кожній віковій групі переважають певні види ВЗЩД, які мають свої особливості, що необхідно враховувати при проведенні безпосереднього ортопедичного лікування, його плануванні та прогнозуванні результатів.

Для більш точного визначення клінічних особливостей перебігу ВЗЩД необхідно брати до уваги стан всіх складових елементів зубо-щелепного апарату: співвідношення антагонуючих зубів та наявність зниження висоти прикусу, вимушеного положення нижньої щелепи та блокування її рухів, стан тканин пародонта, патологічне стирання, дисфункціональний стан СНЩС та м'язів.

Висновки: результати проведених досліджень свідчать про складність клінічної картини та необхідність своєчасного заміщення дефектів зубів та зубних рядів, особливо у осіб молодого віку, навіть при поодиноких малих дефектах зубного ряду, а також комплексного підходу до планування ортопедичного ліку-

вання у пацієнтів для профілактики більш глибоких змін морфологічного та функціонального характеру, що відбуваються в зубощелепному апараті.

УДК 616.314-77:615.846

Голубничий О. П., Варв'янський П. Ю.

ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛЯ СТРУМУ ВИСОКОЇ ЧАСТОТИ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ІЗ САМОТВЕРДЮЧИХ ПЛАСТМАС ЯК МЕТОД ЗМЕНШЕННЯ НЕГАТИВНОЇ ДІЇ НА СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Сучасні тенденції розвитку ортопедичної стоматології тісно пов'язані з використанням нових матеріалів та технологій при виготовленні знімних пластинкових зубних протезів. Головний напрямок при вивченні нових методів і технологій є більше удосконалення методи досягнення глибокої полімеризації, що призводить до покращення фізико-хімічних властивостей пластмаси та підвищення її функціональної цінності. Знімні протези, які виготовлені за традиційною технологією можуть викликати механічні травми слизової оболонки, хімічні опіки та алергічні реакції (за рахунок надлишкової маси остатнього мономеру чи барвників).

З метою зменшення вищезгаданих недоліків традиційної технології були присвячені наші дослідження.

Нашим дослідженням стало вивчення удосконалення методу полімеризації самотвердіючих базисних пластмас вітчизняного виробництва. В теперішній час такими матеріалами є “Протакріл-М” та “Редонт-03”. Ці пластмаси мають як позитивні властивості (достатня естетика, простота та легкість в застосуванні), так і негативні (досить часті поламки, а після ремонту та реконструкції достатньо часто можуть зламатися в старому місці). Це зв'язано як з недосконалістю самих матеріалів, так і з недосконалістю та зневагою до технологічного процесу виготовлення та ремонту, а також дуже складними умовами експлуатації знімних зубних протезів. Таким чином необхідність модифікації базисних матеріалів є безсумнівною.

Підвищити властивості знімних протезів ми спробували шляхом спеціальної обробки готових зубних в полі струму високої частоти.

Після виготовлення знімних протезів та фінішного полірування, їх розміщували в робочій камері високочастотної установки ВЧД 2-2,5/81 і проводили цикл обробки. Режим обробки протезів, виготовлених з пластмаси “Протакріл-М”- напруженість поля $2,5 \times 10^5$ В/м, частота 81 МГц, час дії поля 90 секунд. Для протезів, виготовлених з пластмаси “Редонт-03”- напруженість поля $2,0 \times 10^5$ В/м, частота 81 МГц, час дії поля 120 секунд. Після закінчення режиму обробки протез залишався в робочій камері приблизно 15 хвилин.

Застосування поля струму високої частоти дозволяє підвищити фізико-хімічні властивості пластмаси (міцність на злам, зменшення залишкового

мономеру майже вдвічі.) За даними наших досліджень при традиційному методі полімеризації кількість залишкового мономеру сягала $0,5 \pm 0,03\%$. Після обробки нашим методом кількість залишкового мономеру сягала $0,27 \pm 0,02\%$.

Клінічний ефект застосування поля струму високої частоти достовірно перевищував якості оброблених протезів над необробленими. Про дію протезів, виготовлених різними методами, ми з'ясували по наявності зон запалення та числом необхідних корекцій.

Таким чином, наші дослідження показали, що при використанні протезів, виготовлених за новою технологією, кількість ускладнень зменшилось майже вдвічі, зон запалення слизової оболонки протезного ложа стало значно менше, ніж при використанні протезів, виготовлених за традиційною технологією полімеризації. Проявів ознак алергічних реакцій не спостерігалось. Процес адаптації до знімних протезів виготовлених за пропонованою технологією значно скоротився.

Golubnichy A.P., Varviansky P.Yu. APPLICATION OF HIGH-FREQUENCY CURRENT FIELD IN THE MANUFACTURE OF REMOVABLE DENTURES FROM SELF-HARDENING PLASTICS AS A METHOD OF REDUCING NEGATIVE ACTION ON THE CONDITION OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE PROSTHETIC BED.

The data given in this article show the research of the method of structuring acrylic self-hardening plastics under the influence of the microwave field energy on them. In the experiment, samples and standard bases of removable prostheses from domestic acrylic plastics were manufactured, which is widely used in orthopedic practice.

The characteristics of plastics structured by the convection method and in the microwave field were compared. The results of experimental studies have made it possible to develop a new method for manufacturing removable prostheses using a high frequency current.

Key words: high frequency current field, polymerization, methyl methacrylate, removable prostheses.

УДК 616.036.8.002.614+616.039.71

Гордієнко С.А.

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ЕТАПАХ ПРОТЕЗУВАННЯ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Виконання навіть малотравматичних стоматологічних маніпуляцій супроводжується не тільки вегетативними психоемоційними реакціями, а й різким викидом адреналіну в токсичних для організму концентраціях, що є пусковим механізмом до розвитку небезпечних порушень центральної і перифе-

ричної гемодинаміки, що призводить до порушень мікроциркуляції в тканинах пародонту.

Метою наших досліджень було виявити наявність порушень в тканинах пародонту у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) при протезуванні незнімними зубними протезами та дослідити ефективність застосування лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи дослідження. Вивчення можливих ускладнень ортопедичного лікування хворих з артеріальною гіпертензією із застосуванням незнімних зубних протезів та визначення лікувально-профілактичної ефективності застосування пасти Солкосеріл-Дента у даної категорії пацієнтів.

Для оцінки стану тканин порожнини рота хворих до і після протезування незнімними зубними протезами та для оцінки ефективності застосування пасти Солкосеріл-Дента у хворих з артеріальною гіпертензією використовували стандартні клінічні тести: пробу Ясиновського, вакуумну пробу Кулаженко і пробу Шиллера-Писарева.

Було застосовано декілька клініко-лабораторних методів дослідження. Для виявлення морфологічних змін слизової оболонки пародонту, реакцій капілярної і лімфатичної систем тканин пародонту застосовували гістологічні методи. Для дослідження швидкості міграції лейкоцитів і епітеліальних клітин із слизової оболонки порожнини рота, стійкості капілярів, виявлення запальних реакцій в тканинах пародонту було застосовано цитологічні дослідження. Для оцінки стану функціонування вегетативної нервової системи вимірювали артеріальний тиск тонометром фірми Gamma, model 700K. Для визначення достовірності отриманих результатів дослідження проводили за допомогою не тільки традиційних прийомів обчислення величин (M), помилок середніх арифметичних, достовірності відмінності (p) за t-критерієм Стьюдента, також був проведений аналіз взаємозв'язків виділених кількісних показників.

У клінічних дослідженнях взяли участь 50 хворих з АГ та 15 хворих, що не страждають на АГ, віком від 43 - 59 років, з захворюваннями твердих тканин зубів та частковою вторинною адентією, яким виготовлялись металокерамічні мостоподібні протези та коронки. У першій групі хворі протезувалися за традиційною схемою (28 хворих), в другій групі (22 людини) під час ортопедичного лікування застосовували лікувально-профілактичні заходи і в період адаптації до протезу призначали аплікації пасти Солкосеріл-Дента впродовж 1 міс. Контрольну групу склали 15 хворих без соматичної патології, у яких вивчали стан тканин пародонту.

З метою дослідження реакцій з боку тканин пародонту вивчали мікроциркуляцію і цитограму тканинних лейкоцитів в тканині ясен у пацієнтів з нормальним та підвищеним артеріальним тиском (АТ).

На підставі клініко-лабораторних результатів дослідження встановлено, що у хворих з артеріальною гіпертензією спостерігається стійке підвищення кількості лейкоцитів на 1 μm^2 зрізу слизової оболонки в 1,5 рази, макрофагів – в 3,35 рази; чисельна щільність лімфоцитів нижче на 40,5%, нейтрофільних лейкоцитів менше на 32,0%, чисельна щільність моноцитів нижче в 1,6 рази, що

призводить при протезуванні даної категорії хворих незнімними зубними протезами до значного розширення лімфатичних капілярів в слизовій оболонці ясен і розвитку запального альтеративного процесу. У зв'язку з цим під час і після стоматологічних процедур необхідні заходи, спрямовані на профілактику набряку і розвитку лімфогенної дисемінації інфекції та інфекційних ускладнень.

Доведено, що місцеве застосування пасти Солкосеріл-Дента підвищує стійкість капілярів слизової оболонки маргінального краю ясен на 16,1 %, зберігаючи швидкість злучення епітелію до 14-ої доби на постійному рівні ($424,7 \pm 10,5$ тис. клітин) у всі терміни спостереження, що свідчить про зниження ускладнення на 30-45 %. Дані проби Шілера-Пісарєва показали, що в разі застосування пасти ступінь запалення знижується на 13,2% через 1 міс, а через 1 рік - 22,9%.

Цей факт свідчить про те, що застосування місцево пасти «Солкосеріл-Дента» у осіб, які страждають на артеріальну гіпертензію, підвищує швидкість відновлення нормального епітеліального шару клітин слизової оболонки порожнини рота та перешкоджає розвитку ускладнень при протезуванні.

Gordienko S.A. SUBMISSION OF APPLICATION OF TREATMENT AND PROPHYLAXIC MEASURES AT STAGES OF PROTESUATION BY NON-CONSTRAINTS OF STOMATOLOGICAL PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The author, based on clinical and laboratory methods of studying leukocytes in periodontal tissues in patients with arterial hypertension, found a violation of the local lymphatic system, which is aggravated during prosthetics by non-removable dentures. On the basis of cytomorphometric studies, the necessity to develop a method for the prevention of inflammatory complications during prosthetics by non-removable dentures in dental patients with arterial hypertension has been proved.

Key words: oral mucosa, leukocytes, bridges, arterial hypertension, lymphatic system.

Горзов В.В., Горзов С.С.; Кедик Р.Є.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОРТОДОНТИЧНОГО ТА ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ З ВРОДЖЕНИМ ОДНОСТОРОННІМ НЕЗРОЩЕННЯМ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Ужгородський національний університет, кафедра дитячої стоматології, Україна

Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння належать до числа вад розвитку органів людини які найбільш часто зустрічаються [1]. Хворі з даною патологією вимагають комплексного, своєчасного і багатоетапного лікування. У комплексному лікуванні дітей з вродженим незрощенням верхньої губи та піднебіння проводяться ортодонтичні і ортопедичні заходи,

спрямовані не тільки на усунення і попередження важких деформацій зубощелепної ділянки, а й на нормалізацію порушених функцій. Особливо це важливо перед проведенням уранопластики, так як післяопераційна «рубцева» деформація зубної дуги верхньої щелепи, сформований ротовий тип дихання перешкоджають проведенню ортодонтичного лікування. Несвоєчасно проведені хірургічні втручання, не в повному обсязі надана ортопедична і ортодонтична допомога, патологія ЛОР-органів призводять до різних ускладнень, в тому числі і до зубощелепних деформацій. Таким чином, пошук оптимальних методів ортодонтичного лікування дітей з вродженою розщелиною верхньої губи є актуальною проблемою стоматології.

Мета. Вивчити частоту захворювань носоглотки серед дітей дошкільного віку з повним одностороннім незрощенням губи і піднебіння. Оцінити ефективність ортодонтичного і ортопедичного лікування дітей з вродженою однобічною ущелиною верхньої губи.

Матеріали та методи дослідження: Нами проведено лікування 27 дітей дошкільного віку з односторонньою розщелиною губи і піднебіння. Пацієнти перебували на обстеженні та лікуванні в Закарпатській обласній клінічній лікарні м. Мукачева. Діагноз ставили на підставі даних клінічних, спеціальних, лабораторних методів досліджень.

Всіх дітей поділили на дві групи. У I групу (основну) включили дітей, яким ортодонтичне та ортопедичне лікування до і після уранопластики проводили з використанням незнімних протетичних конструкцій (16 осіб). У II групу (групу порівняння) увійшли діти, батьки яких відмовилися від застосування незнімних протетичних конструкцій, лікування проводили традиційно знімними пластинковими апаратами (11 осіб).

Стоматологічний статус вивчали відповідно до рекомендацій ВООЗ (1985) і Т.Ф. Виноградової (1988). Обстеження дітей проводили в стоматологічному кабінеті з використанням стоматологічного зонда, дзеркала, широкого шпателя.

Для побудови індивідуальної форми зубної дуги в період молочного прикусу використовували метод геометрично-графічної репродукції, заснований на пропорційній залежності форми і розмірів зубної дуги від довжини бічного сегмента (Дмитрієнко С.В. зі співавт., 1994). Цей метод дозволив оцінити форми і розмірів зубної дуги верхньої щелепи у дітей з вродженою однобічною розщелиною верхньої губи та піднебіння до і після уранопластики.

При вивченні ЛОР-статусу враховували стан носової перегородки, наявність захворювань порожнини носа, носоглотки і придаткових пазух носа. Проводили передню, середню і задню риноскопію, Мезофарингоскопію, епіфарингоскопію проводили за допомогою носоглоткового дзеркала, шпателя, носорозширювача при освітленні рефлектором.

Для об'єктивної оцінки дихальної функції носа використовували методу риноманометрії, запропоновану П.І. Клименко (1990р.)

У дітей I групи функцію носового дихання досліджували до уранопластики і через рік після уранопластики. У дітей II групи функцію носового дихання досліджували до уранопластики, через рік після уранопластики і після

розширення зубної дуги верхньої щелепи після уранопластики.

З рентгенологічних методів дослідження застосовували прицільну рентгенографію в області окремих зубів, ортопантомографія, бічну телерентгенографію.

Результати досліджень: Результати досліджень дітей з вродженою щілиною губи і піднебіння показали, що в 100% випадків є хронічна патологія ЛОР-органів. Були виявлені аденоїди, риніти, фарингіти, хронічні тонзиліти, синусити. Аденоїди були виявлені у $32,5 + 6,15\%$ дітей; риніт - у $25,0 + 5,69\%$; хронічний тонзиліт - у $22,5 + 5,48\%$; фарингіти - у $15,0 \pm 4,69\%$; синусити - у $5,0 + 2,86\%$.

До лікування дослідження I і II групи були однорідні за всіма показниками. Достовірних відмінностей в розмірах обличчя, зубних рядів і піднебіння, показниках риноманометрії не було.

При оцінці розмірів верхньої зубної дуги і піднебіння звертало на себе увагу те, що трансверсальні і сагітальні розміри після уранопластики у дітей I групи, тобто у тих, кому були виготовлені мостоподібні протези, достовірно більші, ніж у дітей II групи. Це пояснюється тим, що параметри зубного ряду у дітей II групи зменшувалися після уранопластики. Розміри верхнього зубного ряду і піднебіння у дітей I групи після уранопластики не змінювалися. Стабільність параметрів верхнього зубного ряду в I групі обумовлена використанням в якості ретенційних апаратів незнімних конструкцій. Однакову відстань від ікла до середньої лінії на стороні незрощення і на здоровій стороні у дітей I групи свідчило про симетричність і правильність форми верхньої зубної дуги, що можливо завдяки надійній ретенції за допомогою мостоподібних протезів. Вивчення моделей щелеп пацієнтів I групи показало, що висота піднебіння нормалізувалася під впливом пластинки-формувача піднебіння. Висота піднебіння на рівні других молочних молярів склала $11,11 + 0,21$ мм, що відповідає середньостатистичним значенням сформованого прикусу молочних зубів по З.І. Довгополовій (1973р.).

Лікування пацієнтів II групи проводили за традиційною методикою, тобто знімними пластинковими апаратами. У $87,5 + 5,94\%$ пацієнтів цієї групи через 12-18 місяців після уранопластики спостерігали зменшення розмірів верхньої зубної дуги. Зменшувалися як трансверсальні розміри, так і сагітальні. Фронтально-ретромолярна відстань зменшувалася більшою мірою на стороні розщелини. Зменшувалися трансверсальні розміри як зубної дуги, так і піднебіння. Ширина верхньої зубної дуги після операції склала $30,34 + 0,37$ мм, що на 2-3 мм менше, ніж середні значення в цьому віці і на 1,32 мм менше, ніж перед уранопластиком. Було відзначено, що звуження верхньої зубної дуги не було ізольованою патологією, а поєднувалося з іншими зубощелепними аномаліями. Тим пацієнтам групи порівняння, у яких було виявлено після уранопластики звуження верхньої зубної дуги, проведено ортодонтичне лікування знімними пластинковими апаратами з активними елементами - гвинтами і пружинами. Пацієнти необхідно було приходити на огляди та корекцію не рідше 1 разу на 3-4 тижні.

В результаті розширення верхньої зубної дуги у дітей II групи відбувалося збільшення ширини піднебіння, але зберігалася асиметрія форми зубного ряду. Після розширення зубної дуги була потрібна тривала ретенція. Весь ретенційний період пацієнти змушені були користуватися ортодонтичними апаратами і регулярно приходити на огляд до ортодонта.

Висновки: Застосування незнімних конструкцій в комплексному лікуванні дітей дошкільного віку з вродженим незрощенням верхньої губи та піднебіння і утрудненим носовим диханням є ефективним методом профілактики зубощелепних деформацій, призводить до поліпшення носового дихання, сприятливо впливає на ріст і розвиток краніофасіального комплексу. Результати лікування виявилися стабільними. Отже, комплексне лікування з використанням незнімних протетичних конструкцій - найбільш ефективний метод лікування дітей з вродженою розщелиною губи і піднебіння.

УДК:616.315-007.254-053.2

Горзов С.С., Горзов В.В., Пензелик І.В., Кедик Р.Є.

КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ НЕЗРОЩЕННЯМ ПІДНЕБІННЯ ДО УРАНОПЛАСТИКИ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет», Україна

Вродженні вади розвитку становлять одну з найбільш актуальних медичних і соціальних проблем в Україні та за кордоном. Це обумовлено високою розповсюдженістю патології і важкістю сформованих анатомічних і функціональних порушень. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (2005), поширеність вад розвитку щелепно-лицевої ділянки становить 4-6%, причому в половині випадків вони реєструються як вкрай важкі аномалії, що нерідко призводять до смерті новонародженого [1,2]. Згідно з показниками народжуваності дітей в Україні, на 11 млн. дитячого населення припадає 12 тис. хворих із природженими дефектами щелепно-лицевої ділянки. Їх кількість щороку збільшується близько на 1 тис. народжених [3,4].

У наш час досягнуті значні успіхи в удосконаленні методів лікування і реабілітації хворих з вродженим незрощенням піднебіння. Однак важливість вивчення різних аспектів цієї проблеми не зменшується, оскільки постійно зростають вимоги до естетичних і функціональних результатів лікування, які поєднані зі встановленням особистості хворих, їх соціальною адаптацією та якістю життя.

У дітей з вадами розвитку щелепно-лицевої є ряд порушень життєво важливих функцій, а саме смоктання, мовлення, дихання і т.д. Розвиток запальних процесів при цьому пов'язаний з анатомо-топографічними особливостями при вродженому незрощенні піднебіння, зі змінами імунного статусу, а також з особливостями патогенної мікрофлори порожнини рота і носа [5,6,7].

Нечисленність і фрагментарність досліджень, які дають уявлення про колонізаційну резистентність порожнини рота при вроджених незрошеннях піднебіння, визначають актуальність і перспективність даної теми не тільки в теорети-

чному, але й практичному аспекті. З'ясування екологічної значимості мікробіоценозу порожнини рота може бути використане якості додаткового критерію оцінки важкості патологічного процесу і своєчасній корекції даної патології.

Метою нашого дослідження було визначення біоценотичних взаємовідносин між групами бактерій порожнини рота дітей з вродженим незрощенням піднебіння, які знаходяться на ортодонтичному лікуванні до уранопластики, оцінка і розробка критеріїв значимості умовно-патогенних мікроорганізмів у формуванні біоценозу порожнини рота.

Матеріали та методи. Під час дослідження було проведено обстеження 25 осіб з незрощенням піднебіння, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні. Для порівняння результатів було сформовано групу з 11 здорових дітей з ортогнатичним прикусом віком від 1 до 6 років.

Для виявлення закономірностей існування мікроорганізмів в біоценозі застосовували екологічний підхід оцінки мікрофлори, що дозволяє здійснити опис спільнот, що складають біотичний компонент мікроекосистеми порожнини рота.

Дослідження стоматологічного статусу осіб проводилося за методикою, рекомендованою ВООЗ. При огляді порожнини рота увага зверталась на гігієнічний стан, наявність карієсу та його ускладнень. Для визначення розмірів щелеп і піднебіння проводилося біометричне вивчення діагностичних моделей щелеп, що включало вимірювання ширини зубних рядів в ділянці молочних ікол, других молочних молярів, фронтально-ретромолярний розмір.

Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження проводився за методикою В.С. Крамар і Е.О. Кравцової (1994). Мікрофлора вивчалася за методом Наепел в модифікації.

Якісний і кількісний склад мікрофлори порожнини рота вивчався при дослідженні чотирьох біотипів: слизова оболонка щік, язика, зубний наліт, піднебіння або розщелини.

При проведенні бактеріологічного дослідження враховувалися наступні показники: сумарна кількість мікроорганізмів, кількість стрептококів, лактобактерій, стафілококів, дріжджоподібних грибів, ентеробактерій.

Культивування анаеробів здійснювалося в мікронаеростаті системи Gas-Pak (OXOID, Англія), Ідентифікація виділених мікроорганізмів проводилася на основі морфологічних, культуральних, біохімічних і антигенних ознаках.

Щільність популяції визначали шляхом підрахунку мікроорганізмів в 1 г зубного нальоту на 1 см² поверхні слизової оболонки (КОЕ/од.субстрату).

Оцінку мікроекосистеми порожнини рота проводили з використанням коефіцієнту значимості, видової різноманітності, типології домінант за допомогою показника постійності (С) по С.І. Ситнику.

Статистичну обробку отриманих даних було проведено із використанням програмного забезпечення «Excel» (MS Office 2013, XP) та «STATISTICA 6,0» (StatSoftInc., США).

Результати дослідження та їх обговорення. В ході дослідження був вивчений стоматологічний статус дітей з вродженим незрошенням піднебіння до уранопластики. При огляді порожнини рота у 18% пацієнтів був діагностований мілкий присінок порожнини рота (до 5 мм), у 39% обстежуваних спостерігалася гіперемія слизової оболонки, у 12% дітей було вкорочене вуздечко язика, а у 28% - вкорочене вуздечко верхньої губи.

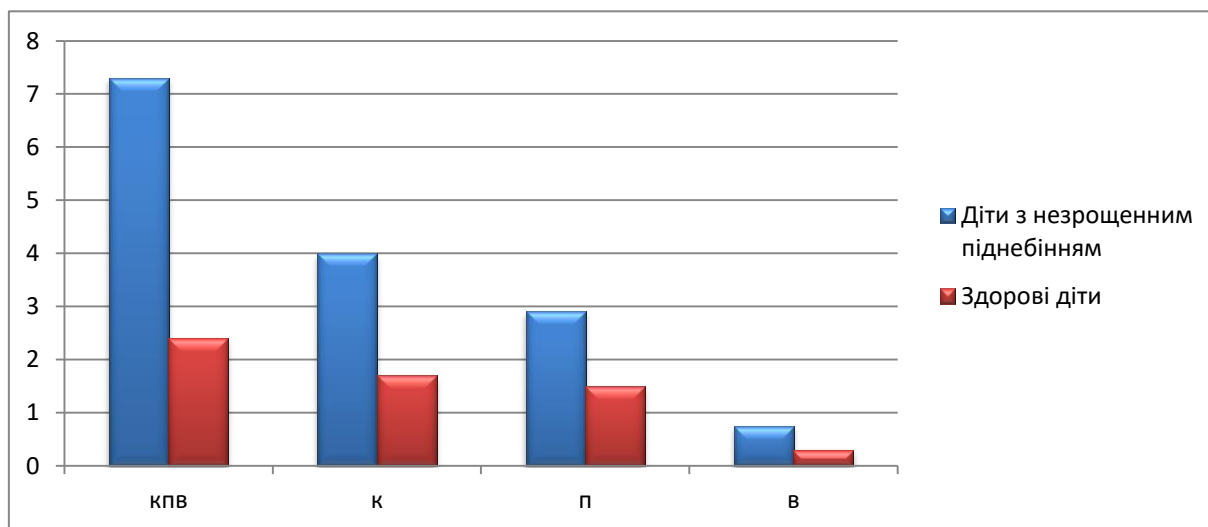


Рис. 1. Інтенсивність карієсу у дітей обстежуваних груп

Встановлено, що гігієнічний стан порожнини рота здорових дітей з ортогнатичним прикусом (група порівняння) був задовільним. Показники рівня гігієни у пацієнтів з незрошенням піднебіння були значно вищими, ніж у групи порівняння, це свідчить про поганий стан гігієни порожнини рота, а в деяких випадках дуже поганий. Аналогічна картина спостерігалася і при визначенні інтенсивності карієсу зубів. Аналіз показників стану зубощелепної системи при наявності аномалії піднебіння виявив високу поширеність карієсу та його ускладнень, у всіх обстежених виявлено багато пломбованих та вже видалених зубів (рис.1).

При вивченні мікробіологічного статусу було виділено та ідентифіковано 758 мікроорганізмів, з яких 40,7% були грам-позитивні палички, 12,0% - грам-негативні палички, 23,5% грам-позитивні коки, а найбільшу кількість склали дріжджеподібні гриби – 74,7% (табл.1).

Аналіз мікробних асоціацій в порожнині рота при вроджених незрошеннях піднебіння виявив певну закономірність – бактерії заселяли слизові оболонки не монокультурами, а групами, що колонізують різні біотопи.

Проведені дослідження дали підставу стверджувати, що склад і щільність мікробних асоціацій в різних біотопах порожнини рота у дітей з незрошенням піднебіння не однакові. Найбільша кількість мікроорганізмів ($6,9 \cdot 10^3 \pm 2,8 \cdot 10^2$ КОЕ/од.суб.) було виділено зі слизової оболонки розщелини. Мінімальна кількість видів і найменший рівень їх щільності було виявлено на слизовій оболонці щік ($1,3 \cdot 10^3 \pm 0,95 \cdot 10^2$ КОЕ/од.суб.). Також виявлено, що в мікробіоценозі порожнини рота хворих дітей спостерігаються зміни як в

якісному, так і в кількісному складі мікробів.

Таблиця 1

Морфологічні групи мікроорганізмів у дітей з незрощенням піднебіння, $M \pm m$, %, КОЕ/од. суб.

Мікроорганізм	Група					
	Діти з незрощенням піднебіння			Здорові діти		
	абс.	%	КОЕ/од. суб.	абс.	%	КОЕ/од. суб.
Грампозитивні палочки	34	40,7	$2,0 \cdot 10^3 \pm 1,2 \cdot 10^2$	38	97,4	$2,5 \cdot 10^3 \pm 2,4 \cdot 10^2$
Грамнегативні палочки	30	12,0	$2,3 \cdot 10^3 \pm 23,5$	-	-	-
Грампозитивні коки	20	23,5	$1,3 \cdot 10^4 \pm 7,54 \cdot 10^3$	37	94,9	$5,5 \cdot 10^3 \pm 4,1 \cdot 10^2$
Грамнегативні коки	30	3,5	$1,0 \cdot 10^2 \pm 7,3$	4	7,7	$54,7 \pm 3,8$
Спирохети	34	4,1	$1,3 \cdot 10^3 \pm 1,0 \cdot 10^2$	10	25,1	$21,7 \pm 1,6$
Candida spp.	56	74,7	$1,9 \cdot 10^3 \pm 1,4 \cdot 10^2$	10	25,6	$70,7 \pm 5,7$

В зв'язку з анатомічними особливостями піднебіння пацієнтів були вивчені його параметри як до, так і після ортодонтичного лікування (табл.2).

Отже, результати дослідження характеристик мікрофлори порожнини рота при незрощенні піднебіння свідчать про те, що патологія піднебіння створює оптимальні умови для формування дисбактеріозу в цьому біотопі, який обумовлений певними фізичними, хімічними і біологічними змінами в даній мікроекосистемі.

Таблиця 2

Параметри піднебіння з розщелиною до і після ортодонтичного лікування, $M \pm m$

Параметр	Група		
	Пацієнти з незрощенням		Порівняння
	До лікування	Після лікування	
Ширина піднебіння на рівні молочних ікол	$21,13 \pm 0,54$ *	$23,00 \pm 0,30$ *	$24,92 \pm 0,28$
Ширина піднебіння на рівні молочних других молярів	$32,75 \pm 0,47$ *	$34,58 \pm 0,30$ *	$34,28 \pm 0,42$
Висота піднебіння	$14,72 \pm 0,28$	$15,16 \pm 0,25$	$14,03 \pm 0,15$

* - статистична достовірність ($p < 0,05$)

Висновки: 1. У дітей з вродженим незрощенням піднебіння виявлена висока поширеність карієсу (до 99%) і його ускладнень (кпв = $6,33 \pm 0,3$ у.о.) на фоні поганого рівню гігієни порожнини рота ($70,9 \pm 6,12\%$).

2. Показники мікробної колонізації і видова різноманітність в біотопах порожнини рота при незрошеннях піднебіння свідчать про виражені порушення біоценозу порожнини рота.

3. Найбільш ранніми ознаками порушення неспецифічної резистентності порожнини рота є елімінація із біоценозу симбіотів і значне збільшення кількості умовно-патогенних мікроорганізмів, що колонізують нову еконішу

– слизову оболонку розщелини піднебіння.

4. Встановлено, що конструкційні матеріали, які використовуються для виготовлення ортодонтичних апаратів, впливають на репродуктивну функцію умовно-патогенних мікроорганізмів, змінюючи величину максимального на- сищення середовища (M_{max}), пришвидшуючи час його настання (T_{max}) і збі- льшуючи загальну кількість утворених бактеріальних клітин.

5. До системи комплексної реабілітації хворих з вродженим незрощен- ням піднебіння до уранопластики рекомендуємо включати антибактеріальну терапію, направлену на витіснення умовно-патогенних мікроорганізмів, що мають «фактори» персистенції.

Перспективність дослідження. Кількість хворих з аномаліями щелеп- но-лицевої ділянки, в тому числі і вродженим незрощенням піднебіння, з ко- жним роком зростає. Вивчення різних аспектів цієї проблеми обумовлено не- обхідністю вдосконалення методів профілактики та лікування, підвищенням їх ефективності і досягнення відмінних функціональних і естетичних резуль- татів. Незначна кількість досліджень, що дають уяву про колонізаційну рези- стентність при вроджених незрошеннях піднебіння визначають перспектив- ність даного дослідження не тільки з теоретичної, але й практичної позиції.

Література. 1. Bender P.L. Genetics of cleft lip and palate / P. LBender // J. Pediatr. Nurs. - 2000 .- 15(4). -P. 242-249. 2. Association between IRF6 and nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in four populations / Park J.W., McIntosh I., Hetmanski J.B. [et al.] // Genet. Med. -2007 .- Vol. 9(4). -P. 219-227. 3. Харьков Л.В. Аналітична довідка про стан стаціонарної хірургічної стоматологічної допомоги дітям України з вродженими та набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки та органів і тканин порожнини рота за 2000 рік // МОЗ України, 2001. - 10 с. 4. Губина Л.К. Ситуаційний аналіз частоти вродженої патології челюстно- лицевой області и вероятные факторы риска / Л.К. Губина, О.П Красникова // Детская стоматология. - 2000. - №1- 2 (3,4). - С. 65-68. 5. Влияние съёмных протетических конструкций на микроэкосистему полости рта, возможности ее биокоррекции // Состояние здоровья населения Волгоградской области и современные медицинские технологии его коррекции: сб. – Волгоград, 2005. – С.196-197. (Соавт. О.Г. Крамарь, Т.Н. Климова). 6. Биологические свойства микроорганизмов при сокультивировании с образцами пластмасс акрилового ряда // Актуальные вопросы стоматологии: сб. – Волгоград, 2008. – С. 56-57. (Соавт. Т.Н. Климова). 7. Макеев В.Ф. Клініка, діагностика та концептуальні основи ортопедичних заходів у комплексному лікуванні дефектів та деформацій зубо-щелепної системи хворих з незрошеннями верхньої губи та піднебіння: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 “Стоматологія”/ В.Ф. Макеев. – Одеса, 2008.- 32 с.

Horzov S.S., Horzov V.V., Penzelik I.V., Kedik R.E. COLONIZATION RESISTANCE OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN WITH CON- GENITAL INCOMPATIBILITY OF THE PALATE TO URANOPLASTICS.

Introduction. Unhealthy palate is a congenital malformation of the maxillofacial area. This pathology is widespread and accounts for about 90% of all maxillofacial anomalies. Despite significant advances in improving the treatment and rehabilitation of patients with this pathology, the importance of studying various aspects of this problem is not reduced. Constant interest in the study of the etiology and pathogenesis of changes in the oral cavity of patients with congenital incompatibility of the palate and improvement of the methods of prevention and treatment of this pathology is due to increased requirements to the aesthetic and functional results of the treatment. In children with abnormalities in the development of the maxillofacial area, apart from a violation of a number of vital functions

(respiration, sucking, speech), the development of inflammatory processes is often observed. This is due to the anatomical and topographical features of non-enlargement of the palate, changes in the immune status, as well as the peculiarities of the pathogenic and opportunistic microflora of the oral cavity. The aim of the study was to analyze the dental status of children with congenital neoplasia of the palate to uranoplastics, its interconnection with different types of microorganisms, to investigate colonization resistance and to determine the ecological significance of microflora of the oral cavity in persons with non-enlargement of the palate.

Materials and methods. In the course of the study, 25 patients with unsteadiness of the palate, who were in inpatient treatment in the department of maxillofacial surgery of the Lviv Regional Clinical Hospital, were examined. To compare the results, was formed a group of 11 healthy children with orthognathic occlusion from 1 to 6 years of age. The stomatological status of the subjects under investigation, the quantitative and qualitative composition of microorganisms from four biotopes - a mucous membrane of cheeks, tongue, a plaque, a palate or a cleft were studied. The evaluation of microcosm of the oral cavity was carried out by using the coefficient of significance, species diversity, typology of dominant by means of the constancy index (C) by SI Sitnik The statistical processing of the data obtained was performed using the software Excel (MS Office 2013, XP) and STATISTICA 6.0 (StatSoftInc., USA).

Research results. During the study, the dental status of children with congenital neoplasia of the palate to uranoplasty was studied. It was established that the hygienic state of the oral cavity in children with this pathology was poor, and in some cases very poor. Analysis of the indicators of the condition of the tooth-jaw system in the presence of an abnormality of the palate revealed a high prevalence of caries and its complications, all of the examined persons revealed many sealed and already removed teeth. Investigation of microbial associations in the oral cavity in the congenital incompatibilities of the palate revealed a certain pattern: the bacteria inhabited the mucous membranes not monocultures, but groups that colonize different habitats. The largest number of microorganisms was isolated from the mucous membrane of the cleft. The results of the study of the characteristics of the microflora of the cavity of the mouth with non-enlargement of the palate suggest that the pathology of the palate creates optimal conditions for the formation of dysbiosis in this biotope and the formation of resistant colonies of microorganisms.

Conclusions. In children with congenital incompatibility of the palate, a high prevalence of caries (up to 99%) was detected against the backdrop of poor oral hygiene. Indicators of microbial colonization and species diversity in the biotope of the oral cavity with incongruence of the palate testify to the pronounced disturbances of the biocenosis of the oral cavity. The earliest signs of violation of nonspecific resistance of the oral cavity are the elimination of normal biocenosis symbiosis and a significant increase in the number of opportunistic microorganisms colonizing a new echelon - the mucous membrane of the cleft palate.

Key words: congenital cleft palate, colonization resistance, oral cavity microecosystem.

УДК 615.454.123:615.211:616.31

Гриновець І.С., Гриновець В.С., Пасько О.О.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Терапевтична допомога у стоматологічній практиці на сьогодні – це складний комплекс заходів, який передбачає поетапне застосування широкого переліку різних лікарських форм і засобів у складі з відповідними процедурами. Таким чином, питання підбору новочасного лікарського засобу (до складу терапевтичної схеми), який б володів високим рівнем фармакодинамічної ефективності залишається актуальним. Однією із важливих проблем на сьогодні залишається питання відсутності цілеспрямованої доставки діючих речовин з лікарського засобу крізь слизову оболонку порожнини рота при місцевому лікуванні ушкоджених епітеліальних тканин. Окрім того застосування більшості форм в області порожнини рота мають не тривалий час дії.

Як один із напрямків до вирішення даного питання можна назвати розробку нової лікарської форми у вигляді стоматологічних лікарських плівок на полімерній основі до складу яких можуть входити різні за властивостями активні фармацевтичні інгредієнти. Дана лікарська вигідно відрізняється від традиційних мазей, гелів та паст оскільки має ряд переваг: пролонгована дія, хороша біологічна доступність, підвищена терапевтична ефективність, відповідність визначеному дозуванню, зведення до мінімуму побічної дії та пресистемного метаболізму, хороша дифузія лікарської субстанції в кров, проникнення в м'які тканини крізь неушкоджену слизову оболонку, можливість введення комбінованих лікарських засобів та діючих речовин, які при традиційних схемах введення руйнуються або самі передчасно розпадаються потрапляючи до порожнини рота та контактуючи при цьому з ротовою рідиною.

Процес приготування стоматологічних лікарських плівок це поєднання у складі однієї полімерної форми, різних за фізико-механічними, фармакологічними, терапевтичними та іншими властивостями введених до складу полімерної плівки різних речовин починаючи від діючих речовин у складі плівкоутворювача і закінчуючи допоміжними речовинами: розчинники, пластифікатори, емульгатори, барвники, коригенти смаку та ін. Велике значення у процесі полімеризації відіграє взаємодія полімеру з розчинником, а також умови за яких відбувається процес полімеризації: температурний, механічний фактор в процесі висушування формування плівки, фізико-механічні та часові показники, які відповідають за реологічні властивості і показники якості: зовнішній вигляд, пружність, еластичність, величина деформації, стійкість матеріалу, механічна міцність на розрив, залишкова вологість, однорідність за структурою та забарвленням, відсутність мікротріщин, гладкість, величина розтягу, текучість в процесі утворення полімеру, час висушування та ін.

Технологічно, стоматологічну лікарську плівку отримували за допомогою методу поливу на пластин різної форми з подальшим висушуванням.

Курс застосування готових плівок виглядав таким чином: лікування розпочинали з ополіскування порожнини рота за допомогою розчинів широко-відомих слабких антисептиків, проводили видалення зубних відкладень, усунення неякісних пломб, ортопедичних конструкцій та інших травмуючих чинників. Вирізаний шматок плівки відповідної форми та розмірів аплікували до цілісної слизової оболонки шляхом накладання на уражену ділянку та злегка притискали до останньої з метою аплікації. Дана плівка утримувалася на поверхні слизової оболонки упродовж 25-30 хв. Поступово розчиняючись та вивільняючи при цьому протимікробний засіб.

Під нашим спостереженням знаходилось 33 пацієнти з альтеративними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота – виразковим стоматитом, декубітальною і трофічною виразками, ерозивними ушкодженнями різної етіології. Хворих контрольної групи (15 осіб) лікували за допомогою традиційних методик та у вигляді полоскань антисептичним розчином, другій частині хворих до складу традиційної схеми, за їх згодою, включено стоматологічні лікарські плівки.

Порівняльна оцінка ефективності лікування свідчить, що у дослідній групі пацієнтів ліквідація запальних змін у тканинах і загоєння епітеліального дефекту відбувалось на 2-4 дні раніше ніж у контрольній групі (залежно від діагнозу). Кількість відвідувань лікаря до цілковитого видужання у контрольній групі становила 7,4 рази, у дослідній – 4,8. Також, не відзначено будь-яких проявів алергії чи іншої небажаної реакції у пацієнтів, що проходили курс лікування за допомогою стоматологічних лікарських плівок.

Зважаючи на недоліки традиційних лікарських форм можна зробити висновок, що асортимент існуючих лікарських засобів необхідно постійно розширювати та оновлювати за рахунок розробки нових активних препаратів, які б відповідали підвищеним вимогам сучасної медицини. Усі хворі другої групи відзначали, що проходили курс лікування за допомогою стоматологічних лікарських плівок, під час лікування почувались комфортніше, ніж раніше, коли застосовувалась традиційні методи терапії.

Hrynovets I.S., Hrynovets V.S., Pasko O.O. DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF THE THERAPEUTIC SCHEME FOR PURPOSE TREATMENT PATIENTS WITH LESION OF THE ORAL MUCOSA.

Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Considering the disadvantages of traditional dosage forms, it can be concluded that the range of existing medicines needs to be constantly expanded and updated through the development of new active drugs that would meet the increased demands of modern medicine.

Patients undergoing treatment with dental medical films subjectively noted that during treatment they felt more comfortable than before when traditional methods of therapy were used.

Key words: oral mucosal diseases, dental practice, dental medical films.

УДК:378.147:069.51:616.31

Гур'єва Т.Є., Крючко А.І., Гур'єва А.Ю.

ВИКОРИСТАННЯ ІМІТАЦІЙНИХ (СИМУЛЯЦІЙНИХ) ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХНМУ НА КАФЕДРІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Якість надання стоматологічної допомоги пацієнтам безпосередньо залежить від рівня підготовки фахівців, які володіють сучасними методами діагностики і лікування захворювань. Сучасні технології лікування стоматологічних захворювань вимагають від майбутніх лікарів певних мануальних навичок. На передній план виходить симуляційне навчання - як один з ефективних методів освоєння практичних навичок, який доповнює традиційне навчання. Симуляційне навчання - це навчальний процес, при якому той, якого навчають усвідомлено виконує дії в обстановці, максимально наближеній до реальних умов роботи, з використанням спеціального обладнання. Цілий ряд практичних навичок і умінь доцільніше і ефективніше освоювати не біля крісла з пацієнтом, а на доклінічному етапі, в симуляційному класі. Впровадження такої двоступеневої моделі дозволяє підвищити ефективність всього навчального процесу у цілому. Для реалізації зазначеної мети на кафедрі терапевтичної стоматології ХНМУ організований фантомний клас, обладнаний сучасними стоматологічними установками з усіма необхідними модулями для препарування зубів, фантомними імітаціями голови пацієнта, із змінним її положенням і з можливістю заміни щелеп. Стоматологічні установки оснащені аспіратором для слини і води.

Для набуття навичок з ендодонтії є ендоблоки. Крім цього, фантомний клас оснащений лікувально-діагностичною апаратурою (апекслокатори, електроодонтометри, діатермокоагулятори, ендомотори, фотополімеризатори), наборами стоматологічних інструментів, борами, ендодонтичним інструментарієм, пломбувальними матеріалами. Устаткування в навчальному фантомному класі розташоване таким чином, що у студентів є можливість правильно сидіти по відношенню до навчального блоку для проведення маніпуляцій методом «в чотири руки». Робота проводиться з використанням коффердама, саме відпрацювання установки якого також є для багатьох стоматологів новим і досить необхідним в сучасних умовах навиком.

Для успішного проведення імітаційного навчання необхідні хороші теоретичні знання. Контроль вихідних знань здійснюється шляхом тестування і усного опитування по темі, що вивчається перед проведенням заняття на (фантомах) симуляторах. Спочатку практичної частини викладач пояснює студентам суть досліджуваної технології (наприклад, препарування порожнини І-го класу за Блеком в зубі 3.6 або пломбування порожнини композитним світлотвердним матеріалом в реальному часі), демонструє поетапне її виконання, коментує свої дії. Потім студенти виконують ту ж маніпуляцію самостійно. Практика таких занять

показала, що більшість учнів не можуть виконати завдання з першого разу безпомилково. Працюючи на фантомі, студент може безбоязно (без ризику для пацієнта) неодноразово повторити ту чи іншу маніпуляцію для вироблення впевненості своїх дій і ліквідації помилок. Студенти, що попередньо пройшли тренінг в фантомному класі, роблять менше помилок, відчують менший стрес при перших самостійних маніпуляціях, набувають практичного досвіду без ризику для пацієнта. Зазначена методика дозволяє викладачеві об'єктивно оцінити послідовність етапів і якість роботи студента. Поряд з навчальною функцією, симуляційне обладнання фантомного класу на кафедрі використовується для контролю освоєння навичок при проведенні заліків та іспитів.

Таким чином, навчання на симуляторах дозволяє підвищити рівень практичної підготовки студентів на навчальному етапі, забезпечуючи більш плавний і безпечний перехід до медичної діяльності, дає можливість максимально імітувати реальний стоматологічний прийом. Дана форма практичного навчання майбутнього лікаря значно підвищує ефективність впровадження нових технологій і якість клінічної роботи фахівців. Однак, до недоліків зазначеної технології слід віднести високу вартість необхідного симуляційного обладнання.

Summary. Simulation technologies allow to increase the level of practical training of students at the educational stage, provide more smooth and safe transition to medical activity, give the opportunity to simulate the real dental technique as much as possible.

Key words: simulation training, phantoms, practical skills, dental aid.

УДК 616.31-08:616.61-008.64-03.6.12-08-78

Данилова Д.В., Ковецкая Е.Е.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХПН, НАХОДЯЩИМСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Республика Беларусь

Для оказания эффективной стоматологической помощи пациентам с хронической патологией необходимо располагать не только современными материалами и методами лечения, но и учитывать тяжесть сопутствующих заболеваний. Одними из самых сложных пациентов с соматическими заболеваниями являются больные с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящиеся на гемодиализе. Нарушения минерального обмена и накопление токсинов в организме, возникающие на фоне патологии выделительной системы, также оказывают влияние на развитие заболеваний других органов и систем, в том числе твердых зубов и слизистой оболочки полости рта.

Цель работы. Повышение эффективности оказания стоматологической помощи пациентам с ХПН, находящимся на гемодиализе.

Объекты и методы. В результате ретроспективного анализа историй болезни были изучены показатели соматического здоровья 50 пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе. Проведен стоматологический осмотр

слизистой оболочки полости рта и состояния зубных рядов.

Результаты исследования. Согласно данным медицинской документации, пациенты находились на гемодиализе, начиная с 1993 по 2008 гг. Так, большинству (68,29% ±6,58) из них гемодиализ впервые был назначен в период с 2004 по 2008 гг., а остальным (31,71% ± 6,67) с 2003г. и ранее. Среди сопутствующей тяжелой патологии была выявлена высокая заболеваемость вирусным гепатитом – 51,21% ±7,07 случаев, из них вирусный гепатит «В» был зарегистрирован в 47,62%±10,90 случаев, а гепатит «С» – в 52,38% случаев. У двух пациентов одновременно был диагностирован как гепатит «В», так и гепатит «С». Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка, язва 12-перстной кишки) наблюдались у 33,33% ±6,67 пациентов. Среди патологии ЖКТ чаще всего встречался гастрит – у 42,85% ±7,00 пациентов, затем язва 12-перстной кишки – у 28,57%±6,39 обследованных, язва желудка, а также панкреатит – у 14,28%±4,95 пациентов. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы) встречались в 19,04%±5,55 случаев. Ишемическая болезнь сердца была зарегистрирована в медицинских картах 14,28%±4,95 пациентов. В единичных случаях были отмечены такие заболевания, как псориаз и васкулит геморрагический. В результате осмотра слизистой оболочки полости рта у большинства пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе, была выявлена характерная бледность, истонченность и сухость. Больные иногда отмечали желтушную окраску мягкого, твердого неба, щек, губ. На СОПР определялись множественные геморрагии, которые возникали после чистки зубов, при травмировании пищей, зубами. Проявления кандидоза и герпетические высыпания свидетельствовали о снижении местного и общего иммунитета. Слизистая языка у большинства пациентов также была сухая и покрыта белым налетом. У некоторых больных с ХПН отмечался галитоз (неприятный запах изо рта), чувство жжения СОПР. Обследование зубных рядов показало, что интенсивность кариеса у пациентов с ХПН, находящихся на гемодиализе, оцениваемого в соответствии с индексом КПУ, составляет в среднем 16,06±1,07. Наличие пломб в удовлетворительном состоянии (П) было отмечено в среднем по 8,45±0,61. Количество кариозных зубов (К), нуждающихся в лечении, составило в среднем 1,16±0,41 – на одного пациента. По поводу осложненного кариеса и заболеваний пародонта ранее было удалено в среднем 6,45±0,89 зуба. При осмотре были зарегистрированы практически все виды дефектов зубных рядов. Полная вторичная адентия встречалась у 2-х пациентов, у которых имелись полные съемные протезы. Отсутствовали зубы только на верхней челюсти также у 2-х больных. Мостовидные протезы присутствовали у 28,0%±6,36 пациентов. Включенные дефекты зубных рядов были выявлены в 34,0%±6,70 случаев, а концевые – у 32,0%±6,60 пациентов. Состояние индивидуальной гигиены полости рта обусловлена наличием мягкого зубного налета, а также над- и поддесневого зубного камня. Уровень гигиены был оценен на основании среднего значения упрощенного индекса Грина-Вермиллиона (ОНИ-S=2,28±0,14) как неудовлетворительный. Воспаление и кровоточивость десны (по индексу GI=1,94±0,14) средней степени тяжести. Интенсивность заболева-

ний пародонта, в соответствии со средним значением индекса КПИ ($3,47 \pm 0,09$), была интерпретирована как средняя.

Заключение. Больные с ХПН, находящиеся на гемодиализе, нуждаются в комплексной стоматологической помощи, включающей терапевтическую и хирургическую санацию, а также рациональное протезирование. Лечение таких пациентов может производиться как в условиях специализированных стационаров, так и на базе стоматологических поликлиник и отделений. Высокий уровень зараженности больных с ХПН, находящихся на гемодиализе, вирусным гепатитом диктует необходимость строгого соблюдения режимов асептики и антисептики. Тяжесть общего заболевания данного контингента пациентов требует от врача-стоматолога высокой квалификации и компетентности при выполнении основных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. Лечебные кабинеты должны быть оснащены аптечкой с лекарственными средствами для оказания помощи при неотложных состояниях, а врачи эффективно купировать приступы ИБС, кровоточивости.

Danilova D.V., Kovetskaya E.E. FEATURES PROVIDING DENTAL CARE TO PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE ON HEMODIALYSIS
Byelorussian Medical Academy of Post - Graduate Education, Minsk, Republic Belarus

Introduction. To provide effective dental care for patients with chronic pathology is necessary to have not only modern materials and methods of treatment, but also take into account the severity of comorbidities.

Objective. Increased efficiency in the provision of dental care to patients with chronic renal failure on hemodialysis.

Subjects and methods. In a retrospective analysis of medical records of somatic health indicators were studied 50 patients with chronic renal failure on hemodialysis. Spend a dental examination of the oral mucosa and the state of dentition.

Results of the study. According to the medical records of the patients were on hemodialysis from 1993 to 2008. The majority ($68,29\% \pm 6,58$) hemodialysis was appointed first in the period from 2004 to 2008, and the rest ($31,71\% \pm 6,67$) since 2003 previously. Among concomitant severe pathology has revealed a high incidence of viral hepatitis - $51,21\% \pm 7,07$ cases. Diseases of the gastrointestinal tract (gastritis, peptic ulcer, ulcer 12 duodenal ulcer) were observed in $33,33\% \pm 6,67$ patients. Endocrine diseases (diabetes, thyroid disease) occurred in $19,04\% \pm 5,55$ cases. Coronary heart disease was recorded in medical records $14,28\% \pm 4,95$ patients. The manifestations of candidiasis and herpes showed a decrease in local and general immunity. The mucous membrane of the language in the majority of patients was also dry and covered with white bloom. The presence of seals in good condition, it was noted an average of $8,45 \pm 0,61$. The number of teeth with caries in need of treatment, averaged $1,16 \pm 0,41$ - per patient. Regarding the complicated caries and periodontal disease was previously removed in average $6,45 \pm 0,89$ tooth. Regarding the complicated caries and periodontal disease was previously removed in average $6,45 \pm 0,89$ tooth. On examination it was recorded almost all types of dentition defects. Full secondary edentia met in 2 patients who had com-

plete dentures. Bridges were present in $28,0\% \pm 6,36$ patients . Included dental defects were detected in $34,0\% \pm 6,70$ cases , and the end - at $32,0\% \pm 6,60$ patients .

Conclusion. Patients with chronic renal failure who are on hemodialysis, require comprehensive dental care, including therapeutic and surgical sanitation and rational prosthetics. Treatment of such patients may be made in specialized hospitals, and on the basis of dental clinics and offices. The severity of the common diseases of the patient population requires the dentist qualifications and competence in basic diagnostic, therapeutic and preventive measures. Treatment rooms should be equipped with a first aid kit with medicines, to help in emergencies

Key words: chronic renal failure, hemodialysis, comprehensive dental care.

УДК 616.31:614.891.4:196.81/.85

Дидик Н. М., Іщенко Б.

ЧАСТОТА ВИКОРИСТАННЯ ЗАХИСНИХ НАЗУБНИХ КАП СПОРТСМЕНАМИ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ КОНТАКТНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Травми зубів є одним із найпоширеніших видів ушкоджень щелепно-лицевої ділянки, які призводять до суттєвих естетичних, функціональних та психологічних проблем, вирішення яких потребує значних коштів. За даними епідеміологічних досліджень, участь у спортивних заходах та заняття спортом пов'язані з найбільшим ризиком виникнення травм в ділянці голови, щелеп, зубів, починаючи з раннього шкільного віку. Впродовж кожного року більше 5 мільйонів зубів втрачається через травми під час занять спортом. При цьому контактні види спорту, зокрема регбі, хокей, бокс, американський футбол та ін., належать до групи високого ризику отримання травм щелепно-лицевої ділянки. Способом попередження травм є використання внутрішньоротових захисних кап під час тренувань та змагань. Низці авторів вдалося довести, що захисні капи значно знижують ризик отримання травм щелепно-лицевої ділянки. Так, до введення обов'язкового використання під час змагань спортивної захисної капи для зубів в американському футболі, 50% всіх травм у цьому виді спорту доводилося на травми зубів і органів порожнини рота. Після запровадження обов'язкового використання спортивної захисної капи для зубів ушкоджень зубів і навколишніх тканин стало в десятки разів менше. При цьому адекватну захисну функцію здатні виконувати індивідуальні капи, виготовлені за відбитками зубних рядів та щелеп спортсмена, на відміну від стандартних, які можна придбати у спеціалізованих магазинах. На сьогодні в Україні назріла потреба наукових напрацювань для підвищення ефективності профілактики травматичних пошкоджень зубів та щелеп у спортсменів.

Метою дослідження було проаналізувати досвід використання спортсменами контактних видів спорту стандартних та індивідуальних захисних кап під час тренувань та змагань.

Методи. Було проведено опитування шляхом анкетування спортсменів

професійних команд з трьох видів контактного спорту: боксу, американського футболу та регбі. Анкетування проводилось у групі 35 чоловіків, віком від 17 до 28 років. Анкета для опитування містила перелік питань про особливості та індивідуальний досвід кожного спортсмена використання різних захисних кап.

Результати. Провівши опитування серед спортсменів контактних видів спорту були отримані наступні результати. Близько половини 49% професійних спортсменів узагалі не користувались захисною капою під час тренувань. Переважна більшість спортсменів використовували стандартні капи: 97% з опитаних підбирають для себе капи в спеціалізованих спортивних магазинах. Лише 3% опитаних професійних спортсменів користувалися капами, індивідуально виготовленим стоматологом. При цьому користування захисною капою під час тренувань та змагань вважали комфортним тільки 33% спортсменів, які взяли участь в анкетуванні. У той же час переважна більшість спортсменів (67%) вважали некомфортними за низкою характеристик (перешкоджання диханню, ковтанню, мовленню, відчуття неприємного присмаку в роті тощо) придбані капи. Майже третина опитаних – 29% відзначили, що мали травми голови, щелепно-лищевої ділянки і зубів під час тренувань.

Висновок. Переважна більшість опитаних спортсменів професійних команд регбі, американського футболу та боксу користувались стандартними капами лише під час змагань, коли це є обов'язковим. Однак вважали такі капи незручними, чим пояснювали відмову від користування ними під час тренувань. Частота користування захисними капами під час тренувань є низькою серед спортсменів контактних видів спорту з високим ризиком отримання травм зубів і щелеп.

Ключові слова: спортивні капи; попередження травм зубів; спортивна стоматологія.

Dydyk N.M., Ishchenko B. FREQUENCY OF MOUTHGUARD USE BY ATHLETES DURING CONTACT SPORT ACTIVITIES.

Traumatic dental injuries are common occurrences with significant esthetic, functional and psychological impact. A great number of dental trauma cases result from contact sports – rugby, boxing, American football etc. The most reliable preventing strategy for sports-related orofacial injuries is wearing protective mouthguard during sport activities. A properly fitted mouthguard works by separating the maxillary and mandibular dental arches, absorbing or redistributing shock and/or stabilising the mandible during violent jaw closure. Custom-fabricated mouthguards provide sportsmen with the highest level of protection.

The aim of the study was to evaluate the frequency of custom-made and stock mouthguards use by sportsmen during contact sport activities – trainings and competitions.

Methodology. A survey was conducted by questioning three professional teams of athletes engaged in boxing, American football and rugby. The study group consisted of 35 males aged from 17 to 28 years old. The survey questionnaire contained a list of questions regarding each athlete habits and preferences of

wearing protective devices - mouthguards.

Results. Almost half (49%) of the professional athletes do not use mouthguard during the trainings. The majority (97%) of athletes use stock or “boil and bite” type of mouthguards of the respondents. Only 3% use mouthguards custom-made in dental office. Only 33% of athletes who participated in the survey felt quite comfortable using the mouthguards, while 67% felt uncomfortable. Almost a one third of the athletes (29%) noted that they had head orofacial injuries during sport activities.

Conclusion. The athletes from professional rugby, American football and boxing teams prefer to use stock or “boil and bite” type of mouthguards generally during competitions when it is mandatory. For a number of reasons, mouthguards were considered to be insufficiently comfortable, affecting sport performance.. Athletes often refuse to use them during the training, neglecting the risk of teeth injury.

Key words: sport mouthguard; dental injury prevention; sport dentistry.

Забуга Ю. І., Біда О. В., Струк В.І.

ВІКОВІ СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ ЛЮДИНИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м.Київ, Україна

Значна поширеність карієсу та некаріозних уражень твердих тканин зубів потребує розробки сучасних методів лікування та профілактики ускладнень, що неможливо без вивчення питань біологічної сутності об'єктів, безпосередньо задіяних в патологічний процес. Відомо, що емаль – це найтвердіша тканина організму людини, спроможна протидіяти впливу досить потужних механічних навантажень. Структура емалі представлена емалевими призмами і міжпризменною речовиною. Для розробки лікувально-профілактичних заходів залишається актуальним питання вивчення можливих структурних змін емалі у віковому аспекті, що й стало предметом нашого дослідження.

Мета дослідження. Вивчення вікових структурних особливостей емалі зубів людини.

Матеріали і методи дослідження. З метою виявлення структурних особливостей емалі у віковому аспекті здійснено електронно-мікроскопічне дослідження дослідних зразків зубів людини (n = 30) in vitro. Відповідно матеріал розподілено на три групи дослідження. I групу склали 10 зразків зубів, видалених за клінічними показаннями, осіб 18 - 29 років, II групу становили 10 зразків зубів осіб 30 - 44 років, III групу сформовано зразками зубів осіб 45 - 59 років.

Підготовлені зразки досліджувалися в електронному скануючому мікроскопі JSM 6490LV фірми JEOL (Японія), обладнаного енергодисперсійним мікроаналізатором INCA Energy 350 Premium із кремнієвим дрейфовим детектором, спектрометром із хвильовою дисперсією INCA Wave 500 та детектором дифракції зворотньо відбитих електронів HKL Channel 5 EBSD (OXFORD Instruments Analytical Ltd (Великобританія)).

Результати дослідження. Результати електронно-мікроскопічного дос-

лідження засвідчили відмінності будови емалі зубів у віковому аспекті. Зокрема, у зразках І групи спостерігалася чітка призматична структура середнього та поверхневого шарів емалі, де емалеві призми були S-подібно зігнуті та розташовувалися косо, горизонтально чи вертикально, об'єднуючись пучками у напрямку дентино-емалевого сполучення.

У результаті досліджень встановлено, що ширина емалевих призм коливалася в межах 34 – 62 мкм. Діаметр призм середньої частини емалі збільшувався у напрямку від дентино - емалевого сполучення до поверхні емалі в 2 рази. В ділянках поблизу дентино - емалевого сполучення довжина емалевих призм, що склалися з впорядкованих у вигляді «ялинки» кристалів, становила $124 \pm 0,3$ мкм, в ділянках близьких до поверхні їх довжина склала $183 \pm 0,2$ мкм.

Виявлено, що товща поверхневого безпризменого шару у зразках зубів ІІ групи суттєво більша порівняно з товщею емалі зубів І групи. Встановлено, що поверхневий шар емалі, більш однорідний та зернистий по структурі, містить достатньо короткі поодинокі емалеві пластинки (ламель). Поверхня інтактною емалі зубів ІІ групи представлена відносно однорідною тканиною. Зустрічаються опуклі і увігнуті ділянки, які відповідають закінченню емалевих призм. Призми виходять на поверхню і закінчуються на ній у вигляді окремих горбків або ямок, створюючи ретенційні ділянки. Зменшення мікропросторів між кристалами, незначна кількість ламелів та їхнє вікове скорочення є факторами зниження проникності емалі та підвищення її резистентності.

У ІІІ групі відмічено підвищення однорідності поверхні емалі зубів. Виявлено безпризменну, однорідну та достатньо темну структуру поверхневого шару емалі. Поверхневий шар був органічно зв'язаний з підлеглими структурами середньої товщі емалі, які представлені вузловими джгутоподібними тяжами кристалічних волокон, що відповідають полоскам Гунтера – Шредера. Разом з тим, характерною була безпризменність емалі, наближеної до дентино-емалевої межі.

Таким чином, результати електронно-мікроскопічних досліджень вказують на наявність характерних вікових відмінностей структури емалі зубів людини що необхідно враховувати при розробці і застосуванні лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів з дефектами твердих тканин зубів.

УДК 616.311-03

Зиновенко О.Г.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

В современной стоматологии диагностика, лечение и профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) является одной из актуальных проблем. В связи с особенностями этиологии и патогенеза, склонностью к рецидивам, достаточно высокой степенью малигнизации заболевания

СОПР занимают особое место в структуре стоматологической заболеваемости [1]. При этом заболевания слизистой оболочки полости рта являются до настоящего времени наименее изученной медицинской и социальной проблемой стоматологии [2].

Диагностика и лечение заболеваний СОПР требует от врача-стоматолога знаний не только основ стоматологии, но и общемедицинских и общеклинических дисциплин, что является определяющим при лечении таких пациентов. Список заболеваний, проявляющихся на слизистой ротовой полости, широк и разнообразен: начиная от инфекционных поражений и заканчивая онкостоматологической патологией [3, 4, 5]. Учитывая все большее количество больных вирусными инфекциями (герпес, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, вирус папилломы человека), нарастание дисбактериозов в популяции населения при неконтролируемом потреблении лекарственных препаратов различных фармакологических групп, воздействие факторов риска развития злокачественных опухолей (курение, употребление крепких спиртных напитков), следует уделять особое внимание при клиническом обследовании стоматологических пациентов и реагировать при обнаружении любых изменений на слизистой ротовой полости [5, 6, 7]. Следует отметить, что на фоне увеличения продолжительности жизни населения в развитых странах растет количество хронических соматических заболеваний, течение которых зачастую осложняется патологическими процессами в ротовой полости [8].

Этиология, патогенез, клиническое течение заболеваний слизистой рта достаточно разнообразны, но подчинены единым общебиологическим законам и сопровождаются альтеративной, экссудативной или пролиферативной стадиями воспаления, а также могут происходить процессы с нарушениями ороговения – паракератоз, гиперкератоз, дискератоз [1]. Для многих заболеваний СОПР характерны общие признаки, что дает возможность объединить их в отдельные группы согласно принятым классификациям [7].

К первой группе относятся самостоятельные стоматиты, имеющие характерное клиническое течение и развивающиеся преимущественно при непосредственном воздействии на слизистую оболочку определенных факторов, таких как механическая, физическая и химическая травмы, воздействие грибов, вирусов, микроорганизмов и их токсинов, различных аллергенов [8].

Ко второй группе поражений, независимо от их клинического течения, относят симптоматические стоматиты, которые являются проявлением на слизистой рта соматической патологии. Наиболее распространенными среди них являются стоматиты при дерматозах, инфекционных заболеваниях, при поражениях желудочно-кишечного тракта, заболеваниях крови, эндокринной системы и т.д. [9].

Еще одну группу составляют доброкачественные и злокачественные новообразования СОПР и губ [5].

Однако, несмотря на то что большинство поражений СОПР обусловлено общей патологией, значительное влияние на их течение оказывает стоматологический статус пациента [7, 8].

При различных заболеваниях слизистой оболочки полости рта высыпания могут быть однотипными или сочетанными одновременно, причем даже строго специфические для той или иной патологии элементы поражения в условиях несанированного рта, плохой гигиены могут видоизменяться на фоне травм, наслоения вторичной инфекции и принимать признаки совершенно другого заболевания. Схожесть симптоматики при разных заболеваниях СОПР вызывает у стоматолога трудности в постановке диагноза, при этом лечение бывает длительным и не всегда успешным [7].

Особую актуальность представляют заболевания слизистой оболочки, которые сопровождаются специфическими изменениями в эпителии вследствие нарушения процессов ороговения – кератозы. При этих процессах элементы поражения на слизистой приобретает белый цвет, легко подвергается повреждению и озлокачанию. Среди белых поражений лейкоплакия и плоский лишай являются предраковыми состояниями [1, 5].

Целью настоящего исследования является анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта, регистрируемых у взрослого населения на приеме в стоматологическом отделении городской клинической поликлиники.

Объект и методы: В период с 2017 по октябрь 2018 года за лечебно-консультативной помощью по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта в стоматологическое отделение обратилось 182 человека. Пациенты обращались на прием к врачу-стоматологу-пародонтологу и/или врачу-стоматологу-хирургу. Для осмотра и уточнения предварительного диагноза консультирование проводилось доцентом кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО.

Клиническое обследование пациентов проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Слизистую оболочку полости рта осматривали при естественном свете, так как при искусственном освещении она может менять свою окраску и ряд элементов поражения можно не увидеть.

В зависимости от конкретной клинической ситуации врач-стоматолог строил свои действия, включающие следующие общие правила.

1. Прием каждого больного осуществляется с использованием индивидуальных средств защиты и стерильных инструментов.

2. Первичный осмотр слизистой оболочки полости рта производится только с использованием инструментов (зеркало, зонд, шпатель, пинцет). До проведения специальных исследований (серологического, бактериологического, цитологического) пальпация элементов поражения не производится.

3. Во всех сомнительных случаях, к которым относится первичное выявление элементов поражения на слизистой или отсутствие эффекта лечения ранее обнаруженного изменения мягких тканей, пациента следует обследовать на сифилис и ВИЧ-инфицирование. Данная рекомендация обусловлена тем, что даже клинически четкая местная картина заболевания может сопутствовать общей тяжелой или заразной болезни (например, герпетические высыпания при СПИДе, афтоподобная бляшка при сифилисе).

4. Выявление положительных серологических реакций крови на ин-

фекционные заболевания (сифилис, ВИЧ, туберкулез и т.д.) служит показанием для лечения пациента в специализированном учреждении. ВИЧ-инфицированные обслуживаются в центрах СПИДа, однако необходимую помощь могут получать и у стоматолога, о чем должен помнить каждый врач поликлинического приема.

5. Первичное выявление язвы с уплотненными краями или отсутствие эффекта от лечения при язвенном процессе (7-10 дней) требует консультации онколога или челюстно-лицевого хирурга, сопровождающейся цитологическим либо гистологическим (биопсия) исследованием пораженных тканей. При обнаружении признаков опухолевого злокачественного процесса применяются хирургические методы лечения.

6. Диагноз, подтвержденный лабораторными исследованиями и исключающий онкологические или контагиозные заболевания, служит основанием для назначения консервативного лечения с учетом этиологии и сопутствующих факторов.

Для постановки диагноза наряду с клиническим обследованием пациентов использовали биохимические и клинические данные крови, мочи.

Результаты и обсуждение: Распределение патологии слизистой оболочки полости рта у пациентов, обратившихся на прием в стоматологическое отделение по возрасту и полу, согласно рекомендациям ВОЗ, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с патологией СОПР по возрасту и полу, абс. число, %

Пол	Возраст (лет)						Всего	
	18-34		35-54		55 и старше			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	19	10,4	21	11,5	24	13,2	64	35,2
Женщины	25	13,8	38	20,9	55	30,2	118	64,8
Итого	44	24,2	59	32,4	79	43,4	182	100

Всего с патологией СОПР в лечебное учреждение за период с 2016 по октябрь 2017 года обратилось 182 человека. Женщин среди пациентов с данной патологией было значительно больше – 64,8%. В возрастной группе 55 лет и старше заболевания СОПР встречались чаще по сравнению с возрастными группами 18–34 года (43,4% и 24,2% соответственно) и 35-54 года (43,4% и 32,4% соответственно). В группе 18-34 года доля женщин среди обратившихся была несколько больше (13,8% против 10,4%). Среди пациентов в возрасте 35-54 года количество женщин практически в 2 раза больше (20,9% против 11,5%). В группе 55 лет и старше женщин было значительно больше, чем мужчин (30,2% против 13,2%).

В результате исследования проведен анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов, обратившихся за лечебно-консультативной помощью в стоматологическое отделение городской поликлиники (табл. 2).

**Структура и частота выявления различных форм заболеваний СОПР,
абс. число, % от числа обследованных**

Нозологические формы	Всего (от общего числа обследованных)	
	абс.	%
Многоформная экссудативная эритема	5	2,7
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	12	6,6
Герпетический стоматит	10	5,5
Кандидоз	34	18,6
Хейлит красной каймы губ	19	10,4
Герпетический хейлит	11	6,0
Травматические поражения (травматическая язва)	16	8,8
Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид)	1	0,6
Плоский лишай	33	18,1
Лейкоплакия	24	13,2
Хейлит Манганотти	1	0,6
Сочетанные поражения СОПР	13	7,2
Новообразования	3	1,7
Итого	182	100

Как видно из представленной таблицы, у наибольшего количества пациентов, обратившихся за лечебно-консультативной помощью в данное лечебное учреждение, были диагностированы кандидоз ротовой полости (18,6%) и плоский лишай (18,1%). Несколько меньшему числу пациентов были выставлены диагнозы лейкоплакия (13,2%) и хейлит красной каймы губ (10,4%). Также у пациентов были выявлены травматические (8,8%) и сочетанные (7,2%) поражения СОПР, хронический рецидивирующий афтозный стоматит (6,6%), герпетический хейлит (6,0%) и стоматит (5,5%). На приеме были диагностированы у единичных пациентов новообразования (1,7%), хейлит Манганотти (0,6%) и неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид) (0,6%).

Нами изучено распределение патологии СОПР у пациентов, обратившихся в данное лечебное учреждение, по возрасту и полу, согласно рекомендациям ВОЗ (табл. 3-4).

У пациентов в возрасте от 18 до 34 лет наиболее часто диагностировали хейлит красной каймы губ (5,0% от общего количества обследованных), лейкоплакию (4,4%), герпетический хейлит (3,8%) и стоматит (3,8%). Незначительно меньше было пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (3,3%). Единичные случаи выявления кандидоза СОПР (2,2%).

У пациентов в возрастной группе 35-54 года среди заболеваний СОПР

в наибольшем количестве диагностировали кандидоз (6,0%), плоский лишай (6,0%) и лейкоплакию (5,5%). Несколько меньше было выявлено пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (3,3%), с хейлитом красной каймы губ (2,7%), с герпетическим хейлитом (2,2%) и травматическими поражениями (2,7%). Также у данных пациентов были определены герпетический стоматит (1,7%), сочетанные поражения СОПР (1,7%) и многоформная экссудативная эритема (1,1%).

Таблица 3

Структура и частота выявления различных форм заболеваний СОПР в зависимости от возраста пациентов, абс. число, % от числа обследованных

Нозологические формы	Возрастные группы			Всего
	18-34	35-54	55 и старше	
Многоформная экссудативная эритема	-	2 (1,1%)	3 (1,6%)	5 (2,7%)
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	6 (3,3%)	6 (3,3%)	-	12 (6,6%)
Герпетический стоматит	7 (3,8%)	3 (1,7%)	-	10 (5,5%)
Кандидоз	4 (2,2%)	11 (6,0%)	19 (10,4%)	34 (18,6%)
Хейлит красной каймы губ	9 (5,0%)	5 (2,7%)	5 (2,7%)	19 (10,4%)
Герпетический хейлит	7 (3,8%)	4 (2,2%)	-	11 (6,0%)
Травматические поражения (травматическая язва)	3 (1,6%)	4 (2,2%)	9 (5,0%)	16 (8,8%)
Неакантолитическая пузырьчатка (пемфигоид)	-	-	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Плоский лишай	-	11 (6,0%)	22 (12,1%)	33 (18,1%)
Лейкоплакия	8 (4,4%)	10 (5,5%)	6 (3,3%)	24 (13,2%)
Хейлит Манганотти	-	-	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Сочетанные поражения СОПР	-	3 (1,7%)	10 (5,5%)	13 (7,2%)
Новообразования	-	-	3 (1,7%)	3 (1,7%)
Итого	44 (24,2%)	59 (32,4%)	79 (43,4%)	182 (100%)

В возрастной группе 55 лет и старше наиболее часто диагностировали плоский лишай (12,1%) и кандидоз (10,4%). Практически в 2 раза меньше выявили сочетанных (5,5%) и травматических (5,0%) поражений СОПР. Также были определены лейкоплакия (3,3%), хейлит (2,7%), многоформная экссудативная эритема (1,7%) и новообразования (1,7%). Выявлены единичные случаи хейлита Манганотти (0,6%) и неакантолитической пузырьчатки (0,6%).

Как следует из вышепредставленной таблицы, наиболее часто диагностируемые заболевания СОПР у мужчин - кандидоз ротовой полости (8,7%), хейлит красной каймы губ (6,6%) и лейкоплакия (6,6%). У обследованных женщин в большинстве наблюдений определяли плоский лишай (16,4%). Меньше было выявлено случаев кандидоза (9,9%), лейкоплакии (6,6%) и хронического рецидивирующего афтозного стоматита (6,6%).

Выводы. Всего с патологией СОПР в лечебное учреждение за период с 2017 по октябрь 2018 года обратилось 182 человека. Женщин среди пациентов с данной патологией было значительно больше – 64,8%. В возрастной группе 18–34 года заболевания СОПР выявлены в 44 случаях (24,2%). У данных пациентов наиболее часто диагностировали хейлит красной каймы губ, лейкоплакию, герпетические поражения.

Таблица 4

Структура и частота выявления различных форм заболеваний СОПР в зависимости от пола пациентов, абс. число, % от числа обследованных

Нозологические формы	Пол обследованных пациентов		Всего
	мужчины	женщины	
Многоформная экссудативная эритема	-	5 (2,7%)	5 (2,7%)
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	-	12 (6,6%)	12 (6,6%)
Герпетический стоматит	1 (0,6%)	9 (4,9%)	10 (5,5%)
Кандидоз	16 (8,7%)	18 (9,9%)	34 (18,6%)
Хейлит красной каймы губ	12 (6,6%)	7 (3,8%)	19 (10,4%)
Герпетический хейлит	5 (2,7%)	6 (3,3%)	11 (6,0%)
Травматические поражения (травматическая язва)	9 (5,0%)	7 (3,8%)	16 (8,8%)
Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид)	-	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Плоский лишай	3 (1,7%)	30 (16,4%)	33 (18,1%)
Лейкоплакия	12 (6,6%)	12 (6,6%)	24 (13,2%)
Хейлит Манганотти	1 (0,6%)	-	1 (0,6%)
Сочетанные поражения СОПР	5 (2,7%)	8 (4,5%)	13 (7,2%)
Новообразования	-	3 (1,7%)	3 (1,7%)
Итого	64 (35,2%)	118 (64,8%)	182 (100%)

В возрастной группе 35–54 года поражения слизистой рта составили 59 случаев (32,4%). У данных пациентов среди заболеваний СОПР в наибольшем количестве диагностировали кандидоз, плоский лишай и лейкоплакию. В возрастной группе 55 лет и старше зарегистрировано 79 случаев (43,4%) заболеваний СОПР. В данной возрастной группе диагностировали плоский лишай и кандидоз. Наиболее часто диагностируемые заболевания СОПР у мужчин - кандидоз ротовой полости, хейлит красной каймы губ и лейкоплакия. У обследованных

дованных женщин в большинстве наблюдений определяли плоский лишай.

Заключение. Проведенный анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта, регистрируемых у взрослого населения на приеме в стоматологическом отделении, указывает на достаточно широкий спектр патологии СОПР, требующий особых диагностических подходов и диспансерного наблюдения. Частота выявления и трудности диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта актуализируют значимость онкологической настороженности у врача-стоматологов. Выраженность болевого, ксеростомического, психовегетативного симптомов при заболеваниях СОПР, их частое развитие на фоне системной патологии и применения лекарственных средств указывают на необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и лечению сочетанной патологии. Наличие диагностических ошибок, недообследованных пациентов и случаев гипердиагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта свидетельствует о необходимости совершенствования оказания стоматологической помощи этой категории пациентов.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта (СОПР), структура заболеваний СОПР, частота выявления заболеваний СОПР.

Литература 1. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Андреева В.А. Кератозы на слизистой оболочке полости рта // *Здравоохранение*. – 2014. – №8. – С. 18-25. 2. Гажва С.И., Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Распространенность стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и их диагностика // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – №5. – С. 41-44. 3. Луцкая И.К. Герпетический стоматит: клиника, диагностика, лечение // *Современная стоматология (РБ)*. – 2016. – №3. – С. 34-37. 4. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Андреева В.А. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области у детей // *Современная стоматология (РБ)*. – 2016. – № 2. – С. 36-40. 5. Луцкая, И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта // *Современная стоматология (РБ)*. – 2011. – № 1. – С. 33-37. 6. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) / О. С. Гилева и др. // *Пермский медицинский журнал*. – 2012. – Т. XXIX. – № 6. – С. 18-24. 7. Луцкая, И.К. Алгоритм диагностического поиска при заболеваниях слизистой оболочки полости рта // *DentalMagazine*. – 2017. – № 2 (158). – С.54-57. 8. Заболеваемость слизистой оболочки ротовой полости у взрослого населения Республики Беларусь / Л.А. Казеко и др. // *Медицинские новости*. – 2011. – №10. – С. 73-76. 9. Дзугаева И.И., Умарова К.В. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике // *Российский стоматологический журнал*. – 2014. – №5. – С. 50-52.

Zinovenko O.G. ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF DISEASES OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY IN THE DENTAL ADMISSION.

Belarusian medical Academy of postgraduate education, Minsk

In modern dentistry, diagnosis, treatment and prevention of diseases of the oral mucosa (SOPR) is one of the urgent problems. Due to the peculiarities of etiology and pathogenesis, the tendency to relapse, a sufficiently high degree of malignancy of the disease of the SOPR occupy a special place in the structure of dental morbidity. In this case, diseases of the oral mucosa are so far the least studied medical and social problem of dentistry.

The purpose of this study is to analyze the structure of diseases of the oral mucosa registered in the adult population at the reception in the dental Department of the city clinic.

Object and methods. In the period from 2017 to October 2018, 182 people

applied to the dental Department for medical advice on diseases of the oral mucosa. Women among patients with this pathology were much more – 64,8%. Results. In the age group of 18-34 cheilitis vermillion border, leukoplakia, herpetic lesions are years the most frequently diagnosed. In the age group of 35-54 years, among the diseases of SOPR, candidiasis, flat lichen and leukoplakia were determined in the largest number. In the age group of 55 years, flat lichen and candidiasis were detected.

Summary. The most commonly diagnosed diseases of the oral mucous membrane in men, candidiasis of the mouth, cheilitis vermillion border and leukoplakia. In women surveyed oral lichen planus was determined in the majority of cases.

Conclusion. The analysis of the structure of diseases of the mucous membrane of the oral cavity, registered in the adult population at the reception in the dental Department, indicates a fairly wide range of pathology of the SOPR, requiring special diagnostic approaches and dispensary observation. The frequency of detection and difficulties in the diagnosis of precancerous diseases of the oral mucosa actualize the importance of cancer alertness in dentists. The severity of pain, xerostomia, psycho-vegetative symptoms in diseases of oral mucous membrane, and their frequent occurrence on the background of systemic pathology and use of drugs point to the need multiple approach to the diagnosis and treatment of concomitant pathology. The presence of diagnostic errors, under-examined patients and cases of hyperdiagnosis of diseases of the oral mucosa indicates the need to improve the provision of dental care to this category of patients.

Keywords: mucous membrane of the mouth (oral mucous membrane), the structure of oral mucous membrane diseases, the detection rate of diseases of the oral mucous membrane.

УДК 616.314

Иманов Э.А.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ-ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Профилактика и лечение заболеваний пародонта, с участием детской стоматологии, остается одной из важнейших проблем современной стоматологии. Это связано с широким распространением среди населения тяжелых последствий, причинами которых являются как нарушения функций в челюстно-лицевой области так и изменения в общем статусе больного.[1,2] Возникновение заболеваний пародонта в детском возрасте, может быть обусловлено как местными причинами, как и общей заболеваемостью организма.

Целью работы было оценка эффективности препарата Лоробен в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у детей.

Методы. В связи с этим, в Детском Стоматологическом Центре обследование детей проводилось централизованным методом во время плановой санации. Школьники, имеющие заболевания пародонта и риски его возникновения, были разделены на специальные группы, в которых были проведе-

ны соответствующие комплексные лечебно-профилактические мероприятия.

В республиканском детском стоматологическом центре в процессе исследуемого лечения принимали участие 103 больных с диагнозом хронический катаральный гингивит (ХКГ) и хронический пародонтит легкой степени (ХПЛС). Из них 67 человек были больны хроническим катаральным гингивитом и 36 человек - хроническим пародонтитом легкой степени.

Результаты. Результаты лечебно-профилактических мероприятий в каждой из 3 групп оценивались на основе клинических наблюдений и объективных тестов [коэффициентам ОНІ-S, РМА,РІ и индексу SBI].

Кроме этого, исследовались микрофлора пародонтальных карманов и параметры местного иммунитета больных.

В результате лечебно-профилактических мероприятий, наблюдали в динамике произошедшие изменения в полости рта. Анализ соответствующих стоматологических индексов показал, что после применения препарата Лоробен в течение более чем 3-х дней в оценке индексов наблюдаются значительные изменения.

После проведения лечебных мероприятий, у большей части детей в основной группе, также отмечалось значительное улучшение. Индекс ОНІ-S составлял $0,31 \pm 0,02$, индекс РМА - $9,3 \pm 0,8\%$, индекс SBI - $0,56 \pm 0,04\%$, индекс РІ - $0,44 \pm 0,03\%$. Гигиеническое состояние полости рта также весьма улучшилось

У пациентов с диагнозом ХКГ после чистки зубных отложений и непосредственно после обработки зубо-десневой борозды препаратом Лоробен, в качественном составе микроорганизмов и в количественных показателях наблюдались существенные изменения. Если, перед началом лечения встречались 9 основных видов пародонтопатогенных микроорганизмов, то после проведения лечебных мероприятий, был обнаружен только один часто встречаемый микроорганизм *Bacteriodes forsythus*.

При лечении хронического пародонта легкой степени после очистки зубных отложений и пародонтальных карманов, последующая обработка препаратом Лоробен была существенно эффективна в отношении всех микроорганизмов.

Соответственно количественные показатели этих микроорганизмов значительно снизились. Таким образом, в отношении основных видов пародонтопатогенной флоры эффективно применение раствора препарата Лоробен.

Результаты лабораторных исследований показали, что в процессе проведения лечебно-профилактических мероприятий во время использования препарата Лоробен была значительно восстановлена функциональная активность местных иммунных факторов.

Выводы. С использованием раствора Лоробен проводимые лечебно-профилактические мероприятия были эффективны. Раствор Лоробен улучшает трофику тканей пародонта, способствует ликвидации кровоточивости десен и воспаления, а значит, способствует положительному исходу лечения.

Ключевые слова: катаральный гингивит, хронический пародонтит, школьники, Лоробен.

Литература. 1. Дмитриева Л. А. Современные аспекты клинической пародонто-

логии. / Л.А. Дмитриева // М.: МЕД пресс, - 2001. - 302 с. 2. Зимин С.Р. Клиника и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / С.Р.Зимин, В.М.Безруков, Л.Т. Орехова // - СПб., - 2008, 473 с.

Imanov E.A. ABSTRACTS THE USE OF THE DRUG LOROBEN IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN CHILDREN.

In the process study participated schoolboy 103 patients with a diagnosis of chronic catarrhal gingivitis (HKG) and chronic periodontitis easy degree (HPLC). The laboratory results showed that in the process of conducting treatment and preventive measures during the use of the drug Loroben was significantly restored the functional activity of the local immune factors. If we take into account indicators after professional hygiene and local application of a solution of digluconate of chlorhexidine, after treatment with Loroben values increased markedly. A solution of Loroben improves trophic periodontal tissues, promotes the elimination of bleeding gums and inflammation, and thus promotes positive treatment outcome.

Key words: catarrhal gingivitis, chronic periodontitis, pupils, Loroben.

УДК 616.036.1-35

Ибрагимова Л.К., Ализаде А.Р., Керimli Н.К., Гусейнова Р.Н, Гусейнов Р.Н.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку, Азербайджан

Чувствительность зубов-одна из самых популярных проблем в обществе, которая проявляется интенсивной, но быстро проходящей болью после встречи с химическими, механическими или тепловыми раздражителями. Она имеет такую этиологию как потеря эмали, зубо-врачебная ссадина, зубо-врачебная истертость, выдержка цервикальной части или так далее и может появиться в формы общего или местного повреждения. Традиционный метод реминерализации включал использование фтористого лака, но из-за длительного применения произошло обесцвечивание зубов, что считается недостатком данной методики [1].

Более интересным фактором является фтор, который проникает в дентинные каналы и делает его узким и также получает участие в гидроксипатит кальция облигаций делает его сильнее [2]. Например, формулировка фторид натрия при местном применении легко усваивается твердыми тканями зуба.

Цель исследования. Для удаления чувствительности зубов мы решили использовать и сравнить В-fluoride 12 и метод фторидной терапии Макдональдса trey.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 10 пациентов с гиперчувствительностью сустава зубов к различным заболеваниям (потеря эмали, облучение шейных отделов зубов, стирание зубов, истирание зубов), все пациенты были распределены в 2 группы, в каждой из кото-

рых по 5 пациентов. В 1-й группе использовали метод применения В-фторида 12, во 2 - й - метод фторидной терапии Макдональдса Трея.

Результаты. Результаты лечения оценивали следующим образом: во 2-й группе отличный эффект (полное снятие боли) был достигнут у 55% больных, в 1-й группе отличный эффект был достигнут у 45% больных.

Выводы. Таким образом, при сравнении результатов мы обнаружили, что с помощью метода терапии Трэй фторидом Макдональдса мы приблизились к лучшим результатам, чем в методе В-фторида 12 в клинических исследованиях.

Ключевые слова: В-фторид 12, чувствительность зубов Макдональдс.

Литература. 1. Рвстамов А. А., Рвстамова Г. А. Сравнительный анализ современных методов лечения гиперестезии зубов. Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, июль 2018 г.). - СПб.: Свое издательство. 2018. - С. 27-30. - URL <https://moluch.ru/conf/med/archive/304/14402/> (дата обращения: 25.10.2018). 2. Будзинский Н.Э., Сирак А.Г., Арутюнов А.В. Сравнительный анализ эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов с использованием препаратов на основе соединений фтора и глутаральдегида. Научное обозрение. Медицинские науки. - 2015. - № 1. - С. 92-93.

Ibrahimova L.K., Alizade A.R., Kerimli N.K., Huseynova G.V., Huseynova R.N. NEW APPROACH IN TREATMENT OF TEETH'SENSITIVITY.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Sensitivity of teeth is one of the most popular problem in public which shows itself by intensive but quick passed pain after meeting the chemical, mechanical or thermal irritants. It has such etiology as enamel loss, dental abrasion, dental attrition, exposure of cervical part or so on and can appear in forms of general or local damage. The traditional method of remineralization included use of fluoride varnish, but because of long-term application there was discoloration of teeth, which is considered as a disadvantage point of this technique [1].

The more interesting factor is fluoride, which penetrates into dentinal tubules and makes it narrow and also gets participation in calcium hydroxyapatite bond to makes it stronger [2]. For instance sodium fluoride formulation during topical application is readily absorbed by dental hard tissue.

Purpose of the study. For removal of sensitivity of teeth we have decided to use and compare B-fluoride 12 and McDonald's fluoride therapy trey method.

Materials and methods of research. We have observed 10 patients with hypersensitive teeth joint to different diseases (enamel loss, exposure of cervical parts of teeth, dental abrasion, dental attrition); all patients were distributed in 2 groups each of them contained 5 patients. In 1st group we used B-fluoride 12 application method and in 2nd group we used McDonald's fluoride therapy trey method.

Results. After application the results of treatment were estimated by follow: in 2nd group excellent effect (completely removal of the pain) was achieved in 55% of the patients, in 1st group excellent effect was achieved in 45% of the patients.

Conclusions. Thus, when comparing the results we found that by application of McDonald's trey fluoride therapy method we approached to better results than in B-fluoride 12 method in clinical research.

Key words: B-fluoride 12, McDonald's, sensitivity of teeth.

УДК 616.31

Ибрагимова ЛК. , Ализаде А. Р., Demirchiyeva M. B., Гусейнова Р. Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Заболевания пародонта занимают одно из фундаментальных мест среди актуальных проблем стоматологии. Разработка и внедрение в практику эффективных методов профилактики и лечения этих заболеваний являются основной целью в научных исследованиях отечественной и зарубежной науки. Несмотря на эти существующие результаты, в этом направлении стоматологи обычно не видят. В настоящее время все больше больных имеют воспалительные заболевания пародонта. Современные методы лечения заболеваний пародонта включают в себя комплекс методов, направленных на устранение причины заболевания и зависят от уровня процесса и индивидуальных особенностей его проведения. Однако, несмотря на наличие широкого ассортимента препаратов, применяемых при лечении заболеваний пародонта, эта проблема лечения остается открытой и по сей день. Кроме того, при лечении могут возникать неблагоприятные эффекты из-за побочного действия используемых медикаментов, что ухудшает состояние ранее поврежденных тканей.

Поэтому очень важно использовать препараты, побочный эффект которых стал бы "нулевым" и имел нейтральный вкус. В настоящее время биологические антигомотоксические препараты удовлетворяют этим требованиям. Эффективность этих препаратов подтверждена научными и клиническими исследованиями. Особенностью их состава является наличие только натуральных компонентов в минимальной дозе.

Цель исследования. Изучение эффективности антигомотоксических препаратов в лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования. Мы лечили больных воспалительными заболеваниями пародонта антигомотоксическими препаратами. Для лечения мы использовали новую пасту, состоящую из комбинации антигомотоксических мазей, таких как "Calendula Heel+ Osteoheel". Для лучшей фиксации в пасту добавили оксид цинка и искусственный дентин. Мы наблюдали 11 пациентов с различными типами воспалительных заболеваний пародонта (гингивит и пародонтит) и использовали эту пасту для лечения. Перед применением пасты были проведены следующие манипуляции: удаление зубных отложений, улучшение гигиены полости рта, кюретаж и др. Высокий положительный терапевтический эффект от применения данной пасты наблюдался у пациентов на 2 и 3 визитах.

Результаты. В конце лечения почти у всех больных наблюдалось исчезновение патологических симптомов в тканях пародонта: покраснение, отек, застойные явления, галитоз. Цвет десен уже нормализовался на 2-м посещении. Положительный эффект достигнут у 91,5% больных, слабый - у 8,5% больных (из-за недостаточного протезирования). Критическое снижение па-

родонтальных индексов также свидетельствует о высокой эффективности пасты: индекс РМА снизился до 25,5%, НI до 1,34.

Выводы. Достигнутые положительные результаты применения комбинированной пасты на основе “Calendula Heel+ OsteoHeel” позволяют рекомендовать ее в лечении воспалительных заболеваний пародонта как в клинических, так и в домашних условиях .

Ключевые слова: Calendula Heel, Osteoheel, гингивит, пародонтит, комбинированная паста, антигомотоксические препараты

Литература. 1.Романко О. П. Способ лечения хронического генерализованного пародонтита гомеопатическими препаратами Траумель С и Остеохель С // Молодой ученый. - 2016. - №12. - С. 529-532. - URL <https://moluch.ru/archive/116/31530/> (дата обращения: 25.10.2018). 2. Диссертационная работа: Чубов Юрий Александрович. Экспериментальное обоснование применения антигомотоксических препаратов при катаральной бронхопневмонии: Дис... д-ра вет. наук: 16.00.01 / Одесский гос. аграрный ун-т. - О., 2002. - 425л. : рис., табл. - Библиогр.: л. 362-404.

Ibrahimova L.K., Alizade A.R., Demirchiyeva M.V., Huseynova R.N. THE EFFECTIVENESS OF ANTIHOMOTOXIC MEDICATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Periodontal diseases take one of the fundamental place among the actual dentistry problems .The elaboration and practice introduction of effective methods of prophylactic and treatment of these diseases are the main aim in the scientific researches of home and foreign science .In spite of these existing results in this directions commonly is not visible for the dentists . At the present time more and more of the patients have inflammatory periodontal diseases . Present up to this day , modern treatment methods of periodontal diseases include itself the complex of methods directed to removal of the reason of disease and depends on the level of the process and individual peculiarities of its conduction . However , in spite of presence of wide assortment of drugs used by the treatment of periodontal diseases this problem of the treatment remains open up to present day. Besides that by the treatment unfavorable effects may occurred because of side effect of use medications and this worsen the condition of before damaged tissues.

Therefore, it is very important to use drugs the side effect of which would become to “zero” and have neutral taste . At the present biologic antihomotoxic medications suit to these requirements. The effectiveness of these drugs was proved by scientific and clinical researches .The peculiarities of their composition are presence of only natural components in minimal dose.

Purpose of the study.To study the effectiveness of antihomotoxic medications in treatment of inflammatory periodontal diseases.

The materials and methods of research. We treated the patients with inflammatory periodontal diseases by use antihomotoxic medications. For the treatment we used new paste consists of combination of antihomotoxic ointments such as “Calendula Heel+ Osteoheel”. Zinc oxide and artificial dentin was added into this paste for best fixation .We have observed 11 patients with different types of inflammatory periodontal diseases (gingivitis and periodontitis)and used this paste for the treatment .Before the application of paste follow manipulations have been

done : the removing of dental sediments ,improvement of oral hygiene ,curettage etc. High positive therapeutic effect of the using of this paste was observed by the patients on 2nd and 3rd visit.

Results.At the end of the treatment almost by all of the patients the disappearance of pathologic symptoms in the periodontium tissues were observed: such as redness, swelling, stagnant, halitosis. The color of the gums was already normalized on 2nd visit. Positive effect was achieved by 91.5% of patients, weak positive by 8.5% of patients(because of inadequate denture). Critically decreasing of periodontal indexes also witnesses about high effectiveness of these paste : PMA index was decreased to 25.5% HI to 1.34.

Conclusions. Achieved positive results of the using of combination paste based on “Calendula Heel+ OsteoHeel” permit its recommendation in the treatment of inflammatory periodontal diseases both in clinical and domestic conditions.

Keywords: Calendula Heel, Osteoheel, gingivitis, periodontitis, combined pasta, antihomotoxic medications.

УДК:616.314.163-74:615.462:678.743.4

Kamina T.V., Pali O.V., Shevchuk D.V.

TEFLON TAPE IN DENTISTRY

Kharkiv national medical university, Ukraine

What do we know about Teflon? For many people this knowledge is limited only to a household level, whereas Teflon tape has found its permanent place in the “tool box” of every professional, therefore it deserves our attention. Dentists and other users of plastics and all sorts of polymers could not leave Teflon behind because of its unique properties. Teflon has found its use in stomatology only in the last three to four years, but during this short time period ingenious dentists come up with a lot of applications for it.

Teflon (polymer of difluoromethylene, PTFE) was discovered by accident and wasn't appreciated to the full extent at first. It took one whole year to study the unique physical and chemical properties after the discovery of this unique material. Later, scientists have found that Teflon's chemical resistance is higher than that for all known synthetic materials and precious metals: it doesn't deteriorate when exposed to acids and bases. This polymer has extremely low adhesion and surface tension and cannot be wetted with water, oil or majority of organic solvents, it's a dielectric material, that has high heat and freeze resistance.

The most obvious application of Teflon in dentistry is its use as a protective covering for the teeth, adjacent to the treated tooth to avoid a possible exposure to aggressive agents (etching gel, hypochlorite etc. (restorations and veneers)) during the treatment.

When using a dental dam (cofferdam), Teflon can be used as an additional insulation level when it is placed in the space between hard tooth tissues and cofferdam. Teflon along with the wedge and ring helps to effectively press on the ma-

trix when converting Class II cavity into Class I cavity. Teflon is cheaper than a liquid cofferdam.

It was Teflon that made reproduction of the native teeth microanatomy of occlusal surface very easy and convenient – by using occlusive mold during treatment of the Class I cavities. Teflon is the excellent “insulator” between a composite material and a contrstamp, and upon its removal, the material is not removed along with the Teflon? tape.

Teflon can be used for a temporary obturation of the perforation or a root canal upon carrying out an endodontic treatment.

It can be also used as an insulating material under the temporary dental fillings, and for closing the orifices of the root canal while extracting fragment of endodontic tool with ultrasound.

Because Teflon is an inert material and biofilm does not develop on its surface, it quickly found a lot of use for isolation of the implant shaft. After removing the finishing layer of composite that covers the shaft, if necessary, one can get a fast and easy access to it. Additional advantage is that Teflon masks gray color of metallic abutment.

Teflon is used in orthopedic dentistry to help in the process of making dental impressions. It is used as isolating material to isolate the alveolar socket of the removed tooth and the stitched area from the impression material. This technique significantly reduces time of the prosthetics procedure, because it can be performed immediately after the tooth removal.

This is important because it make rehabilitation and socialization faster after tooth extraction in the frontal region, for optimization conditions of following prosthetics with fixed dental prosthesis or implants (the phenomenon of Popov- Godon).

Additionally, in orthopedic dentistry Teflon can come in handy for fixing dental bridge as insulation of intermediate part and undercuts, to prevent dislocation of the material into the gingival sulcus.

Teflon is a universal polymer, which is utilized in production of numerous commercially available items of a diverse nature – from frying pans and irons to rocket engines. It possesses numerous useful physical and chemical properties that already helped it to find a vast amount of applications in dentistry. To the present moment, Teflon has become an indispensable material for carrying out reconstructive, endodontic and orthopedic treatment and its use is limited only by the imagination of dentist.

Key words: restorative dentistry, endodontic treatment, Teflon tape.

Резюме. Стоматологічні пацієнти з патологією твердих тканин зубів потребують відновлення втраченої функції, анатомії та естетики, що займає тривалий час, місяці, а іноді й роки. Стоматологічні аксесуари суттєво допомагають у роботі досягти оптимального результату та витратити менше часу.

«Емігрант з сантехніки» - тефлонова стрічка. Міцна до розтягнення, дуже еластична; хімічно інертна; стійка до розчинення у воді та органічній рідині; забезпечує дуже гладку поверхню; діелектрик, до того ж вона стійка до високих температур, що дозволяє її стерилізувати. Завдяки цим властивостям, поєднано з низькою ціною, тефлонова стрічка досить впевнено увійшла в практику використання в стоматологічній практиці.

В статті наведені варіанти використання тефлону для ізолювання операційного поля при реставрації твердих тканин зубів та ендодонтичному втручанні. Також, наведені клінічні ситуації доцільного використання тефлонової стрічки в деяких випадках хірургічного та ортопедичного прийому.

Ключові слова: реставраційна стоматологія, ендодонтичне лікування, тефлонова стрічка.

УДК 378.147.091.32:61

Катурова Г.Ф., Баглик Т.В., Воропаєва Л.В.

ЛЕКЦІЯ ТА ПІЗНАВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТА

Харківський національний медичний університет, Україна

У вищій школі лекція є засобом безперервного управління пізнавальною діяльністю студентів і формою подання навчальної інформації. Її головна мета – формування основи для подальшого засвоєння студентами навчального матеріалу. Лекція визначає напрям, основний зміст і характер усіх видів занять, формує і розвиває методологічне, наукове та професійне мислення студентів.

Лекція є ефективною формою не тільки подачі сучасної наукової інформації, але й активізує мисленнєву діяльність студента, надає змогу творчого спілкування лектора з аудиторією, сприяє розвитку інтелекту студентів. Професійна компетентність лектора виражає єдність його теоретичної та практичної готовності, а також ураховує особливості змісту діяльності студентів, їх потреби та інтереси.

Одним із різновидів академічних лекцій, що використовуються у навчально-педагогічному процесі, є класична (традиційна) лекція. Така лекція надає та пояснює студенту інформацію, яку він має запам'ятати. При побудові лекції проводиться необхідна попередня індивідуальна дослідницька робота, яка полягає у надбанні та обробці сучасної та новітньої інформації з літературних джерел та інтернет-ресурсів.

При побудові лекції враховується, що на формування та активізацію пізнавальної діяльності студента має бути спрямована вся орієнтована структура лекції, а саме вступна та основна частини, висновки, рекомендації.

Використання як індуктивного, так і дедуктивного (від загального до конкретного) методів дозволяє співставляти різні явища, факти, події, а застосування логічних та психологічних аргументів, звернення до розуму та почуттів значно активують пізнавальну діяльність студентів та спрямовані на постійний особистісний ріст. Активізації пізнавальної діяльності студента сприяє професіоналізм викладача, його психологічна підготовка, культура спілкування та педагогічний такт, загальна ерудиція, а також уміння створювати ситуації взаємодії студент-викладач. При цьому викладач виступає як педагог, консультант, а також як лідер та партнер, що спрямовує студента на взаємодію та діяльність з урахуванням його загальних, спеціальних та комунікативних здібностей.

Основна мета педагогічного спілкування на лекції полягає як в переда-

чі суспільного і професійного досвіду (знань, умінь та навичок) від педагога до студентів, так і в обміні особистісними знаннями, пов'язаними з об'єктами, що вивчаються, і життям в цілому. При спілкуванні відбувається становлення індивідуальності як студентів, так і педагога.

Ключові слова: лекція, пізнавальна діяльність студента.

Summary. The means of formation and management of cognitive activity of the student is a lecture, which provides modern information, activates the student's thinking, promotes the development of intelligence. The lecture determines the direction and content of all types of student training.

УДК 616.314-084-053.4

Козловская Л. В., Белик Л. П., Ничипорова Е. В.

РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Кариес зубов является ведущей проблемой стоматологии. Вопросы лечения и профилактики кариозных поражений особенно остро стоят в клинике стоматологии детского возраста. Существует немало программ и методов профилактики и лечения кариеса, однако дифференцированный подход к разработке таких программ для самых нуждающихся в них групп населения наиболее востребован. Для реализации этого подхода целесообразно выделять группу с наивысшей интенсивностью кариеса с использованием индекса Significant Index of Caries [1, 6]. Формирование группы детей с наивысшей интенсивностью кариеса на основании этого индекса, а также разработка методов профилактики и лечения для данной группы будет предупреждать развития новых кариозных поражений и улучшать стоматологическое здоровье. Реминерализующая терапия является одним из таких методов. Мы использовали гель R.O.C.S. Medical Minerals, в состав которого входят хлорид магния, глицерофосфат кальция и ксилит [3].

Важнейшую роль в формировании кариесрезистентности зубов играет ротовая жидкость. Ряд факторов ротовой жидкости (рН, концентрация ионов кальция и неорганических фосфатов, количество белка и т.д.) влияет на соотношение процессов ре- и деминерализации гидроксиапатита эмали. Белки ротовой жидкости образуют комплексы с кальцием и поддерживают мицеллярный состав слюны, препятствуя спонтанной преципитации ионов кальция и неорганических фосфатов, регулируя процессы реминерализации. Изучение минерализующего потенциала слюны у детей, входящих в подгруппу наивысшей интенсивности кариеса, показало, что данный параметр имеет тенденцию к снижению [2]. В доступной нам литературе мы не встретили данных по изучению биохимических показателей ротовой жидкости и их изменения под влиянием реминерализующих средств у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса.

Цель исследования – изучить биохимические параметры ротовой жидкости (РЖ) у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса, а также динамику изменения биохимических показателей РЖ в группе детей с наивысшей интенсивностью кариеса под влиянием реминерализующей терапии с использованием геля R.O.C.S. Medical Minerals.

Материалы и методы исследования. Объект исследования - 168 детей в возрасте от 4 до 6 лет, посещающих ДООУ №533 г. Минска. Всем дошкольникам после стоматологического обследования рассчитаны индексы кпуз, после чего выделена треть обследованных с наиболее высокими значениями показателя интенсивности кариеса (SIC). На основании индексной оценки были сформированы две группы: 1 группа - сравнения (35 детей) и 2 группа – профилактическая (33 ребенка). В группу сравнения методом рандомизации были отобраны дети с низким показателем индекса кпуз. В профилактическую группу вошло 33 ребенка с высокой интенсивностью кариеса, отобранных также рандомизированным методом. В этой группе детям проводилась аппликация геля R.O.C.S® Medical Minerals в течение 1 месяца ежедневно после предварительной чистки зубов.

Материалом исследования явилась ротовая жидкость, забор которой у детей проводился после утренней чистки зубов в стеклянные центрифужные пробирки в объеме 4 мл. В группе сравнения ротовая жидкость была исследована однократно. В профилактической группе исследования проводились дважды: до и после курса аппликаций геля R.O.C.S® Medical Minerals.

Были определены следующие биохимические показатели ротовой жидкости: количество белка, концентрация ионов кальция и неорганических фосфатов. Также был рассчитан Са/Р коэффициент.

Количество белка определяли с помощью метода Лоури (оптическую плотность проб измеряли при длине волны 750 нм, концентрация белка определялась по калибровочному графику). Для определения концентрации ионов кальция использовался метод комплексометрического титрования ротовой жидкости этилендиаминтетраацетатом (ЭДТА) в присутствии аммиачного буфера. Индикатором при титровании служил хромоген черный. Содержание неорганических фосфатов определяли спектрофотометрическим методом после осаждения белка 10% раствором треххлоруксусной кислотой. Метод основан на взаимодействии фосфата с молибденовой кислотой с образованием фосфорно-молибденовой кислоты, которую затем восстанавливают в присутствии аскорбиновой кислоты. В результате образуется устойчивый комплекс синего цвета. Оптическую плотность пробы измеряли при длине волны 680 нм на спектрофотометре Solar PV 1251. Содержание фосфатов в пробе в ммоль/л определяли с помощью калибровочной кривой. Перед аналитическим исследованием пробы центрифугировались при 1500 об/мин в течение 15 мин. Используемые методы анализа ротовой жидкости являются общепринятыми [4].

Статистическая обработка данных и анализ результатов проводились в программе IBM SPSS Statistica 23. Полученные данные были проанализированы с помощью непараметрических критериев статистики: критерий U – Манна-Уитни для независимых выборок и критерий знаковых рангов Уилкоксона для

связанных выборок. Различия считали значимыми при $p < 0,05$ [5].

Результаты исследования. Изучение биохимических параметров ротовой жидкости у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса показало некоторую тенденцию к их снижению в профилактической группе (до курса реминерализирующей терапии) по сравнению с группой сравнения, однако различия являются статистическими не достоверными ($p > 0,05$) (табл. 1). Вместе с тем, изучение биохимических показателей ротовой жидкости после курса реминерализирующей терапии у детей показало достоверное увеличение как концентрации ионов кальция, так и неорганических фосфатов ($p < 0,05$). Курс реминерализирующей терапии способствовал также увеличению количества белка в ротовой жидкости, однако полученные результаты статистически не достоверны ($p > 0,05$). Расчет Ca/P коэффициента показал положительную динамику после курса реминерализирующей терапии и его достоверное увеличение ($p < 0,05$).

Таблица 1

Характеристика биохимических параметров ротовой жидкости у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса до и после курса реминерализирующей терапии

Группа исследования	количество белка, г/л	концентрация ионов кальция, ммоль/л	концентрация неорганических фосфатов, ммоль/л	Ca/P коэффициент
Сравнения	0,71(0,51;1,1)	1,5(1,1;1,9)	4,8(4,1;6,1)	0,3(0,24;0,36)
Профилактическая (до курса аппликаций R.O.C.S® Medical Minerals)	0,70(0,52;1)*	1,4(1,3;1,6)*	4,7(3,9;5,7)*	0,3(0,23;0,38)*
Профилактическая (после курса аппликаций R.O.C.S® Medical Minerals)	0,80(0,63;1,16)	1,8(1,6;2,0) [#]	5,2(4,3;6,6) [#]	0,35(0,25;0,38) [#]

*Примечание: * – различия не достоверны между группой сравнения и профилактической (до курса аппликаций R.O.C.S® Medical Minerals) ($p > 0,05$) по критерию U - Манна-Уитни ;
[#] различия достоверны в профилактической группе (до и после курса аппликаций R.O.C.S® Medical Minerals) ($p < 0,05$) по критерию Уилкоксона для связанных выборок.*

Использование геля R.O.C.S® Medical Minerals значительно повлияло на биохимические параметры ротовой жидкости у детей дошкольного возраста. Так, концентрация ионов кальция после курса аппликаций реминерализующего геля увеличилась на 28,6%, неорганических фосфатов - на 10,6%, количество белка – на 14,3 %. Ca/P коэффициент повысился на 16,7%.

Заключение. Оценка биохимических параметров ротовой жидкости у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса показала некоторую тенденцию к их снижению у детей с наивысшей интенсивностью кариеса, однако выявленные различия являются статистическими не достоверными ($p > 0,05$). В то же время изучение биохимических показателей ротовой жидкости в профилактической группе после курса реминерализирующей терапии гелем R.O.C.S® Minerals Medical показало достоверное увеличение концентрации неорганических фосфатов и ионов кальция, а также Ca/P коэффициента ($p < 0,05$). Количество белка в ротовой жидкости этих детей также увеличилось, однако

различия являются статистически не достоверными ($p > 0,05$).

Использование геля R.O.C.S® Medical Minerals значительно повлияло на биохимические параметры ротовой жидкости у детей дошкольного возраста. Так, концентрация ионов кальция после курса аппликаций реминерализующего геля увеличилась на 28,6%, неорганических фосфатов - на 10,6%, количество белка – на 14,3 %. Са/Р коэффициент повысился на 16,7%.

Заключение. Оценка биохимических параметров ротовой жидкости у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса показала некоторую тенденцию к их снижению у детей с наивысшей интенсивностью кариеса, однако выявленные различия являются статистическими не достоверными ($p > 0,05$). В то же время изучение биохимических показателей ротовой жидкости в профилактической группе после курса реминерализующей терапии гелем R.O.C.S® Minerals Medical показало достоверное увеличение концентрации неорганических фосфатов и ионов кальция, а также Са/Р коэффициента ($p < 0,05$). Количество белка в ротовой жидкости этих детей также увеличилось, однако различия являются статистически не достоверными ($p > 0,05$).

Таким образом, гель R.O.C.S® Minerals Medical влияет на состав ротовой жидкости, насыщая ионами кальция и неорганическими фосфатами и тем самым достоверно повышая её кариеспротективные свойства. Тенденция к увеличению количества белка после реминерализующей терапии, на наш взгляд, позволяет регулировать уровень минеральных компонентов в ротовой жидкости и их поступление в твердые ткани зуба. Использование геля R.O.C.S® Medical Minerals опосредованно также усиливает защитную, регуляторную, буферную функции, выполняемые белками слюны.

Литература: 1.Базина, А. К., *Российский релиз нового индекса ВОЗ – Significant Index of Caries – и его сравнительный анализ с состоянием в других странах / А. К. Базина и др. // Стоматологический журнал. – 2010. – №1. – С. 200-202.* 2.Козловская Л.В., Белик Л.П. *Минерализующий потенциал слюны у дошкольников с высокой интенсивностью кариеса // Актуальные вопросы стоматологии в новом тысячелетии: Материалы IV Белорусского стоматологического конгресса (Минск, 19-21 октября 2016 года) / под ред. Т. Н. Тереховой, И. В. Токаревича; редкол.: А. С. Артюшкевича [и др.]. – Минск: ЗАО «Техники и коммуникации», 2016. - С. 89-92.* 3.Матело, С.К. *Клинико-экспериментальное изучение новых лечебно-профилактических зубных паст и гелей, не содержащих фтора и обладающих реминерализующим действием: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / С. К. Матело. – Санкт-Петербург. – 2009. – 24 с.* 4. Досон, Р. *Справочник биохимика: перевод с английского / Р. Дорсон, и др.; под ред. Р. Дорсона. Москва : Мир, 1991. –544 с.* 5.Петри, А. *Наглядная медицинская статистика: учеб. Пособие / А. Петри, К. Сэбин :пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – 3-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 216 с. : ил.* 6. Bratthall, D. *Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds / D. Bratthall // Int. Dent. J. – 2000. –Vol. 50. – P. 378-384.*

Kozlovskaya L. V., Belik L. P., Nichiporova K.V. REMINERALIZING THERAPY IN PRESCHOOL CHILDREN: EVALUATION OF SOME INDICATORS OF SALIVA.

Belarussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

The purpose of the research is to study the biochemical parameters of oral fluid (OF) in preschool children with different caries intensity, as well as the dynamic changes of the biochemical parameters of OF in the in children with the highest caries intensity during the remineralizing therapy with R.O.C.S. Medical Minerals.

Materials and methods. The object of the study - 168 children aged 4 to 6

years, visiting nursery garden No. 533 of Minsk. There were two groups formed in accordance with level of caries intensity (it was evaluated using indices deft and SIC): group 1 (comparison group) - 35 children with low deft, and group 2 (preventive group) - 33 children with high deft. The application of R.O.C.S® Medical Minerals gel for 1 month daily after the preliminary supervised tooth brushing was carried out for children of the preventive group.

The following biochemical parameters of the oral fluid were determined: the amount of protein, the concentration of calcium ions and inorganic phosphates. The Ca / P ratio was also calculated. In the comparison group, oral fluid was examined once. In the preventive group it was examined twice: before and after the course of applications of R.O.C.S® Medical Minerals.

Statistical data processing and analysis of the results were carried out in the program IBM SPSS Statistica 23. Differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results. A significant increase in the concentration both the calcium ion and inorganic phosphate was detected after a course of remineralizing therapy in children ($p < 0.05$). The analysis of the Ca / P ratio revealed its significant increase ($p < 0.05$) after a course of remineralization. The concentration of calcium ions in preventive group has increased by 28.6%, inorganic phosphates - by 10.6%, the amount of protein - by 14.3%. Ca / P ratio increased by 16.7%.

Conclusion. R.O.C.S® Minerals Medical gel improves the composition of the oral fluid, saturating with calcium ions and inorganic phosphates and thereby significantly increasing its cariesprotective properties.

Key words: children, oral fluid, remineralizing therapy, R.O.C.S. Medical Minerals, calcium ions, Ca / P ratio

УДК:616.314.17-008.1-073.75-073.756.8

Крючко А.И., Гурьева Т.Е., Гурьева А.Ю.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ ИНТРА-ОРАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ И КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ПРИМЕРЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Рентгенологические методы исследования являются ведущими в диагностике некоторых заболеваний челюстно-лицевой области, что обусловлено их достоверностью и информативностью. В настоящее время ни одно эндодонтическое вмешательство не может быть признано адекватным, если манипуляции не сопровождались рентгенологическим мониторингом.

В стоматологической практике применяют следующие методы лучевой диагностики:

- Внутриротовые: контактная рентгенография, рентгенография вприкус.
- Внеротовые:
 - панорамная рентгенография

- радиовизиография
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- методы с введением контрастных веществ

Внутриротовая контактная рентгенография используется при большинстве заболеваний зубов и пародонта. На одном снимке можно получить изображение не более 2-3 зубов.

Внутриротовая рентгенография вприкус выполняется в тех случаях, когда невозможно сделать внутриротовые контактные снимки (повышенный рвотный рефлекс, тризм, у детей), при необходимости исследования больших отделов альвеолярного отростка (на протяжении 4 зубов и более) и твердого неба, для оценки состояния щечной и язычной кортикальных пластинок нижней челюсти. Рентгенограммы вприкус используют для исследования всех зубов верхней челюсти и передних нижних зубов.

Внеротовые (экстраоральные) рентгенограммы дают возможность оценить состояние отделов верхней и нижней челюстей, височно-нижнечелюстных суставов, лицевых костей, не получающих отображения или видимых лишь частично на внутриротовых снимках. Ввиду того что изображение зубов и окружающих их образований получается менее структурным, внеротовые снимки используют для их оценки лишь в тех случаях, когда выполнить внутриротовые рентгенограммы невозможно (повышенный рвотный рефлекс, тризм и т.п.).

Панорамные рентгенограммы имеют преимущество перед внутриротовыми снимками по богатству деталями изображения костной ткани и твердых тканей зубов. При минимальной лучевой нагрузке они позволяют получить широкий обзор альвеолярного отростка и зубного ряда. На этих снимках хорошо видны полости зуба, корневые каналы, периодонтальные щели, межальвеолярные гребни и костная структура не только альвеолярных отростков, но и тел челюстей. На панорамных рентгенограммах выявляются альвеолярная бухта и нижняя стенка верхнечелюстной пазухи, нижнечелюстной канал и основание нижнечелюстной кости. У детей хорошо определяется состояние и положение зачатков зубов.

Панорамная зонография явилась своего рода революцией в рентгенологии челюстно-лицевой области и не имеет себе равных по ряду показателей (обзор большого отдела лицевого черепа в идентичных условиях, минимальная лучевая нагрузка, малые затраты времени на исследование). Панорамная зонография позволяет получить плоское изображение изогнутых поверхностей объемных областей, для чего используют вращение рентгеновской трубки и кассеты. Преимуществом в этом случае является возможность продемонстрировать межчелюстные контакты, оценивать результаты воздействия межчелюстной нагрузки по состоянию замыкающих пластинок лунок и определять ширину периодонтальных щелей. Панорамная зонография демонстрирует взаимоотношения зубов верхнего ряда с дном верхнечелюстных пазух и позволяют выявить в нижних отделах пазух патологические изменения одонтогенного генеза. Особенно важно использовать этот метод в дет-

ской стоматологии, где она не имеет конкурентов в связи с низкими дозами облучения и большим объемом получаемой информации.

Радиовизиография дает изображение, регистрируемое не на рентгеновской пленке, а на специальной электронной матрице, обладающей высокой чувствительностью к рентгеновским лучам. Изображение с матрицы, по оптоволоконной системе передается в компьютер, обрабатывается в нем и выводится на экран монитора. В ходе обработки отцифрованного изображения может осуществляться увеличение его размеров, усиление контраста, изменение, если необходимо, полярности – с негатива на позитив, цветовая коррекция. Компьютер дает возможность более детального изучения тех или иных зон, измерения необходимых параметров, в частности длины корневых каналов, денситометрии. С экрана монитора изображение может быть перенесено на бумагу – с помощью принтера, входящего в комплект оборудования. Из всех достоинств цифровой обработки рентгеновского изображения следует отметить такие: быстроту получения информации, возможность исключения фотопроцесса и снижение дозы ионизирующего излучения на пациента в 2-3 раза.

Компьютерная томография (КТ) стала одним из самых востребованных методов лучевой диагностики, позволяющая получить изображение не только костных структур челюстно-лицевой области, но и мягких тканей, включая кожу, подкожную жировую клетчатку, мышцы, крупные нервы, сосуды и лимфатические узлы.

КТ позволяет точно определить локализацию поражений, провести дифференциальную диагностику заболеваний, планирование оперативных вмешательств и лучевой терапии.

Целью нашего исследования явилось сравнение информативности внутриротовой рентгенографии и конусно-лучевой (КЛ) КТ на примере хронических форм верхушечного периодонтита.

Материалы и методы исследования. На лечении по поводу хронического верхушечного периодонтита находились 12 пациентов в возрасте 18-47 лет. Причем, у 7 пациентов в анамнезе предшествовало эндодонтическое лечение зубов по поводу осложнений кариеса (пульпит, периодонтит). 5 пациентов обратились впервые с клиническими симптомами хронического периодонтита.

Всем пациентам в первое посещение после клинического обследования проводилась диагностическая рентгенография (внутриротовая) и КЛКТ для сравнения. После анализа полученных результатов, выбирали оптимальный метод лечения периодонтита (консервативный, хирургический, консервативно-хирургический).

Результаты исследования. Пример одного из 12 проведенных сравнительных анализов внутриротовой рентгенографии и КЛКТ одного и того же объекта исследования (зуба 2.7).

Анализ внутриротовой рентгенограммы зуба 2.7:

- резкость и контрастность изображения недостаточные;
- имеются проекционные искажения в виде удлинения корней, наложение изображения щечных корней на небный; межкорневая перегородка не

визуализируется;

- медиально-щечный корневой канал заполнен пломбировочным материалом на 2/3 его длины, тень пломбировочного материала нечеткая;

- в дистально-щечном канале определяются «следы» пломбировочного материала на 2/3 его длины;



- канал небного корня заполнен материалом на всем протяжении с незначительным выведением его в периапикальную область;

- в области верхушки дистально-щечного корня определяется очаг просветления костной ткани с нечеткими контурами в виде «языков пламени».

Анализ КЛКТ зуба 2.7:

- резкость и контрастность изображения достаточные;

- есть возможность изучить интересующий объект под любым углом, с

любой стороны во всех плоскостях и на различной глубине; а также развернуть, увеличить и измерить изображение;

- деструктивные изменения в периодонте определяются в области медиального и дистального щечных корней а также очаг просветления в области межкорневой перегородки;



- корневые каналы заполнены пломбировочным материалом неравномерно и не до верхушек корней.

Пример 2-ой сравнительных анализов внутриротовой рентгенографии и КЛКТ одного и того же объекта исследования (зуба 2.5 и 2.6).

Анализ внутриротовой рентгенограммы зубов 2.5 и 2.6:

- резкость и контрастность изображения недостаточные;

- имеются проекционные искажения в виде удлинения корней, наложение изображения корней. В 2.5 пломбировочный материал в каналах не визуализируется. Оценить состояние костной ткани периапикальной области не представляется возможным.

В дистально-щечном канале зуба 2.6 пломбировочный материал визуализируется, в медиально-щечном и небном каналах - материал отсутствует; межкорневая перегородка не визуализируется; в области верхушки медиально-щечного корня расширение периодонтальной щели, рисунок губчатого вещества размыт.

В дистально-щечном канале зуба 2.6 пломбировочный материал визуализируется, в медиально-щечном и небном каналах - материал отсутствует; межкорневая перегородка не визуализируется; в области верхушки медиально-щечного корня расширение периодонтальной щели, рисунок губчатого вещества размыт.

Анализ КЛКТ зуба 2.5 и 2.6:

- резкость и контрастность изображения достаточные;

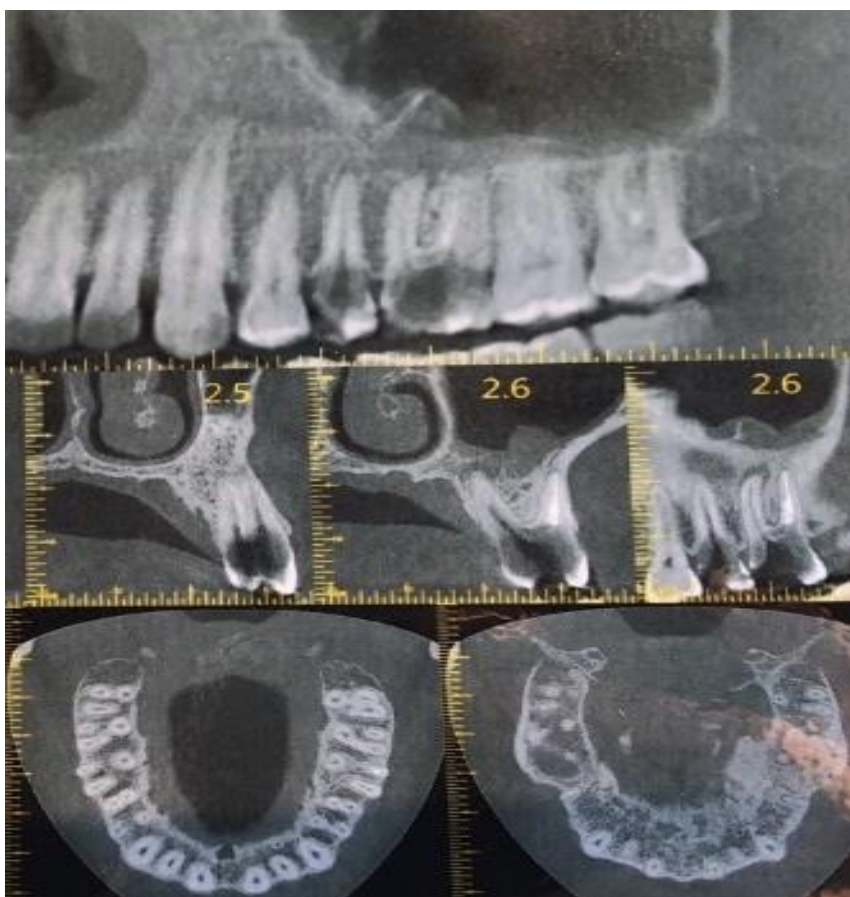


- есть возможность изучить интересные объекты под любым углом, с любой стороны во всех плоскостях и на различной глубине; а также развернуть, увеличить и измерить изображение;

- в проекции верхушки корня зуба 2.5 - очаг просветления губчатого вещества с нечеткими границами, определяется два канала, пломбировочный материал отсутствует;

- в зубе 2.6 в области верхушки медиально-щечного корня определяется очаг просветления губчатого вещества с

нечеткими границами, в корневом канале пломбировочный материал отсутствует. В дистальном щечном канале пломбировочный материал прослеживается на всем протяжении, тень пломбировочного материала прерывистая, нечеткая; в небном канале материал не визуализируется, в периапикальных тканях изменения не определяются.



Во всех проведенных 12 случаях сравнительных анализов внутриротовой рентгенографии и

КЛКТ одного и того же объекта исследования наблюдалось несоответствие видимых изменений.

Выводы. На современном уровне развития технологий некоторые виды рентгенографии не могут решать всех поставленных задач, т. к.: 1) рентгенография является двухмерным суммационным изображением и не позволяют исследовать объекты в глубину, т.е. во внутренне-наружном направлении; 2) вследствие обязательных проекционных искажений, обусловленных технологией получения рентгенограмм, сложно произвести точные измерения; 3) все

вышеупомянутые методы рентгенографии имеют определенные границы диагностических возможностей. Эти границы могут еще более сужаться при несоблюдении методики съемки, ошибках позиционирования и индивидуальных анатомических особенностях пациента.

КЛКТ в стоматологии обеспечивает условия для получения трехмерной проекции зубочелюстного аппарата человека, дает максимально подробное представление об анатомическом строении костной ткани, наличии новообразований и различных нарушений. Исследование проходит быстро и без дискомфортных ощущений (рвотный рефлекс, слюнотечение, пр.). КЛКТ информативна и точна, позволяет выявить даже незначительные отклонения от нормы, что дает возможность своевременно поставить диагноз и начать лечение.

Перспективы дальнейшего использования лучевой диагностики в стоматологической практике связаны с увеличением технических возможностей современной X-R-аппаратуры, оптимизацией компьютерных программ для анализа изображения, а также разработкой рациональных диагностических алгоритмов комплексного клинико-рентгенологического обследования пациентов в зависимости от нозологической формы заболевания и задач предстоящего лечения.

Список литературы. 1. Чибисова М.А., Дударев А.Л., Кураскуа А.А. Лучевая диагностика в амбулаторной стоматологии //СПб, Санкт-Петербургский Институт стоматологии. 2002.– 368 с. 2. М.А.Чибисова, А.А.Зубарева «Цифровая объемная томография (3D GALILEOS/ GALAXIS, "SIRONA") – стандарт качества диагностики и лечения в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии» // СПб.: ООО «МЕДИ издательство». 2010 – 128 с. 3. Д.В. Рогоцкий "Рентгенологическая терминология в лексиконе врача-стоматолога" *dentalmagazine.ru*. 4. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. // Мед. информ. агентство «Миа». –М.: 2003. — 456 с. 5. Frommer H.H. *The history of dental radiology. TexDent J* 2002; 119:416-21.

Kryuchko A., Guryeva T., Guryeva A. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE INFORMATIVITY OF INTRAORAL X-RAY AND CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY ON THE EXAMPLE OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS.

Cone-beam computed tomography (CBCT) in dentistry provides the conditions for obtaining a three-dimensional projection of the human dental system, gives the most detailed idea of the anatomical structure of bone tissue, the presence of tumors and various disorders. The study passes quickly and without discomfort (gag reflex, drooling, etc.).

Keywords: cone-beam computed tomography (CBCT), intraoral contact radiography, extraoral radiography, chronic apical periodontitis, diagnosis, comparative analysis.

УДК 616.314-001-053.21.6(476-25)

Лосик И.М., Шилова М.А.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В МОСКОВСКОМ РАЙОНЕ Г.МИНСКА

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Актуальной проблемой детской стоматологии в настоящее время остаются травматические повреждения временных и постоянных зубов у детей и подростков [1, 4, 5]. Травма зубов возможна у детей различного возраста [5]. По данным

ряда исследователей, наиболее часто подвержены травматическим повреждениям органов и тканей полости рта дети в возрасте 1 – 3 лет и 8 – 9 лет [2, 3].

Причинами травмы зубов может быть результат падения ребенка в домашних условиях или на улице, во время занятий спортом, при неосторожном поведении ребенка при играх со сверстниками. Часто отмечаются сочетанные травмы зубов и тканей челюстно-лицевой области. Острая травма в 32 % случаев является причиной повреждения и удаления передних зубов у детей [5]. Это может привести не только к психологической травме ребенка, но и развитию осложнений со стороны органов и тканей полости рта.

Цель работы – изучить структуру травматических повреждений временных и постоянных зубов у детей и подростков, проживающих в Московском районе г. Минска.

Объекты и методы. Изучена структура травматических повреждений временных и постоянных зубов у детей и подростков, обратившихся в течение 2017 года в стоматологическое отделение УЗ «15-я городская детская поликлиника» г. Минска. Из общего числа посещений за 2017 год осуществлена репрезентативная выборка детей с диагнозами: ушиб зуба, вывих зуба, пере-

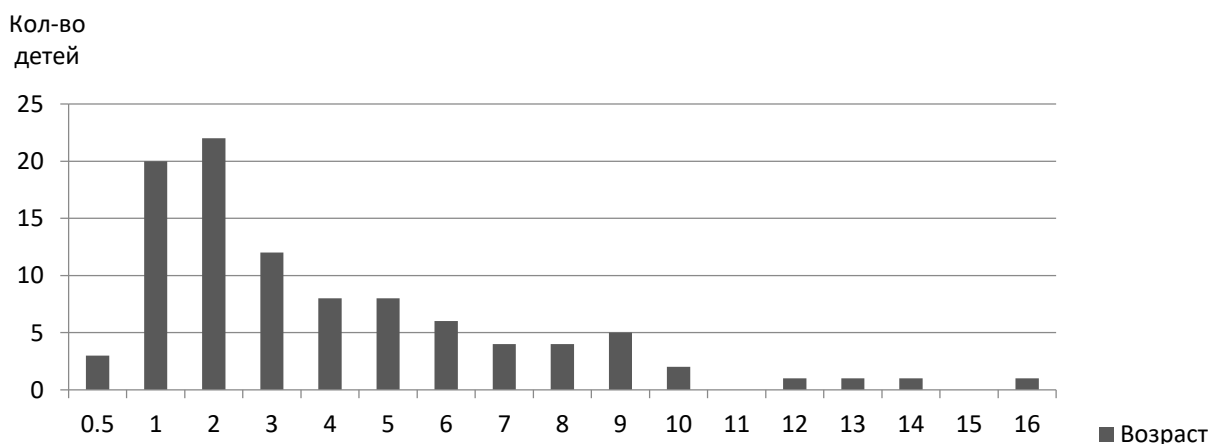


Рис.1. Распределение детей с травматическими повреждениями временных и постоянных зубов по возрасту

лом коронки, сочетанная травма. Результаты исследования обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. В течение 2017 года на базе стоматологического отделения УЗ «15-я городская детская поликлиника» г. Минска общее количество посещений составило 27598 человек, из них первичных обращений – 19013. Полученные данные исследования свидетельствуют о том, что с травмами зубов обратились 98 родителей с детьми в возрасте от 0 до 18 лет. Доля лиц с травмой зубов составила 0,52 % от общего числа первичных посещений.

Среди обратившихся детей лица мужского пола составили $66,33 \pm 4,77$ % (65 человек), что достоверно больше ($t=4,84$; $p < 0,001$), чем лиц женского пола, доля которых составила $33,67 \pm 4,77$ % (33 человека). Данные исследования показали, что у 70 детей в возрасте до 6 лет зарегистрированы травматические повреждения 106 ($71,43 \pm 4,56$ %) временных зубов и у 28 подростков отмечена травма 31 ($28,57 \pm 4,56$ %) постоянного зуба ($t=6,65$; $p < 0,001$).

Анализ данных проведенного исследования показал, что в большинстве случаев травмы зубов наблюдались у детей в возрасте одного года и двух лет (20 детей; $20,41 \pm 4,07$ % обращений и 22 ребенка; $22,45 \pm 4,21$ % обращений соответственно). В период смешанного прикуса наибольшее количество зубов травмировалось у девятилетних детей (5 детей; $5,10 \pm 2,22$ % обращений) (рис. 1).

Полученные данные нашего исследования указывают, что из временных зубов наиболее часто наблюдались повреждения резцов верхней челюсти (78 зубов; $73,58 \pm 4,28$ % случаев; $t=7,79$; $p < 0,001$). Из них 72 центральных резца ($67,92 \pm 4,53$ %) и 6 латеральных резцов ($5,66 \pm 2,24$ %). Реже, нами отмечены, у детей травмы временных резцов на нижней челюсти (26 зубов; $24,52 \pm 4,17$ % случаев; $t=8,23$; $p < 0,001$). Также было зарегистрировано два случая травм временных клыков у детей в возрасте трех и пяти лет (2 зуба; $1,88 \pm 1,32$ % случаев).

При анализе травматических повреждений постоянных зубов, как свидетельствуют полученные нами данные, также чаще были травмированы резцы (28 зубов; $90,32 \pm 5,32$ %; $t=3,32$; $p < 0,001$) верхней и нижней челюсти. Из них, 20 зубов на верхней челюсти ($64,51 \pm 8,59$ %; $p < 0,05$) и 8 зубов на нижней челюсти ($25,81 \pm 7,85$ %; $p < 0,01$). Наблюдали два случая травмы постоянных клыков у детей в 12 и 13 лет ($6,45 \pm 4,41$ %; $p < 0,001$) и травму одного премоляра верхней челюсти у подростка в 16 лет ($3,22 \pm 3,17$ % случаев; $p < 0,001$).

Анализ полученных данных показал, что среди повреждений зубов у детей наблюдали в $47,96 \pm 5,04$ % (47 детей) вывих зуба, из них – неполный вывих зубов отмечен у 42 детей ($42,86 \pm 4,99$ % случаев), что достоверно ($t=6,91$; $p < 0,001$) чаще, чем полный вывих зубов, который зарегистрирован у 5 детей ($5,10 \pm 2,22$ %). Ушиб зуба отмечен в $34,69 \pm 4,81$ % случаев (у 34 детей). Перелом коронки зуба отмечен достоверно реже – у $17,35 \pm 3,82$ % (17 детей); ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, в большинстве случаев травмы зубов наблюдали у детей в возрасте одного и двух лет ($20,41 \pm 4,07$ % и $22,45 \pm 4,21$ % обращений соответственно) и в возрасте девяти лет ($5,10 \pm 2,22$ %; $p < 0,001$). Наиболее часто у детей и подростков повреждались временные резцы (104 зуба; $98,11 \pm 1,32$ %; $p < 0,001$) и постоянные резцы (28 зубов; $90,32 \pm 5,32$ %; $p < 0,001$). Чаще диагностировали у детей неполный вывих зубов (42 детей; $42,86 \pm 4,99$ % случаев) и ушиб зуба (34 детей; $34,69 \pm 4,81$ %).

Литература: 1. *Детская терапевтическая стоматология : учеб. пособие / Т.Н. Терехова [и др.] – Минск : Новое знание, 2017. – С. 262–297.* 2. *Козловская, Л.В. Опыт лечения поперечных переломов корня зуба у детей / Л.В. Козловская, Е.М. Мельникова // Современная стоматология. – 2009. – №2. – С.30–33.* 3. *Козловская, Л.В. Поперечный перелом корня зуба у детей: успешный опыт лечения, отдаленные результаты / Л.В. Козловская, М.Ю. Михновец // Современная стоматология. – 2014. – № 1. – С.46–50.* 4. *Попруженко, Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т.В. Попруженко, Т.Н. Терехова. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 464 с.* 5. *Терехова, Т.Н. Травматические повреждения зубов у детей : учеб.- метод. пособие / Т.Н. Терехова [и др.] – Минск : БГМУ, 2011. – 47 с.*

Losik I.M., Shilova M.A. TRAUMATIC INJURY OF TEMPORARY AND CONSTANT TEETH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS LIVING IN MOSCOW DISTRICT OF MINSK.

Belarusian State Medical University, Republic of Belarus

Background. Acute trauma in 32% of cases is the cause of damage and re-

removal of anterior teeth in children.

The aim - to conduct a comparative analysis of injuries to temporary and permanent teeth in children and adolescents.

Design. A study was made of traumatic injuries of temporary ($n = 106$) and permanent teeth ($n = 31$) in 98 children and adolescents who applied during.

Results. The proportion of children with a trauma of teeth was 0,52 % of the total number of primary visits. The analysis of the data showed that the most common trauma of teeth was registered in 20 children ($20.41 \pm 4.07\%$) at the age of 1 year and 22 children ($22.45 \pm 4.21\%$) at the age of 2 years. The most common injuries were temporary incisors (104 teeth, $98.11 \pm 1.32\%$, $p < 0.001$) and permanent incisors (28 teeth, $90.32 \pm 5.32\%$, $p < 0.001$). In the examined children, tooth contusion predominated (34 children, $34.69 \pm 4.81\%$) and incomplete dislocation of the teeth ($42, 42.86 \pm 4.99\%$).

Conclusion. In most cases, dental injuries were observed in children aged 1-2 years. The most common injuries were temporary incisors and permanent incisors. In the examined children, tooth contusion predominated and incomplete dislocation of the teeth.

Key words: trauma of temporary and permanent teeth, children, adolescents.

УДК 616.314

Луцкая И.К.

ЭСТЕТИЧЕСКОЕ РЕСТАВРИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ИХ СТИРАЕМОСТИ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Беларусь

Длительные по продолжительности воздействия (механические, физические, химические) на твердые ткани зуба приводят к хроническим травмам. Неравномерное стирание зубов в возрасте от 40 до 98 лет обнаружено у 71,5-92,0% обследованных [3, 4]. Повышенное стирание зубов у жителей г. Минска достигает 38,6% в возрастной группе от 55 до 64 лет [2].

Такая хроническая травма как локальное стирание эмали и дентина происходит вследствие ортодонтических нарушений при повышенной нагрузке на отдельные зубы. Нерациональное пломбирование или протезирование также может стать причиной быстрой убыли эмали. В ряде случаев повышенная стираемость является следствием вредных привычек: покусывание инструмента (гвоздь, ручка); использование мундштука при курении; раскусывание орехов, щелканье семечек.

Системную повышенную стираемость зубов характеризует потеря твердых тканей зубов в раннем и среднем возрасте [2, 5]. Развивается на фоне аномалий прикуса либо общих заболеваний. Причинами, влияющими на полноценность твердых тканей, являются гиперацидный гастрит, патология паращитовидных желез и другие процессы, способные нарушать минеральный обмен в организме. К числу факторов риска, влияющих на интенсивность патологического стирания зубов, относят консистенцию пищи и характер жевания, тип окклюзионных соотношений. Любые смыкания зубных рядов (глотание слюны, эмоциональное сжатие челюстей, скрежет зубов) также считаются механической нагрузкой.

Патологическая стираемость характеризуется быстрой убылью твердых тканей, уменьшением высоты коронки зубов. Окклюзионная травма приводит к сколам участков зуба, обуславливает изменения структуры не только в твердых тканях, но и в пульпе. Репаративный дентин не образуется, поэтому частым симптомом повышенной стираемости являются гиперестезия: чувствительность на различные виды раздражителя [2, 5].

Быстрому изнашиванию подвергаются главным образом антагонизирующие зубы при условии неполноценности их твёрдых тканей или повышенной механической нагрузке, а также при сочетании обоих факторов.

При патологическом стирании образуются атипичные окклюзионные площадки с резко заостренными краями из сохранившейся эмали. По мере прогрессирования процесса зубы теряют свою анатомическую форму, их коронка укорачивается, снижается высота прикуса [1, 4].

Диагностика и лечение хронической травмы зубов (повышенного стирания) осуществлялись с использованием современного стоматологического оборудования, инструментов и материалов на основании к убыли твердых тканей в пределах эмали либо дентина (режущий край, бугры), снижения высоты прикуса, в ряде случаев – изменений височно-нижнечелюстного сустава.

Степень стертости зуба оценивали следующим образом: 0 – отсутствие стертости; I – площадка стертости в пределах эмали; II – площадка стертости на эмали и точечное обнажение дентина; III – площадка стертости дентина; IV – стертость зуба до экватора; V – вскрытие полости зуба.

В качестве основных дифференциальных признаков, отличающих патологическое стирание от физиологического, служил молодой возраст пациента, быстрая убыль эмали и дентина с образованием острых, неравномерных краев истертых площадок с развитием гиперестезии, а в ряде случаев пульпита (травматического или конкрементозного).

В процессе лечения объем терапевтических вмешательств зависел от степени стертости коронки зуба, манипуляции производили в соответствии с клиническими протоколами.

Лечение патологической стираемости (повышенное стирание зубов) осуществлялось в двух основных направлениях. Первое из них включало мероприятия, нацеленные на нормализацию минерального обмена в организме вообще и в эмали зубов в частности (реминерализующая терапия). Второе – предусматривало комплекс вмешательств по снижению чувствительности, восстановлению анатомической формы зубов, устранению травматической окклюзии, нормализации высоты прикуса.

Зубы препарировали алмазными борами различной формы и зернистости (НТИ). Реставрирование осуществляли светоотверждаемым композиционным материалом Admira fusion и Admira Flow (VOCO) в соответствии с обязательными этапами работы фотополимерами композитами.

Для лечения гиперестезии и финишной обработки зубов использовали фторсодержащий лак Bifluorid 12 и Profluorid.

В тех случаях, когда дефекты твёрдых тканей не удавалось возместить

с помощью пломб и вкладок, зубы покрывались коронками.

Литература. 1. Кондратьева В.С. Эстетика прямой композитной реставрации фронтальной группы зубов у пациентов зрелого и преклонного возраста. Клинический случай // Новое в стоматологии.- 2017.- №1.- С. 56-60. 2. Луцкая И.К., Коваленко И.П., Курило О.В. Частота встречаемости травматических повреждений зубов на клиническом приеме // Стоматологический журнал.- 2018.- №1.- С. 12-15. 3. Bastone E.B., Freer T.J., McNamara J.R. Epidemiology of dental trauma: a review of the Literature // Aust Dent J 2000;45:2-9. 4. Lam R., Abbott P., Lloyd C. et al. Dental trauma in an Australian rural centre // Dent Traumatol 2008;24:6:663-670. 5. Traumatic dental injuries: a manual / J.O.Andreasen [et al.]. – 3rd ed.- Chichester, West Sussex, U.K.: Wiley-Blackwell, 2011.- 100 p.

Lutskaya I.K. AESTHETIC RESTORATION OF TEETH IN CASE OF PATHOLOGICAL ABRASION.

GUO "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education"

Abstract. This paper reviews the pathological abrasion (increased tooth wear) cases. Treatment of pathological abrasion was carried out in two main directions. One of these directions included activities aimed at the regulations of mineral metabolism in the body in general, and in tooth enamel in particular (remineralizing therapy). The second one included a complex of interventions aimed at the reducing sensitivity, restoration the anatomical shape of teeth, elimination traumatic occlusion, and normalization the height of the occlusion.

УДК 616.311.091.8.02

Мамедов Ф.Ю., Сафаров Д.А., Алескерова С.М.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

В ходе научных исследований была выявлена корреляционная связь между интенсивностью и стажем курения табака и возникновением патологических изменений в различных органах и системах организма человека, наблюдается рост уровня распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и полости рта [1,2].

Цель исследования: Оценка состояния стоматологического статуса у студентов – курильщиков табака.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное стоматологическое обследование 380 студентов в возрасте от 16 до 27 лет. Среди них 180 студентов составили группу курящих, а 200 из них без наличия вредной привычки. Состояние твердых тканей определяли с применением индекса КПУ, а гигиеническое состояние полости рта с помощью индекса гигиены ОНI-S (Green J.C., Vermillion J.K., 1964).

Результаты исследований. Частота встречаемости различных форм кариеса по показателям индекса КПУ у студентов-курильщиков табака, согласно результатам статистического анализа, составила в среднем $3,98 \pm 0,09$ зуба на одного обследованного. При этом, в группе контроля, которую составили некурящие и практически здоровые лица, показатели были сравнительно

выше – $4,37 \pm 0,12$. Что касается гигиенического состояния полости рта, то показатели индекса гигиены у студентов – курильщиков табака были значительно выше, что свидетельствовало о значительном ухудшении «экологической» ситуации в ротовой полости. Так, в основной группе студентов гигиенический индекс определялся в значении $1,50 \pm 0,015$ балла, а в группе контроля индексные данные составили в среднем $1,25 \pm 0,013$ балла ($p < 0,05$).

Вывод. Табакокурение широко распространено среди студентов и негативно сказывается на состоянии полости рта и организма в целом и оказывает выраженное влияние на рост интенсивности патологических изменений в мягких и твердых тканях.

Ключевые слова: студенты, курение, гигиена, кариес

Литература. 1. Фленкин, А.А. Проблема неэффективности стандартного пародонтологического лечения у курильщиков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2012. – 11, № 3. – С. 746-748. 2. Blidberg K., Palmberg L., James A., Billing B., Henriksson E., Lantz A., Larsson K., and Dahlén B. Adhesion molecules in subjects with COPD and healthy non-smokers: a cross sectional parallel group study // Respir Res. 2013; 14(1): 47. Vol.23, № 1. - P.38-42

Mamedov F. Y. Safarov D. A., Aleskerov S. M. THE CONDITION OF THE ORAL CAVITY ON THE BACKGROUND OF NEGATIVE EFFECTS OF TOBACCO SMOKING.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

In the course of scientific research, a correlation between the intensity and experience of Smoking tobacco and the occurrence of pathological changes in various organs and systems of the human body, there is an increase in the prevalence of diseases of the cardiovascular system, respiratory, gastrointestinal tract and oral cavity.

Objective: to Assess the state of dental status of tobacco Smoking students.

Material and methods of research. A comprehensive dental examination of 380 students aged 16 to 27 years was conducted. Among them, 180 students were a group of smokers, and 200 of them without a bad habit. The state of hard tissues was determined using the index of oral hygiene, and the hygienic state of the oral cavity was determined using the index of hygiene of the OHI-s (Green).

Research result. The frequency of occurrence of various forms of caries in terms of DMF index in students of maricela tobacco, according to the results of the statistical analysis, amounted to an average of 3.98 ± 0.09 per tooth were examined. At the same time, in the control group, which consisted of non - smokers and healthy individuals, the indicators were relatively higher- 4.37 ± 0.12 . As for the hygienic state of the oral cavity, the indices of the hygiene index of tobacco Smoking students were significantly higher, which indicated a significant deterioration of the " ecological " situation in the oral cavity. Thus, in the main group of students the hygienic index was determined in the value of 1.50 ± 0.015 points, and in the control group the index data averaged 1.25 ± 0.013 points ($p < 0.05$).

Conclusion. Tobacco Smoking is widespread among students and has a negative impact on the state of the oral cavity and the body as a whole and has a pronounced effect on the increase in the intensity of pathological changes in the soft and hard tissues.

Key words: students, Smoking, hygiene, caries.

УДК 616.311.2-002-089:661.018.5.

Марушинець Я.Я., Кедик Р.Є.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ PRF-ЗГУСТКА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ МЕТОДІ УСУНЕННЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН ФРОНТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет, Україна

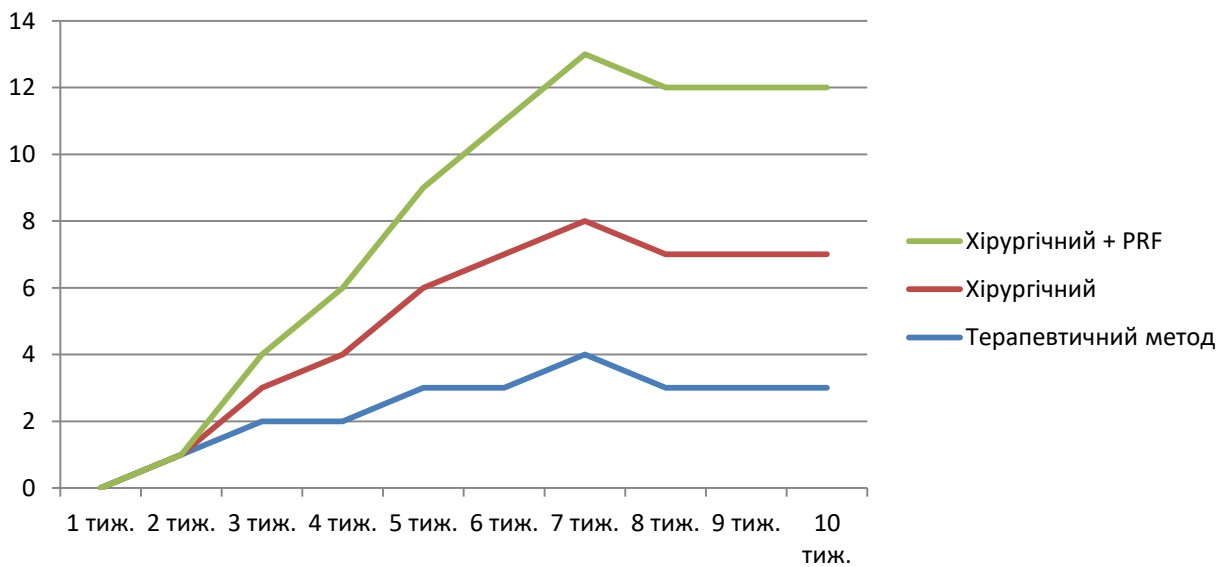
На даний момент рецесія ясен у фронтальній ділянці зубів є однією з найпоширеніших пародонтологічних патологій серед населення. Хірургічний метод лікування є найдієвішим у вирішенні даного завдання, коли терапевтичні методи не дають бажаних результатів. Вченими запропоновано велика кількість методик проведення усунення рецесії ясен. Використання плазми насиченої фібрином сприяє досягненню швидких та ефективних результатів хірургічного лікування.

Матеріали і методи. За весь період було проведено лікування 36 пацієнтів з рецесією ясен. Їх було розподілено на 3 групи (1 основна і 2 додаткові). До першої групи увійшло 11 пацієнтів яким було застосовано терапевтичний метод лікування. До другої групи увійшло 10 пацієнтів, яким було проведено хірургічне лікування. І третя, основна, до якої увійшло 15 осіб. Даним пацієнтам було проведено лікування хірургічними методами з використанням PRF-згустка. Результати досліджень було оброблено за допомогою статистичного методу.

Результати. Терапевтичний метод лікування пацієнтів тривав 3 тижні, він включав: використання антибактеріальної, протизапальної, кератолітичної, кератопластичної та фізіотерапевтичної процедур. Для антибактеріальної терапії використовувалася суміш хлоргексидина 0,05% та перексоду водню 3% для полоскання зранку та ввечері після чищення зубів, після прийому їжі проводилися полоскання препаратом «Хепілор». Аплікаційно, масажними рухами, 2 рази на день наносився гель на основі метранідазолу «Метрагіл Дента». Фізіотерапевтично застосовувався курс опромінення за допомогою апарату Віортрон (Швейцарія).

Хірургічний метод базувався на закритому к'юретажі, усіканні епітеріальних країв ясен та утворення нового прикріплення на поверхні зуба за допомогою підтягуючих швів. Цей метод застосовувався для 2-гої групи пародонтологічних хворих.

3-тя група була основною. Лікування даної групи пацієнтів проводилося методикою відкритого к'юретажу, з висіченням епітеліального прикріплення, переносом вивільненого клаптя у ділянці фронтальної групи, з використанням послаблюючих розрізів по маргінальному краю ясен, з встановленням плазмого згустка насиченого фібрином. Для отримання PRF-згустка, використовували вакумні пробірки об'ємом 10мл. На стінках яких було нанесено гепарин для пришвидшення реакції згортання. Центрифугування крові відбувалося за допомогою центрифуги «Micromed» (сертифікованої в Україні) на швидкості 1000 об./хв. протягом 12 хвилин. По закінченню центрифугування, згусток виймають з пробірки відділяючи еритроцити від плазми, формують плазму в тонкостінну мембрану, та укладають її на окістя під ясенний клапоть, ушивають.



Графік 1. Динаміка стабільності результатів лікування.

Висновки. З даних, які ми отримали після проведеного дослідження робимо висновок, що ефективність хірургічного методу лікування з використанням PRF-згустка дає швидкий, ефективний та стабільний результат. Коли терапевтичний метод показує стабільність та ефективність на початкових етапах лікування та спостереження за пацієнтами, але після закінчення лікування стало результату не показує. Метод який використовувався для другої групи осіб має стабільний тривалий ефект, який отримуємо за довгостроковий термін. Тим самим поступаючись у результатах дослідження методу з використанням згустка насиченого фібрином.

УДК 577.175.44: 612.017.2]:616.314-002

Масюк Н.Ю., Городецкая И.В.

ВЛИЯНИЕ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ СТРЕСС-РЕАКЦИИ И СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРИ СТРЕССЕ, ВОЗДЕЙСТВИИ КАРИЕСОГЕННОЙ ДИЕТЫ И ИХ КОМБИНАЦИИ

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Кариозное поражение твердых тканей зуба – одна из наиболее частых форм патологии человека [1]. Данному заболеванию подвержены все слои населения. Одним из механизмов данного заболевания является стресс [2], при воздействии которого повышается сывороточный уровень К (за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы), снижается И (вследствие угнетения секреторной функции β -инсулоцитов адреналином [3], выбрасываемым при стрессе в повышенных количествах [4]), изменяется их соотношение, а также содержание метаболитов в крови. Вместе с тем, доказана важная роль ЙТГ в антистресс-системе организма.

Поэтому целью нашего исследования стало оценить значение концентрации ЙТГ на интенсивность кариеса, уровень К, И, ОБ, ОЛ и глюкозы в крови при содержании животных в условиях стресса, нахождения

на высокоуглеводной диете, применяемых изолированно и в сочетании.

Материал и методы. Эксперимент проведен на 390 беспородных белых крысах-самцах после достижения ими 21-дневного возраста. Выделено 13 групп по 7 животных каждой: 1 – интактная, 2 – контрольная (введение внутрижелудочно 1% крахмального клейстера), 3 – кариесогенная диета (КГД), 4 – стресс, 5 – КГД + стресс, 6 – мерказолил (М), 7 – М + КГД, 8 – М + стресс, 9 – М + КГД + стресс, 10 – тироксин (L-T₄), 11 – L-T₄ + КГД, 12 – L-T₄ + стресс, 13 – L-T₄ + КГД + стресс. В качестве КГД был выбран высокоуглеводный рацион Стефана в течение 60 дней. Стресс моделировали скученным содержанием крыс на протяжении 60 дней. Тиреостатик М вводили внутрижелудочно в 1% крахмальном клейстере в дозе 25 мг/кг в течение первых 30 дней, затем до окончания эксперимента в половинной дозе. L-T₄ вводили аналогичным образом в дозах от 1,5 до 3,0 мкг/кг на протяжении 28 дней, затем до 60 дня в дозе 1,5 мкг/кг. Животных декапитировали под уретановым наркозом (внутрибрюшинно 1 г/кг массы тела). Активность кариозного процесса в эмали и дентине изучали микроскопией продольных шлифов моляров (импрегнированных 2% азотно-кислым серебром) и оценивали по распространенности (%), частоте (зубы, пораженные кариесом (ЗПК)/крысу), тяжести (кариозные полости (КП)/крысу) и глубине (баллы/крысу) поражения. Для обнаружения К (нмоль/л) и И (нг/мл) применяли наборы фирмы «L-Медика» (Беларусь). Исследования проводили в соответствии с инструкциями по применению. Для оценки напряженности общего адаптационного синдрома рассчитывали соотношение уровней К и И в крови (К/И коэффициент) [5]. Его величину в контроле принимали за 1,0. Для измерения сывороточного содержания ОБ (г/л) и глюкозы (ммоль/л) использовали наборы фирмы «Erba Lachema» (Чехия), концентрации ОЛ (г/л) в крови – набор «Анализ Х» (Беларусь). Полученные результаты статистически обрабатывали, используя программу Statistica 10.0, с применением U-критерия Манна-Уитни. Минимальным уровнем значимости, при котором изучаемые нами параметры имели статистически значимые различия, был принят $p < 0,05$.

Результаты исследования. У интактных животных частота кариозного поражения составила 0,0 (0,0; 0,0) ЗПК/крысу, тяжесть 0,0 (0,0; 0,0) КП/крысу, глубина 0,0 (0,0; 0,0) баллов/крысу, концентрация К в крови была равна 453,11 (429,71; 482,16) нмоль/л, И 1,75 (1,59; 1,84) нг/мл, ОБ 45,16 (44,54; 47,88) г/л, ОЛ 3,05 (2,76; 3,34) г/л, глюкозы 3,29 (3,18; 3,55) ммоль/л. Введение контрольным крысам 1% крахмального клейстера не повлияло на указанные параметры. Нахождение животных на КГД привело к возникновению кариеса у 100% животных с частотой 7,5 (5,0; 9,0) ЗПК/крысу, тяжестью 14,5 (13,0; 16,0) КП/крысу, глубиной 2,69 (1,86; 3,03) балла/крысу ($p < 0,01$ во всех случаях), не изменило концентрации К, ОБ и ОЛ в крови ($p > 0,05$), привело к незначительному возрастанию сывороточного уровня И – на 11% ($p < 0,01$), содержание глюкозы имело тенденцию к увеличению ($0,05 < p < 0,1$). Значение коэффициента К/И не изменилось (0,94).

Скученное содержание животных тоже спровоцировало развитие кариозного процесса в эмали и дентине: распространенность поражения составила 70% ($p < 0,01$), частота 3,5 (0,0; 4,0) ЗПК/крысу, тяжесть 5,0 (0,0; 6,0) КП/крысу, глубина 1,49 (0,00; 1,75) балла/крысу ($p < 0,05$). Вместе с тем, привело к характерному для стресса повышению уровня К в крови – на 41% ($p < 0,01$) и снижению сывороточного содержания И – на 38% ($p < 0,01$). Вследствие этого К/И коэффициент увеличился в 2,28 раза, что указывает на напряжение компенсаторных механизмов у таких крыс. Сывороточная концентрация ОБ, ОЛ и глюкозы возросла на 8, 13 и 14% ($p < 0,01$). Сочетанное воздействие КГД и стресса на крыс вызвало развитие наиболее интенсивного кариозного поражения – у всех крыс с частотой 8,5 (6,0; 10,0) ЗПК/крысу, тяжестью 19,0 (18,0; 21,0) КП/крысу, глубиной 3,63 (3,13; 3,95) балла/крысу ($p < 0,01$), и сопровождалось увеличением содержания К в крови – на 39% ($p < 0,01$) и уменьшением И – на 34% ($p < 0,01$). Вследствие этого К/И коэффициент возрос практически в той же степени – в 2,09 раза. Концентрация ОБ, ОЛ и глюкозы повысилась – на 9, 16 и 15% соответственно ($p < 0,01$).

Введение М спровоцировало появление кариеса у 60% крыс ($p < 0,01$) с частотой 4,0 (0,0; 5,0) ЗПК/крысу, тяжестью 5,0 (0,0; 7,0) КП/крысу, глубиной 1,78 (0,00; 1,88) балла/крысу ($p < 0,05$). Привело к падению сывороточного содержания К на 18%, И – на 14% ($p < 0,01$). В результате однонаправленных изменений их соотношение не изменилось и было равно 0,95. Уровень ОБ и глюкозы уменьшился на 6 и 9% ($p < 0,01$), ОЛ, напротив, увеличился на 10% ($p < 0,01$). КГД у крыс, получавших М, привела к появлению кариозного поражения у всех крыс с частотой 9,0 (7,0; 10,0) ЗПК/крысу, тяжестью 19,5 (18,0; 21,0) КП/крысу, глубиной 3,68 (3,19; 4,06) балла/крысу, но не вызвала дальнейшего изменения содержания К, ОБ, ОЛ и глюкозы в крови, как и у животных в группе «КГД», но в отличие от них не приводила к повышению концентрации И в крови ($p > 0,05$). Вследствие этого К/И коэффициент был практически таким же, как у гипотиреоидных крыс (0,96). По сравнению с эутиреоидными животными, получавшими КГД, содержание К, И, ОБ и глюкозы в крови было меньшим – на 23, 27, 6 и 14% ($p < 0,01$), а концентрация ОЛ большей – на 9% ($p < 0,01$), К/И коэффициент был примерно таким же. Краудинг-стресс у гипотиреоидных крыс, также, как и у эутиреоидных, вызвал развитие кариозного процесса в твердых тканях зуба: у 93,33% крыс с частотой 6,5 (5,0; 8,0) ЗПК/крысу, тяжестью 12,5 (11,0; 14,0) КП/крысу, глубиной 2,79 (2,21; 3,19) балла/крысу, однако, в противоположность им, не вызвал увеличения концентрации К в крови ($p > 0,05$) и привел к дальнейшему снижению сывороточного уровня И – на 36% ($p < 0,01$). Вследствие этого наблюдалось незначительное увеличение К/И коэффициента – в 1,40 раза. Сывороточное содержание ОБ и глюкозы уменьшилось – на 7 и 12% ($p < 0,01$), концентрация ОЛ в крови увеличилась – на 10% ($p < 0,01$). По отношению к значениям в группе «Стресс», содержание К, И, ОБ и глюкозы в крови было меньшим – на 48, 11, 19 и 31%, а ОЛ большим – на 6% ($p < 0,01$), К/И коэффициент был ниже в 1,71 раза. Комбинация КГД и стресса у

животных, получавших М, определила появление кариозного поражения в твердых тканях зуба наибольшей интенсивности: у всех крыс, с частотой 10,0 (8,0; 12,0) ЗПК/крысу, тяжестью 24,5 (21,0; 27,0) КП/крысу, глубиной 4,07 (3,83; 4,75) балла/крысу, привела к падению концентрации И в крови на 35% ($p < 0,01$), содержание К не изменилось ($p > 0,05$), в результате чего К/И коэффициент увеличился – в 1,42 раза. Сывороточный уровень ОБ и глюкозы снизился – на 9 и 14%, ОЛ, напротив, повысился – на 12% ($p < 0,01$). По сравнению с величинами аналогичных показателей у эутиреоидных животных, находившихся на КГД в условиях скученности, сывороточная концентрация К, И, ОБ и глюкозы была ниже – на 46, 15, 22 и 33% ($p < 0,01$), ОЛ выше – на 5% ($p < 0,01$), К/И коэффициент был ниже в 1,55 раза.

Введение животным малых доз L-T₄ не влияло на интенсивность кариеса и содержание изученных нами гормонов и метаболитов ($p > 0,05$). КГД у крыс, которым вводили L-T₄ в дозах, близких к физиологическим, вызвала развитие менее выраженного кариозного процесса, чем аналогичное воздействие у эутиреоидных крыс: распространенность поражения была равна 66,67%, частота 4,5 (0,0; 6,0) ЗПК/крысу, тяжесть 7,5 (0,0; 10,0) КП/крысу, глубина 1,99 (0,00; 2,29) балл/крысу, а также не изменяла уровень К, ОБ, ОЛ и глюкозы в крови ($p > 0,05$). При этом, в отличие от группы «КГД», наблюдалась лишь тенденция к увеличению сывороточного уровня И ($0,05 < p < 0,01$). Введение L-T₄ животным, находящимся в условиях краудинг-стресса, определило существенно меньшую активность кариеса, чем после стресса у эутиреоидных крыс: распространенность составила 40%, частота 0,0 (0,0; 2,0) ЗПК/крысу, тяжесть 0,0 (0,0; 2,0) КП/крысу, глубина 0,00 (0,00; 1,20) баллов/крысу. Привело к меньшему возрастанию уровня К в крови – на 26% и меньшему падению сывороточного содержания И – на 14% ($p < 0,01$). В результате описанных изменений К/И коэффициент увеличился в 1,46 раза, что свидетельствует о меньшем напряжении компенсаторных механизмов у таких крыс. Концентрация ОБ и глюкозы в крови имела лишь тенденцию к повышению ($0,05 < p < 0,01$), а содержание ОЛ возросло только на 7% ($p < 0,01$). По отношению к таковым параметрам в группе «Стресс» содержание К, ОБ, ОЛ и глюкозы в крови было меньше на 15, 6, 6 и 9%, И, напротив, больше – на 24% ($p < 0,01$), К/И коэффициент был ниже в 1,57 раза. Комбинация КГД и стресса у крыс, получавших L-T₄, вызвала менее выраженное по отношению к аналогичному воздействию у эутиреоидных крыс кариозное поражение твердых тканей зуба: у 83,33% животных с частотой 7,0 (4,0; 8,0) ЗПК/крысу, тяжестью 13,0 (12,0; 15,0) КП/крысу, глубиной 2,78 (2,21; 3,06) балла/крысу. Привела к увеличению уровня К в крови всего на 19%, снижению И лишь на 13% ($p < 0,01$). Вследствие этого К/И коэффициент возрос в только 1,34 раза. Концентрация ОБ в в крови имела тенденцию к увеличению ($0,05 < p < 0,01$), а ОЛ и глюкозы незначительно возросла – на 6% в обоих случаях ($p < 0,01$). По сравнению с величиной аналогичных параметров у животных в группе «КГД + Стресс» сывороточный уровень К, ОБ, ОЛ и глюкозы был меньшим – на 20% ($p < 0,01$), 7, 10 и 9% ($p < 0,05$), И большим – на 21% ($p < 0,01$), К/И

коэффициент был значительно ниже – в 1,57 раза.

Заключение. В целом, приведенные данные свидетельствуют о том, что гипофункция щитовидной железы уменьшает, тогда как введение L-T₄ в малых дозах увеличивает устойчивость твердых тканей зуба к кариесогенным воздействиям. Это позволяет сделать заключение о важной роли йодсодержащих гормонов щитовидной железы в ее формировании. Также установлено, что воздействие кариесогенного рациона вызывает незначительное возрастание уровня И в крови. Стресс, как сам по себе, так и в сочетании с КГД, приводит к напряжению компенсаторных механизмов, что проявляется увеличением сывороточной концентрации К, метаболитов и снижением содержания И в крови, определяющим повышение К/И коэффициента. Гипотиреоз сопровождается уменьшением сывороточного уровня К, И, ОБ и глюкозы и увеличением концентрации ОЛ в крови. При воздействии стресса в условиях гипофункции щитовидной железы происходит «выключение» мобилизации компенсаторных механизмов и наблюдается отсутствие адекватного усиления катаболизма ОБ и выброса глюкозы. Близкие к физиологическим дозы L-T₄ минимизируют изменения сывороточного содержания стресс-гормонов, метаболического профиля крови после изолированного и комбинированного воздействия КГД и краудинг-стресса, что свидетельствует о снижении под их влиянием интенсивности стресс-реакции и повышении общей адаптационной способности организма.

Литература. 1. *Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review* / J. E. Frencken [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2017. – Vol. 44, № 18. – P. 94-105. 2. *A life course approach to assessing causes of dental caries experience: the relationship between biological, behavioural, socio-economic and psychological conditions and caries in adolescents* / B. Nicolau [et al.] // *Caries Res.* – 2003. – Vol. 37, № 5. – P. 319-326. 3. Григорова, Н. В. Влияние адреналина, преднизолона и пилокарпина на функциональное состояние панкреатических островков и тимуса золотистых хомячков / Н. В. Григорова, М. А. Кузьмина, А. К. Карпов // *Биол. Вестн. БДПУ.* – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 250-258. 4. *Adrenal stress and physical performance during military survival training* / T. K. Szivak [et al.] // *Aerosp. Med. Hum. Perform.* – 2018. – Vol. 89, iss. 2. – P. 99-107. 5. Панин, Л. Е. *Биохимические механизмы стресса* / Л. Е. Панин. – Новосибирск : Наука, 1983. – 234 с.

Masuk N.Y., Gorodetskaya I.V. THE INFLUENCE OF IODINE-CONTAINING THYROID HORMONES ON THE INTENSITY OF THE STRESS RESPONSE AND THE STATE OF HARD TOOTH TISSUES UNDER STRESS, EXPOSURE TO CARIOGENIC DIET, AND THEIR COMBINATION.

Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

Introduction. Caries - one of the most common pathological conditions. It is still an unexplored value of stress in the occurrence of caries. Under the influence of stress, serum cortisol level increases, insulin decreases, their ratio changes, as well as the content of metabolites in the blood. At the same time, the important role of iodine-containing thyroid hormones in the anti-stress system of the body is proved.

Objective - to evaluate the value of iodine-containing thyroid hormone concentration on the intensity of caries, cortisol, insulin, total proteins, lipids and glucose levels in the blood when animals are kept under stress, on a high-carbohydrate diet, used in isolation and in combination.

Subjects and methods. The experiment was conducted on 390 mongrel

white male rats. Development of caries process induced by CGD Stephen. To simulate the stress of overcrowding used keeping animals. The activity of carious process was studied under a microscope. Cortisol, insulin and metabolites were detected using appropriate kits.

Results. These data suggest that the hypofunction of the thyroid gland reduces, while the introduction of L-T4 in small doses increases the resistance of hard tissues of the tooth to cariesogenic effects. Exposure to cariesogenic diet causes a slight increase in insulin levels in the blood. Stress, both in itself and in combination with CGD, leads to tension of compensatory mechanisms, which is manifested by an increase in serum cortisol concentration, metabolites and a decrease in insulin content in the blood, which determines an increase in C/I coefficient. Hypothyroidism is accompanied by a decrease in serum levels of cortisol, insulin, total protein and glucose and an increase in the concentration of total lipids in the blood. Under the influence of stress in the conditions of hypofunction of the thyroid gland there is a "shutdown" of mobilization of compensatory mechanisms and there is a lack of adequate strengthening of catabolism of General proteins and release of glucose. Close to physiological doses of L-T4 minimize changes in serum levels of stress hormones, metabolic profile of blood after isolated and combined effects of CGD and crowding stress.

Conclusion. The results of the work expand the understanding of the importance of iodine-containing thyroid hormones in the anti-stress system of the body and justify the need to control the function of the thyroid gland in persons with high activity of the carious process in the hard tissues of the tooth, its frequent relapses, despite the dental treatment.

Keywords: iodine-containing thyroid hormones, stress, caries.

УДК 616.314-002-089

Матчин А.А.

ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия

Пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляют около 50-70% от общего числа госпитализированных в специализированные стационары, из них 60-80% приходится на долю больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами [1-4].

Цель исследования. Проанализировать эффективность лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями в области головы и шеи.

Материал и методы исследований. Проанализированы результаты комплексного лечения больных в клинике челюстно-лицевой хирургии Оренбургского государственного медицинского университета, расположенной на базе городской клинической больницы №1 за период с 1978 по 2017 гг. Было пролечено 62457 пациентов, в том числе 38346 (61,4%) по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. За данный период умерло 151 человека, в том

числе 76 (50,3%) от гнойно-септических осложнений гнилостно-некротических флегмон дна полости рта и шеи и один пациент в связи с анестезией (рис 1).

Результаты исследований. У абсолютного большинства пациентов, пролеченных по поводу абсцессов и флегмон, диагностирована одонтогенная природа заболеваний в результате распространения инфекции из апикальных очагов при обострении хронического периодонтита, обострении болезней пародонта, затрудненном прорезывании зуба мудрости, нагноившихся кистах. Причинами гнойной инфекции у некоторых больных явились острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, травмы мягких тканей, в том числе сочетающиеся с переломами челюстных костей, гнойное поражение лимфатических узлов дна полости рта и шеи. Практически каждый четвертый больной с тяжелым течением инфекции поступил в стационар с фоновой патологией (сахарный диабет, гепатит В, С, заболевания печени, почек, ВИЧ-инфекция), в анамнезе у некоторых из них был хронический алкоголизм, туберкулез, наркомания, токсикомания.



Рис. 1. Пациент с гнилостно-некротической флегмоной левой половины лица, дна полости рта и шеи, осложненной тромбозом внутренней яремной вены и тотальным медиастинитом.

Успешность хирургического лечения больных с обширными гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи с распространением на прилегающие регионы (голову, средостение, мягкие ткани груди и верхнего плечевого пояса) или осложненные сепсисом, зависит не только от качества оперативного вмешательства, но и от строго соблюдения стандартизированного алгоритма исследования больных с воспалительными заболеваниями.

При поступлении в клинику основными задачами дежурной бригады врачей являются: аргументированное установление нозологической формы болезни, проведение топической диагностики, оценка тяжести заболевания с определением формы и фазы процесса. Обязательно решается вопрос об адекватном обеспечении дыхания во время проведения вмешательства и в раннем послеоперационном периоде.

До вскрытия распространенных флегмон 57 пациентам под местной инфильтрационной анестезией была наложена трахеостома. Необходимость ее выполнения была обусловлена выраженной контрактурой нижней челюсти, а также стремлением предупредить развитие дыхательной недостаточности из-за нарушения проходимости верхних дыхательных путей во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Выбор метода адекватного обезболивания в комплексном лечении гной-

но-воспалительных заболеваний в области головы и шеи представляет определенные сложности. Они обусловлены локализацией и распространенностью гнойного процесса в непосредственной близости от верхних дыхательных путей, тяжелой интоксикацией, нередко ограничением открывания рта, наличием хронической соматической сопутствующей патологии.

С помощью местных анестетиков обеспечить адекватное обезболивание при вскрытии распространенных флегмон в области головы и шеи чрезвычайно сложно [5]. Повысить эффективность местной анестезии с минимальной травмой для психики больного позволяет сочетанная анестезия, но и она далеко не во всех случаях может обеспечить хорошее обезболивание. Даже самые мягкие анестетики при определённых условиях способны вызвать апноэ и стать причиной гипоксии [6].

С нашей точки зрения при распространенных гнилостно-некротических флегмонах дна полости рта, корня языка, окологлоточного пространства, передней и боковых поверхностей шеи, крылонебной, подвисочной и височной ямок должна использоваться общая многокомпонентная анестезия по эндотрахеальной методике. Метод позволяет обеспечить хорошую проходимость дыхательных путей, осуществить адекватный газообмен, исключить попадание инородных тел и патологических секретов в дыхательные пути, однако в тоже время имеется опасность развития осложнений, связанных с трудной интубацией трахеи [7-8].

Данные литературы [5, 8-9] и наш многолетний клинический опыт по лечению больных с флегмонами челюстно-лицевой области [3, 10] свидетельствуют о том, что показания и противопоказания к тому или иному методу обезболивания при вскрытии и дренировании особенно распространенных гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области и на шеи должны быть четко обоснованы. Чем менее выражен воспалительный процесс тканей челюстно-лицевой области, тем больше возможных вариантов адекватной анестезии, и наоборот, более распространенный процесс ограничивает выбор методов анестезии. При планировании вмешательства под общим обезболиванием учитываются примерные временные рамки выполнения вмешательства, решается вопрос о методе интубации трахеи и проведении искусственной вентиляции легких, в том числе уточняются показания к наложению превентивной трахеостомы.

Пациентам с абсцессами и флегмонами, локализующимися в пределах одной анатомической области, после премедикации (0,1% атропин – 1,0; 1% димедрол – 1,0; кеторол – 1,0) вскрытие гнойников выполнялось под местной анестезией.

Местная инфильтрационная анестезия в сочетании с нейролептаналгезией (фентанил, дроперидол), атарактиками (реланиум) использовалась при флегмонах, занимающих две или три анатомические области или пространства (флегмоны поднижнечелюстной, щёчной, подподбородочной, зачелюстной областей и т.д.), т.е. при относительно непродолжительных вмешательствах и при нераспространённом гнойно-воспалительном процессе.

В последние годы вместо 0,5-1,0% раствора новокаина вмешательства

выполнялись с использованием местного анестетика длительного действия амидного типа – наропина (ропивакаина) в концентрации 2 мг/мл, обладающего анестезирующим и обезболивающим эффектом. При использовании наропина не было отмечено каких-либо побочных действий, описанных в инструкции по применению данного препарата.

У больных с распространенными флегмонами или риском развития дыхательной недостаточности (флегмоны дна полости рта, корня языка, окологлоточного пространства, височной и подвисочной ямок, боковой поверхности шеи) методом выбора являлась общая комбинированная анестезия с искусственной вентиляцией легких по эндотрахеальной методике с оротрахеальной интубацией с помощью проводника. Методика интубации трахеи выбиралась для каждого пациента индивидуально. В зависимости от клинической ситуации интубация осуществлялась либо на отключенном дыхании после стандартного введения в анестезию, либо при сохраненном спонтанном дыхании после орошения слизистой носоглотки 10% аэрозолем лидокаина. Миорелаксанты не использовались, если не было уверенности в возможности обеспечения адекватной вентиляции лёгких.

У 57 пациентов с флегмонами в области дна полости рта, корня языка, окологлоточного пространства, боковой поверхности шеи перед операцией вскрытия и дренирования гнойника под местной анестезией была наложена трахеостома. Через трахеостомическое отверстие вводилась интубационная трубка с раздувной манжеткой и операция продолжалась под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких через трахеостому.

Наложение превентивной трахеостомы позволило предупредить развитие дыхательной недостаточности в раннем послеоперационном периоде в связи с непроходимостью гортани и верхнего отдела трахеи, возникшей в результате отека языка, надгортанника, голосовых связок, а также обильным накоплением мокроты в трахеобронхиальном дереве при неэффективном кашле, гиповентиляции легких, респираторных расстройств. Осложнений, связанных с операцией наложения трахеостомы, не наблюдалось. Деканулирование осуществлялось в течение первых 3-5 суток после хирургического вмешательства.

Осложнение эндотрахеального наркоза имело место у одного больного при вскрытии флегмоны дна полости рта. В результате экстубации, выполненной сразу после окончания операции, у больного развилась острая гипоксия, произошла остановка сердца. Повторная интубация и выполненные реанимационные мероприятия восстановили дыхание и сердечную деятельность, но впоследствии развилась постреанимационная болезнь, мозговая кома, закончившаяся летальным исходом.

Задачей хирургического вмешательства являлось уменьшение внутриполостного давления в очаге воспаления. Оно включало раннюю и полноценную санацию гнойных очагов как основного фактора возникновения и дальнейшего прогрессирования гнойного процесса, обеспечение оттока гноя и тканевого детрита, максимальное иссечения некротизированных тканей как среды для персистенции микробов.

Стратегия рациональной антибактериальной терапии определялась веро-

ятым возбудителем или ассоциацией возбудителей гнойной инфекцией и их чувствительностью к антибактериальным препаратам; функциональным фоном развития флегмоны и иммунным статусом больного; возможностью бактериологического контроля и мониторинга в послеоперационном периоде, что позволяло установить достижения эрадикации организма пациента от микроорганизмов. Учитывалось соотношение стоимости препарата и эффективности лечения.

Разработанный алгоритм лечения острых воспалительных процессов в области головы и шеи позволил повысить результативность. Удалось полностью предотвратить такие тяжелые осложнения как острая дыхательная недостаточность, септический шок, арозийные кровотечения. Практически полностью исключены повторные операции, сократилась общая продолжительность стационарного лечения.

Литература: 1. Байриков И.М. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Самарского государственного медицинского университета / И.М. Байриков, В.А. Монаков, А.Л. Савельев, Д.В. Монаков // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – № 11. – С. 100-104. 2. Корсак А.К. Анализ работы отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-я детская городская клиническая больница» г. Минска / А.К. Корсак, Н.И. Петрович, В.И. Лапковский // *Здравоохранение*. – 2012. – № 5. – С. 19-22. 3. Матчин А.А. Одонтогенная инфекция: существующие проблемы / А.А. Матчин // *Оренбургский медицинский вестник*. – 2015. – Т. III, № 3. – С. 44-48. 4. Плиско Д.А. Распространенность гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области среди населения Кузбасса / Д.А. Плиско, А.И. Пылков, Н.Б. Юрмазов, Н.В. Малков, И.А. Толченицын // *Медицины Кузбасса*. – 2013. – Т. 12, №1. – С. 32-38. 5. Лукашов В.Я. Оптимизация хирургического лечения обширных флегмон дна полости рта и шеи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Я. Лукашов. – Краснодар, 2005. – 22 с. 6. Jamjoom M.M. Dental treatment under general anaesthesia at a hospital in Jeddah, Saudi Arabia / M.M. Jamjoom, M.I. Al-Malik, R.D. Holt et al. // *International Journal of Paediatric Dentistry*. – 2001. – Vol. 11. – P. 110-116. 7. Богданов А.Б. Интубация трахеи / А.Б. Богданов, В.А. Корячкин. – СПб., 2004. – 183 с. 8. Полушин Ю.С. Анестезиологическое обеспечение операций при флегмонах челюстно-лицевой области / Ю.С. Полушин, И.В. Голубь // *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. – 2010. – Т. 7, № 2. – С. 3-12. 9. Хижняк А.А. Особенности проведения сочетанной внутривенной анестезии при кратковременных оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Хижняк, К.А. Данилова // *Медицина неотложных состояний*. – 2016. – №5 (76). – С. 102-104. 10. Матчин А.А. Организация помощи и комплексное лечение больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами головы и шеи / А.А. Матчин, О.И. Матчина // *Материалы XXI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии»*. – СПб., 2016. – С. 92-93.

Matchin A.A. FEATURES OF THE STRATEGY AND TACTICS FOR THE TREATMENT OF ODONTOGENOUS INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXIAL-FACIAL REGION.

Orenburg State Medical University, Russia

The results of treatment of 37928 patients with acute inflammatory processes of the maxillofacial area for the period from 1978 to 2016 are analyzed. During this time, 146 people died in the clinic, including 74 (50.7%) of purulent-septic complications of putrid necrotic phlegmon of the floor of the mouth and neck. The indications and contraindications to various methods of anesthesia support for the opening and drainage of phlegmon of the maxillofacial region are substantiated depending on the location, prevalence of purulent-inflammatory process, the presence of inflammatory contracture, the risk of bronchoconstriction, laryngospasm and respiratory failure. Clarified the role of tracheostomy in such operations.

Key words: phlegmon, maxillofacial region, anesthesia, treatment.

Матчін А.А. ОСОБЛИВОСТІ СТРАТЕГІЇ І ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ.

Оренбурзький державний медичний університет, Росія

Резюме. Проаналізовано результати лікування 37928 хворих з гострими запальними процесами щелепно-лицевої ділянки з 1978 по 2016 рр. За цей час в клініці померло 146 людини, в тому числі 74 (50,7%) від гнійно-септичних ускладнень гнилостно-некротичних флегмон дна порожнини рота та ший. Обґрунтовано показання та протипоказання до різних методів анестезіологічного забезпечення для розтину і дренивання флегмон щелепно-лицевої ділянки в залежності від локалізації, поширеності гнійно-запального процесу, наявності запальної контрактури, небезпеки розвитку бронхоконстрикції, ларингоспазму і дихальної недостатності. Уточнена роль трахеостомії при цих операціях.

Ключові слова: флегмона, щелепно-лицьова ділянка, знеболювання, лікування.

УДК 616.314-007-053.6(477.87)

Мельник В.С., Горзов Л.Ф.

СТРУКТУРА ТА ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНОГО ЕСТЕТИЧНОГО ІНДЕКСУ У ПІДЛІТКІВ 12-15 РОКІВ м. УЖГОРОДА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

За частотою поширеності основних стоматологічних захворювань зубощелепні аномалії (ЗЩА) займають друге місце після карієсу зубів (Проффіт У.Р., 2006). Їх поширеність в Україні має не тільки регіональну, але і групову специфічність і, на жаль, має тенденцію до збільшення [1,2,3,4,5]. Планування ортодонтичної допомоги побудовано на системному аналізі результатів клінічних обстежень. Клінічні обстеження в ключових групах по ВООЗ проводяться з метою виявлення ЗЩА і визначення ступеня вираженості морфологічних порушень для прогнозування потреби в ортодонтичному лікуванні. При вивченні поширеності ЗЩА статистично реєструється тільки факт їх наявності та не відображається ступінь тяжкості аномалії та потреби в лікуванні.

Для визначення потреби в ортодонтичному лікуванні за ступенем вираженості морфологічних порушень при тих чи інших формах ЗЩА запропоновані різні індекси: індекс Зіберта (P. Sieberth (1967) в модифікації Ю.М. Малигіна (1973), індекс пріоритетів в лікуванні (ТPI) - Treatment Priority Index (Grainger, 1967), індекс потреби в ортодонтичному лікуванні - IOTN - Index of Orthodontic Treatment Need (Shaw WC і Evans R., (1989), який об'єднує зубний і естетичний компоненти [6,7]. Широко використовується індекс оцінки ступеня складності ЗЩА, результату лікування та потребу в ортодонтичній допомозі (Index of Complexity, Outcome and Need) (ICON) Daniels C. і Richmond S. (2000) [8].

ВООЗ для оцінки стану прикусу на індивідуальному рівні та при про-

веденні епідеміологічних обстежень населення з 12-річного віку в ключових вікових групах рекомендує стоматологічний (дентальний) естетичний індекс Dental Aesthetic Index (DAI) (NC Cons і співавтори (1986) [9].

Індекс DAI розраховується за допомогою регресії, коли вимірювані показники множать на коефіцієнти регресії, а отримані числа додають до константи регресивного рівняння. Регресивне рівняння наступне: (відсутні зуби × 6) + (скупченість) + (трема) + (діастема × 3) + (найбільше відхилення в передній ділянці верхньої щелепи) + (найбільше відхилення в передній ділянці нижньої щелепи) + (переднє верхньощелепове перекриття × 2) + (переднє нижньощелепове перекриття × 3) + (вертикальна міжрізцева щілина × 4) + (мезіо-дистальне зміщення нижньої щелепи × 3) + 13.

Якщо значення естетичного індексу менше 25, то порушень прикусу немає або вони незначні. У цьому випадку лікування не потрібне або є в ньому невелика потреба. Значення DAI 26-30, інтерпретуються як явне порушення прикусу, внаслідок чого необхідне вибіркове лікування. При DAI рівному 31-35 – є тяжке порушення прикусу і необхідність в лікуванні дуже бажана. При значеннях естетичного індексу понад 36 спостерігається дуже важке порушення прикусу і лікування є обов'язковим.

Таким чином, дослідження потреби в ортодонтичному лікуванні в різних вікових групах є актуальним та дозволить отримати нові відомості для планування організаційних заходів в ортодонтії.

Дане дослідження виконувалось в рамках комплексної теми науково-дослідної роботи кафедри дитячої стоматології стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» «Профілактика, діагностика, лікування основних стоматологічних захворювань у дітей Закарпаття» (номер державної реєстрації 0116U003555).

Мета дослідження. Оцінка поширеності зубощелепних аномалій, визначення ступеня їх вираженості та потреба в ортодонтичному лікуванні серед підлітків 12-15 років м.Ужгорода.

Матеріал і методи досліджень. Об'єктами дослідження стали 86 підлітків з числа учнів ЗОШ №2 м. Ужгорода, з них 44 юнаки та 42 дівчат у віці від 12 до 15 років в період постійного сформованого прикусу. Оцінку стану зубощелепної системи проводили за допомогою стоматологічного естетичного індексу DAI. Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням програми Microsoft Excel 2010.

Результати дослідження. В результаті оцінки стану зубощелепної системи за допомогою індексу DAI були отримані наступні дані (табл. 1).

Слід зазначити, що кожен з критеріїв не зустрічається ізольовано, а поєднувався з декількома з 10 оцінюваних параметрів.

Таблиця 1

Результати стану зубощелепної системи за критерієм оцінки індексу DAI.

Критерій оцінки	юнаки		дівчата		всього	
	%	абс.	%	абс.	%	абс.
Відсутність зубів	3,5	4	2,43	2	5,93	6
Скупченість зубів	21,74	19	45,68	36	67,42	55

Трема - проміжок в різцевому сегменті	5,17	5	4,12	4	9,29	9
Діастема - центральний проміжок	2,92	3	4,18	4	7,1	7
Найбільше відхилення в передній ділянці верхньої щелепи	25,52	22	33,2	27	58,72	49
Найбільше відхилення в передній ділянці нижньої щелепи	10,17	8	16,12	13	26,29	21
Величина прямої сагітальної міжрізцевої щілини	10,1	8	10,1	8	20,2	16
Величина зворотної сагітальної міжрізцевої щілини	1,23	1	0	0	1,23	1
Величина вертикальної міжрізцевої щілини	0	0	0	0	0	0
Ступінь мезіо-дистального зміщення нижньої щелепи	42,42	33	24,64	20	7,06	53

Серед стандартних критеріїв індексу DAI найбільш часто зустрічалась зміна положення нижньої щелепи відносно верхньої (67,06%). Причому з усіх оглянутих в 54 випадках визначалося дистальне зміщення нижньої щелепи і тільки в двох – мезіальне.

Широко поширеною (67,42%) була ознака «скупченість зубів в різцевих сегментах». Її визначали частіше в обох зубних рядах, ніж ізольовано на верхньому або нижньому.

Найбільше відхилення в передній ділянці верхньої щелепи визначали у 58,72% випадків з характерним подовженням і звуженням верхнього зубного ряду. При обстеженні не було виявлено жодного випадку наявності вертикальної міжрізцевої щілини.

В ході аналізу показників DAI нами була визначена потреба підлітків в ортодонтичному лікуванні.

Поширеність зубощелепних аномалій склала 75,6%.

В результаті оцінки стану зубощелепної системи значення стоматологічного дентального естетичного індексу DAI менше 25 і незначна потреба в ортодонтичному лікуванні були визначені у 40 % підлітків (23% дівчат, 17% юнаків).

В інтервалі 26-30 і необхідністю вибіркового ортодонтичного лікування були показники у 17 обстежених (26,1%) (10,8% дівчат, 15,3% юнаків).

У 12 (18,5%) підлітків (7,7% дівчат, 10,8% юнаків) індекс DAI дорівнював 31-35 і була потреба в апаратурному лікуванні. Значення індексу більше 35 були виявлені у 10 (15,4 %) підлітків (9,2% дівчат, 6,2% юнаків), їм було показане комплексне лікування.

Висновки. 1. Поширеність зубощелепних аномалій в групі підлітків 12-15 років склала 76,5%. 2. Практично не потребували ортодонтичного лікування тільки 38,57% обстежених, обов'язкового комплексного ортодонтичного лікування потребували 15,23% підлітків. 3. Найбільш часто при оцінці власного стоматологічного статусу юнаки і дівчата звертають увагу на наявність проміжку в різцевому сегменті та діастеми. 4. Скупченість зубів в різцевих сегментах обох зубних рядів обстежуваних не сприймалася як аномалійна ознака (виявлена практично в 67,42% випадків).

Даний індекс в комплексі з іншими кількісними показниками стану

здоров'я порожнини рота дає чітке уявлення про рівень стоматологічного здоров'я підлітків.

Література. 1. Лучинський М. А. Частота зубощелепних аномалій та деформацій у дітей різних адаптивних типів Прикарпаття / М. А. Лучинський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2013. - № 1. - С. 31-34. 2. Міський А.Л. Структура зубощелепних аномалій у дітей Львівської області / А.Л. Міський, Е.В. Безвушко // Acta medica Leopoliensia. - 2015. - Т. 21, № 2. - С. 10-13. 3. Костенко Є.Я. Поширеність та структура зубощелепних аномалій у дітей Закарпатської області / Є.Я. Костенко, В.С. Мельник // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. : Медицина. - 2016. - Вип. 1. (53) - С. 102-105. 4. Дорошенко С.І. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва / С.І. Дорошенко, Є.А. Кульгінський, Ю. [та ін.] // Вісник стоматології. - 2009. - № 2 - С. 76-81. 5. Каськова Л.Ф. Поширеність зубощелепних аномалій та стан твердих тканин зубів і тканин пародонта в дітей 11-16 років / Л.Ф. Каськова, Н.М. Тараненко // Український стоматологічний альманах. - 2005. - №1. - С. 51- 54. 6. Grainger R. M. Orthodontic Treatment Priority Index, Public Health Service Publication 1967. No. 1000, Series 2, No. 25, US Government Printing Office, Washington DC. 7. Evans R., Shaw W. Preliminary evaluation of an illustrated scale for rating dental attractiveness. European Journal of Orthodontics. 1987. 9: 314 – 318. 8. Daniels C., Richmond S. The development of the in-dex of complexity, outcome and need (ICON). J Orthod. 2000 Jun; 27(2):149-62. 9. Cons N. C., Jenny J., Kohout F. J., Songpaisan Y., Jotikastira D. Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. Journal of Public Health Dentistry. 1989; 49: 163 – 166.

Мельник В.С., Горзов Л.Ф. СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБЕЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНОГО ЭСТЕТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА У ПОДРОСТКОВ 12-15 ЛЕТ г. УЖГОРОДА.

В статье приведены данные о структуре и распространенность зубочелюстных аномалий, полученные в ходе обследования подростков 12-15 лет г. Ужгорода с использованием дентального эстетического индекса (DAI). Самым распространенным аномалийным признаком было нарушение мезиодистальных соотношений челюстей - 67,06%. Из всех осмотренных в 54 случаях определялось дистальное смещение нижней челюсти в двух - мезиальное. Вторым по распространенности (67,42%) случаев был признак «скученность зубов в резцовых сегментах верхнего и нижнего зубных рядов». Практически не нуждались в ортодонтическом лечении только 38,6% обследованных. В обязательном комплексном ортодонтическом лечении нуждались 15,2% подростков.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, дентальный эстетический индекс, ортодонтическая помощь, подростки.

Melnyk V. S., Horzov L. F. STRUCTURE AND PREVALENCE OF TEETH ANOMALIES USING DENTAL AESTHETIC INDEX AT 12-15 YEARS UZHGOROD ADOLESCENTS.

Uzhhorod National University

Introduction. In order to assess the bite status at the individual level and in conducting epidemiological surveys in the population at key age groups WHO recommends the Dental Aesthetic Index (DAI). If the value of the aesthetic index is less than 25, there are no bite violations or they are insignificant. In this case, treatment is not needed or there is little need for it. The value of DAI 26-30 is interpreted as a clear bite violation, resulting in selective treatment. With DAI equal to 31-35 there is a severe bite violation and the need for treatment is very desirable. With values of the aesthetic index more than 36 there is a very severe bite violation and treatment is mandatory.

The aim of the study - estimate the prevalence of dentognathic anomalies and deformations, determine their degree of severity and need for orthodontic treatment among 12-15 years old Uzhhorod adolescents.

Material and methods of research. The objects of the study were 86 adolescents among the pupils of school №2, including 44 boys and 42 girls aged 12 to 15 years with permanent bite.

Results of the research. Among the standard criteria for the DAI index, the most frequent change was the position of the mandible relative to the maxilla (67.06%). Moreover, of all examined in 54 cases, distal displacement of the mandible was determined and only in two - medial.

Widespread (67.42%) was a sign of "congestion of teeth in cutter segments". It was determined more often in both dental rows than isolated on the upper or lower jaws.

The largest deviation in the anterior section of the upper jaw was determined in 58.72% of cases with characteristic extension and narrowing of the upper tooth row. In the course of the examination, no cases of vertical incision were detected.

In the analysis of DAI indicators, we identified the need for adolescents in orthodontic treatment.

The prevalence of dentognathic anomalies was 75.6%.

As a result of assessing the state of the dentognathic system, the value of the dental aesthetic index of DAI is less than 25 and the minor need for orthodontic treatment was determined in 40% of adolescents (23% of girls, 17% of boys).

In the range of 26-30 and the need for selective orthodontic treatment were indicators in 26.1% of the surveyed (10.8% girls, 15.3% of boys).

In 18.5% of adolescents (7.7% of girls, 10.8% of boys), the DAI index was 31-35 and there was a need for hardware treatment. The value of the index more than 35 was found in 15.4% of adolescents (9.2% girls, 6.2% of boys), they were shown comprehensive treatment.

Conclusions. 1. The prevalence of dentognathic anomalies in the group of 12-15 years old adolescents was 76.5%. 2. Practically no need of orthodontic treatment, only 38.57% of the surveyed, obligatory complex orthodontic treatment needed 15.23% of adolescents. 3. Most often, when assessing their own dental status, boys and girls pay attention to the presence of a gap in the cutter segment and diastema. 4. The crowding of teeth in the incisor segments of both dental rows was not perceived as an anomalous trait (found in almost 67.42% of cases).

УДК 616.314

Мустафаева У.Д.

К ПРОБЛЕМЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБОВ С ГЛУБОКИМИ ПОДДЕСНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку, Азербайджан

Эффективное лечение кариеса корня зуба у пациентов с пародонтопатиями и рецессией десны является одной из актуальных проблем современ-

ной практической стоматологии. Клинико-эпидемиологические исследования свидетельствуют о высоком уровне распространенности кариеса корня зуба и рецессии десны особенно в старших возрастно-половых группах [1, 2, 3].

Цель исследования: Повышение эффективности и качества прямого восстановления зубов с глубокими поддесневыми дефектами.

Материалы и методы исследования. Наиболее часто применяющиеся при восстановительном лечении таких зубов изолирующие прокладки и пломбировочные материалы в большинстве случаев оказываются несостоятельными из-за высокого процента осложнений, поэтому более предпочтительными являются современные фотополимеризующиеся материалы. В задачи клинического раздела данного исследования входило выявить оптимальный метод для реставрации пришеечного кариеса, выполненных с помощью различных видов композитов. Для этого пациенты были разделены на 2 группы (по 15 больных в каждой группе) в зависимости от вида материала, который применялся для пломбирования пришеечных полостей (нанокомпозиты, гибридные композиты). Критерием оценки качества проведенного лечения являлся также анализ субъективных ощущений пациентов.

Результаты исследований На протяжении периода динамического наблюдения все пациенты обеих групп были удовлетворены результатами лечения. В течение 12 месяцев после реставрации жалоб на качество конструкций не наблюдалось. По мнению самих пациентов, по сравнению с гибридными композитами, эстетика восстановления зубов с помощью нанокомпозитов была отличной. Учитывая из-за сложной топографии полости тяжелую исходную клиническую ситуацию с разрушением коронки зуба и поддесневым его расположением результаты в большинстве случаев превзошли наши ожидания. Благодаря нанесению нескольких слоев композиционного материала, имеющего в своем составе в наличии нанонаполнителя из SiO₂ и циркония, реставрации имели естественный вид и гармонировали с рядом стоящими зубами.

Вывод. Наряду с отличными эстетическими свойствами нанокомпозит обладает такими важными для стабильности реставраций характеристиками, как механическая прочность и минимальная усадка.

Ключевые слова: кариес, маргинальная десна, реставрация.

Литература. 1.Неменатов И.Г. Изменение морфологического состояния тканей зубов и пародонта при клиновидных дефектах / Г.И. Рогожников, В.А.Четвертных, Н.Б. Асташина, И.Г. Неменатов, А.Г. Рогожников и др. // Пермский медицинский журнал. - 2011. - № 3. - С. 32-36. 2.Leous P.A., Tsikhanava S.M. Attitude to the oral health in a population participating in an oral health promotion programme // J.Dent.Res. - 2002. - Vol. 81, №3102. - P.385. 3.Mahn E, Rousson V, Heintze S. Meta-Analysis of the Influence of Bonding Parameters on the Clinical Outcome of Tooth-colored Cervical Restorations. J Adhes Dent. 2015 Aug;17(5):391-403.

Mustafayeva U. D. TO THE PROBLEM OF RESTORING TEETH WITH DEEP SUBGINGIVAL DEFECTS.

Azerbaijan medical university, Baku

Effective treatment of tooth root caries in patients with periodontal disease and gum recession is one of the urgent problems of modern practical dentistry. Clinical and epidemiological studies indicate a high level of prevalence of tooth root caries and gum recession, especially in the older age-sexual groups. [1, 2, 3].

The purpose of the study: Improving the efficiency and quality of direct restoration of teeth with deep subgingival defects.

Materials and methods of research. The most often used in the rehabilitation treatment of such teeth insulating pads and filling materials in most cases are insolvent due to the high percentage of complications, so it is more preferable to modern photopolymerized materials. The objectives of the clinical section of this study was to identify the best method for the restoration of cervical caries, performed using different types of composites. For this purpose, the patients were divided into 2 groups (15 patients in each group) depending on the type of material used to seal the cervical cavities (nanocomposites, hybrid composites). The criterion for assessing the quality of treatment was also the analysis of subjective feelings of patients.

During the period of dynamic follow-up all patients of both groups were satisfied with the results of treatment. There were no complaints about the quality of the structures within 12 months after the restoration. In the opinion of the patients, in comparison with hybrid composites, aesthetic tooth restoration by using of nanocomposites was great. Given the complex topography of the cavity, the severe initial clinical situation with the destruction of the tooth crown and its subgingival location, the results in most cases exceeded our expectations. Due to the application of several layers of composite material having in its composition in the presence of nanofillers of SiO₂ and zirconium, the restorations had a natural appearance and were in harmony with a number of standing teeth.

Conclusion. Along with excellent aesthetic properties, nanocomposite has such important characteristics for the stability of restorations as mechanical strength and minimal shrinkage.

Key words: caries, marginal gums, restoration.

УДК 616.314 - 002

Мустафаева У.Д., Алиева Е.Р.

К ПРОБЛЕМЕ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Распространенность различных форм кариеса зубов среди различных возрастно-половых групп населения в различных регионах земного шара, согласно результатам эпидемиологических исследований, варьирует в пределах 67% до 100%. Особую актуальность приобретает разработка методики комплексного лечения пришеечного кариеса с достижением максимальной реминерализации твердых тканей, угнетения активности представителей патогенной микрофлоры и снижения риска развития осложнений [1-3].

Цель исследования: Оценка качества лечения пришеечного кариеса при различной глубине расположения десневой стенки кариозной полости.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования для выявления форм дефектов, располагающихся в пришеечной области (кариес и некариозные поражения зубов), и качества реставраций явились 150 пациентов в возрасте 25–45 лет с локальным воспалительным процессом тканей па-

родонта у причинного зуба и кариозными полостями пятого класса по Блэку.

Результаты исследований. В рамках данного исследования также было оценено состояние ранее поставленных пломб. При глубине расположения десневой стенки 1-1,5 мм ниже уровня десны в среднем 7-8% проведенных реставраций оказались «неудовлетворительными», при этом число случаев по выявлению «отличных» результатов оказалось намного выше и составило в среднем 45%. Но при сравнительно большей глубине расположения кариозной полости, то есть 2-3 мм ниже уровня маргинальной десны, максимальные значения были выявлены по частоте встречаемости «неудовлетворительных» результатов, которые наблюдались почти в 37% случаев и чаще всего связывалось с наличием воспалительного процесса в окружающих зуб в пришеечной области мягких тканях пародонта, развитием вторичного кариеса и повышенной чувствительностью причинного зуба. А при локализации десневой стенки полости на уровне десны практически 85,5% реставраций оценивались как «отличные» и «хорошие».

Вывод. Комплексное лечение пациентов с пришеечным кариесом должно осуществляться с учетом глубины поражения и расположения полости относительно уровня десны и устранением факторов риска развития возможных осложнений, связанных с наличием патологических процессов в околозубных мягких тканях.

Ключевые слова: кариес, маргинальная десна, реставрация.

Литература. 1.About I., Laurent P., Teclès O. Bioactivity of Biodentine™: a Ca₃SiO₅-based Dentin Substitute. Oral session, IADR Congress. 2010, July, Barcelona Spain. 2.Caicedo R., Abbott P.V., Alongi D.J., Alarcon M.Y. Clinical radiographic and histological analysis of the effects of mineral trioxide aggregate used in direct pulp capping and pulpotomies of primary teeth. Aust Dent J, 2006. — N 51. — P. 297—305. 3.Dejou J., Colombani J., About I. Physical, chemical and mechanical behavior of a new material for direct posterior fillings. Abstract. Eur Cell Mater. 2005.

Mustafayeva U. D., Aliyeva E. R. TO INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF DENTAL CARIES.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Purpose. Evaluation of the quality of treatment of cervical caries at different depths of the gingival wall of the carious cavity.

Methods. The object of the study to identify the forms of defects located in the cervical region and the quality of restorations were 150 patients aged 25-45 years with local inflammatory process of periodontal tissues in the causal tooth and carious cavities of the fifth class in black.

Results. As part of this study, the condition of previously delivered seals was assessed. With the depth of the gingival wall 1-1.5 mm below the gum level, on average 7-8% of the restorations were "unsatisfactory", while the number of cases to identify "excellent" results was much higher and averaged 45%. But with a relatively greater depth of the carious cavity, that is 2-3 mm below the level of marginal gums, the maximum values were revealed by the frequency of occurrence of "unsatisfactory" results, which were observed in almost 37% of cases and were most often associated with the presence of inflammation in the surrounding tooth in the cervical area of soft periodontal tissues, the development of secondary caries and increased sensitivity of the causal

tooth. And with the localization of the gingival wall of the cavity at the level of the gums, almost 85.5% of restorations were evaluated as "excellent" and "good".

Conclusion. Complex treatment of patients with cervical caries should be carried out taking into account the depth of the lesion and the location of the cavity relative to the level of the gum and the elimination of risk factors for the development of possible complications associated with the presence of pathological processes in the periarticular soft tissues.

Key words: caries, marginal gums, restoration.

УДК 616.379-008

Нагиева С.А.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Сахарный диабет отмечен как главный фактор риска формирования тяжелой и прогрессирующей формы пародонтита, инфекции пародонтальной ткани и челюстной кости, а также распад суставов, зубов и десен. Крайне важно улучшить гигиену полости рта у этих пациентов и лечение инфекции пародонтальной ткани [1, 2]. Озон в настоящее время рассматривается как альтернативный антисептический агент, используемый в ротовой полости в стоматологии.

Цель: Изучить эффективность озонотерапии при лечении и профилактике заболеваний пародонтальной ткани у детей с диабетом I типа.

Материал и методы исследования. Обследовали полость рта 79 пациентов с сахарным диабетом I типа, проходящих стационарное лечение в отделении эндокринологии Детской клинической больницы №6 в Баку. 79 (46 девочек, 33 мальчика) детей в возрасте $12,3 \pm 3,4$ года (в возрасте от 2 до 17 лет), средний возраст $5,1 \pm 3,6$ года (1-12 лет) с сахарным диабетом были включены в исследование.

Тяжесть инфекции десен и степень воспаления определялись в соответствии с клиническими данными. Использовались пародонтальные индексы. Озонированное оливковое масло и Metrogil-denta использовались следующим образом: массаж десны два раза в день в течение 7 дней.

Результаты исследований и их обсуждение. У 20 детей обнаружили острый катаральный гингивит, у 43 пациентов – хронический катаральный гингивит, и у 16 детей никаких патологий в тканях пародонта не было обнаружено. При обработке материала, лечении острого и хронического гингивита у детей с диабетом I типа препаратами Metrogil denta и озонированного оливкового масла, мы обнаружили, что результаты очень близки друг к другу. Сравнительная оценка показателей пародонтологических индексов при лечении заболеваний пародонта у детей, страдающих сахарным диабетом I типа, с использованием препарата метрогил-дента и озонированного оливкового мас-

ла показало приблизительно одинаковые результаты. Это позволяет обосновать использование озонированного оливкового масла при лечении заболеваний пародонта у детей, страдающих сахарным диабетом I типа.

Поскольку дети с диабетом типа I сталкиваются с опасностями пародонтальной болезни часто, лечение и профилактика этого заболевания повторяются периодически, использование озонированного оливкового масла в лечении и профилактике пародонтита более уместно. Включение озонированного оливкового масла в комплексное лечение острого и хронического катарального гингивита у детей сахарным диабетом 1 типа позволит получать высокий клинический эффект лечения и устранил перегрузку пациентов лекарствами.

Ключевые слова: дети, сахарный диабет, лечение и профилактика пародонтита.

Литература. 1. Наумова В.Н., Маслак Е.Е. Сахарный диабет и стоматологическое здоровье: проблемы диагностики и лечения пациентов стоматологических клиник. *Стоматология.* 2013; 4(72):16-19 2. Дедов И. И. Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, Т. Л. Кураева. *Фарматека* 2010;3: 7-14.

Nagiyeva S.A. ANALYSIS OF THE RESULTS OF DIFFERENT TREATMENTS USED IN THE TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC GINGIVITIS IN CHILDREN WITH DIABETES TYPE 1.

Azerbaijan Medical University, Baku

Objective: to Study the effectiveness of ozone therapy in the treatment and prevention of periodontal tissue diseases in children with type I diabetes.

Methods. The oral cavity of 79 patients with type I diabetes mellitus (46 girls, 33 boys) aged 2 to 17 years was examined. Ozonated olive oil and Metrogil-denta were used as follows: gums massage twice a day for 7 days.

Results. Acute catarrhal gingivitis was found in 20 children, chronic catarrhal gingivitis in 43 patients, and no abnormalities in periodontal tissues were found in 16 children. Comparative evaluation of indicators parodontological indices in the treatment of periodontal disease in children with diabetes type I with the use of the drug metrogyl - Denta and ozonated olive oil showed approximately the same results.

The inclusion of ozonated olive oil in the complex treatment of acute and chronic catarrhal gingivitis in children with type 1 diabetes mellitus will allow to obtain a high clinical effect of treatment and eliminate the overload of patients with drugs.

Key words: children, diabetes mellitus, treatment and prevention of periodontitis.

УДК 616.716-002-053.2

Ницзяти Н., Терехова Т.Н

СТРУКТУРА НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Несмотря на успехи, достигнутые в разработке методов профилактики и лечения кариеса зубов и его осложнений, увеличивается число пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области [1, 2, 3].

Кроме того, иногда отмечается атипичное течение острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей. Изменение характерной клинической картины затрудняет диагностику и приводит соответственно к недостаточной эффективности проводимого лечения и осложнениям [4, 5].

Рост удельного веса пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, диктует необходимость изучения структуры нозологических форм патологии для оптимизации организации хирургической помощи детскому населению.

Цель: Изучить структуру воспалительных процессов пациентов детского возраста отделения челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы.

Материалы и методы: Изучена структура нозологических форм воспалительной патологии на основе анализа записей в журнале ежедневного учёта работы врача-стоматолога операционных журналов, историй болезней пациентов, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска, за период с 17 октября 2017 года по 6 августа 2018 года. В отделении оказывается круглосуточно неотложная, плановая хирургическая и консультативная помощь детскому (до 18 лет) населению г. Минска и Республики Беларусь. Постановка диагноза осуществлена в соответствии с классификацией МКБ-10.

Результаты исследования: В результате исследования установлено, что на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска, за период с 17 октября 2017 года по 6 августа 2018 года находилось 1030 детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в возрасте от двух до 18 лет. Данные о частоте встречаемости различных нозологических форм патологии представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, наиболее часто дети обращались в отделение челюстно-лицевой хирургии для удаления зубов в связи с обострением хронического апикального периодонтита (477 (46,3%) детей). По поводу периостита (201 человек) и остеомиелита (209 человек) челюстей зарегистрировано обращение в отделение 410 (39,8%) детей, причем лиц мужского пола статистически значимо ($\chi^2=25,29$; $p<0,001$) больше, 169 (41 %) девочек.

Лимфаденит диагностирован у 17 (3,0%) детей. В отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозами абсцесс кожи лица, фурункул и атерома госпитализировано соответственно 16 (1,5%), 63 (6,1%) и 17 (1,7%) пациентов.

Таблица 1

Частота встречаемости различных нозологических форм воспалительных заболеваний у детей, находящихся на лечении в стационаре.

№ п/п	Наименование заболевания	Частота встречаемости	
		абс	%
1	Хронический апикальный периодонтит в стадии обострения	477	46,3
2	Периостит	201	19,5

3	Остеомиелит	209	20,3
4	Фурункул	63	6,1
5	Лимфаденит	31	3,0
6	Атерома	17	1,7
7	Абсцесс кожи лица,	16	1,5
8	Сиалоаденит	13	1,3
9	Флегмона	3	0,3
Всего		1030	100

Доля детей с сиалоаденитом (1,3%) и флегмоной (0,3%) в структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области была более низкой по сравнению с другими нозологическими формами патологии.

Выводы. Проведенное исследование подтверждает, что детское население чаще обращалось по поводу обострения хронического периодонтита, периостита и остеомиелита челюстей. Поэтому следует разъяснять родителям необходимость своевременного лечения кариеса и его осложнений не только постоянных, но и временных зубов, которые часто при неадекватном лечении приводят к развитию гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Литература: 1. Дибцева Т.С., Бирюлькина Е.С., Фирсова Е.П. Анализ одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, находящихся на стационарном лечении // *Международный студенческий научный вестник*. – 2015. – № 2-1.; 2. Кушнер А.Н./ Острые одонтогенные периоститы у детей.:особенности клинической картины и лечения /А.Н. Кушнер, Т.В. Демидович, О.А. Севастьянова // *Стоматологический журнал*.-2012.-№2.-С.135-139. 3. *Стоматология. Челюстно-лицевая хирургия: Учебное пособие/ Т.Н. Терехова, А.К. Корсак, А.Н. Кушнер, Е.А. Кармалькова, Т.В. Попруженко*.-Минск:БГМУ, 2008.-С. 63-67. 4. *Стоматология детская. Хирургия / Под ред. проф. С. В. Дьяковой – М., 2009. – С. 118–123.* 5. Фоменко И. В./Анализ причин развития одонтогенного периостита челюстных костей у детей./И. В. Фоменко, А. Л. Касаткина, В. И. Шликина, Е. П. Фирсова//*Волгоградский научно-медицинский журнал*.-2016.-№1.- С.54-55.

Nijiati Nilupaer, Terekhova T.N. THE STRUCTURE OF NOSOLOGICAL FORMS OF INFLAMMATORY PATHOLOGY OF THE MAXILLOFACIAL REGION AMONG CHILDREN.

Belarusian State Medical University, Belarus

Relevance: The increase in the proportion of patients with inflammatory diseases of the maxillofacial region, necessitates the study of the structure of nosological forms of pathology, the knowledge of which will help to improve the organization of surgical care for children.

Objective: to Study the structure of inflammatory processes in pediatric patients of the Department of maxillofacial surgery city children's clinical hospital N04.

Materials and methods: the structure of nosological forms of inflammatory pathology was Studied on the basis of the analysis of records in the medical records of patients being treated in the Department of maxillofacial surgery of the city children's clinical hospital N04 in Minsk.

Results of the study: 1030 children with inflammatory diseases of the maxillofacial region were treated in the Department of maxillofacial surgery. The structure of diseases was dominated by chronic apical periodontitis in the acute

stage (46.3%), osteomyelitis (20.3%) and periostitis (19.3%) of the jaws.

Conclusions: due to the predominance in the structure of children's diseases with exacerbation of chronic periodontitis, periostitis and osteomyelitis of the jaws, parents should be explained the need for timely treatment of caries and its complications, not only permanent but also temporary teeth, which often with inadequate treatment lead to the development of purulent inflammatory diseases of the maxillofacial region.

Key words: inflammatory diseases, children, permanent and temporary teeth.

УДК 615.099.07

Ніконов А.Ю., Жуков К.В., Гордієнко С.А.

ВИКОРИСТАННЯ ПАРАФАРМАЦЕВТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА МЕТАЛОТОКСИКОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Людина постійно перебуває у певному природному середовищі, тому в її організмі у різних концентраціях можуть міститися всі хімічні елементи, які знаходяться у відповідній екосистемі. Зараз достеменно відомо, що присутність металів у організмі необхідна, вони відіграють важливу роль для його функціонування, важливим також є їхня кількість та співвідношення. Одним із еволюційних пристосувань є здатність здорової людини підтримувати постійність елементарного складу, що є гомеостазом металів. Порушення гомеостазу металів у організмі викликає металопатії: металотоксикози та мікроелементози.

Причинами металопатій можуть бути нераціональне харчування, вживання забрудненої або дистильованої води, викиди шкідливих речовин у довкілля, аварії на промислових виробництвах. У клініці ортопедичної стоматології лікарі можуть спостерігати металотоксикози, які з'явилися у результаті користування ортопедичними конструкціями та апаратами, іншими металевими включеннями медичного та немедичного походження або їх сумісного розташування у порожнині рота. У результаті виникнення ланцюга патологічних процесів при металотоксикозах відбувається зміщення балансу оксидантної та антиоксидантної систем у бік активації оксидантних процесів та у організмі формується стан окислювального стресу, тому при лікуванні патологічних наслідків цієї диспропорції необхідно застосовувати препарати із вираженою антиоксидантною дією.

Нашу увагу привернув вітчизняний парафармацевтик «Він-Віта» («Екофарм»), який містить комплекс активних біофлавоноїдів, виділених зі шкірки і кісточок темних європейських сортів винограду *Vitis vinifera* L. типу Каберне (ТУ У 21032903-001-95 Висновок МОЗ України № 22-04-02/1480 від 09.11.95). Основні компоненти у складі парафармацевтика є олігомірні та мономерні біофлавоноїди, переважно антоціани, а також таніни та катехіни, що сприяють виведенню з організму токсинів та важких металів, складові препарату також мають імунопротекторну та адаптогенну дію. «Він-Віта» назначали протягом трьох тижнів додатково до базової терапії по 1,0 мл на 3,5 кг маси тіла 2 рази на добу. Для об'єктивної оцінки клінічного стану пацієнтів використовували комплекс біохімічних показників. Визначали рівень бі-

лірубіну, аспартатну (АСТ) і аланінамінотрансферазну (АлАТ) активності. Антиоксидантний статус пацієнтів аналізували за показниками концентрації церулоплазміну (ЦП), трансферину (ТФ), рівнів сульфгідрильних (SH) груп в сироватці крові. Стан перекисного окислення ліпідів оцінювали за концентрацією малонового діальдегіду (МДА) в сироватці крові.

До лікування хворі з явищами металотоксикозу скаржились на біль та печію язика, парестезію, гіперсалівацію, головний біль, дратівливість та розлади сну. Прогресування інтенсивності скарг мало пряму залежність від кількості металевих конструкцій, наявності пломб із металевими вclusions та строку користування. Із хворими проводилися роз'яснювальні бесіди про патологічний стан, на який вони страждають, причини його виникнення, стратегію терапії, можливий очікуваний клінічний ефект від запропонованого лікування та необхідність суворого дотримання комплайнсу при прийомі лік.

В результаті пропонованого лікування спостерігався позитивний ефект: більшість пацієнтів на п'яту добу відзначали зменшення печії язика та інших явищ глосалгії, зменшення інтенсивності гіперсалівації та покращення загальносоматичного та психологічного станів. Зникнення патологічних симптомів хворі констатували наприкінці третього тижня.

В результаті лікування спостерігалось достовірне зниження концентрації фракцій білірубіну та активності АсАТ і АлАТ, зниження трансаміназної активності призвело до послаблення активності цитолітичного синдрому. Після закінчення лікування показники трансаміназної активності та різних фракцій білірубіну прийшли до норми.

На момент початку досліджень було виявлено підвищення показників ліпопероксидації, так концентрація МДА в крові виявилась вище нормального значення та склала 93,56 (8,34) ммоль/л, що є достовірно відмінним від нормального показника. Наприкінці спостереження відбулася нормалізація активності перекисного окислення ліпідів, концентрація МДА зменшилася до 73,42 (6,34) ммоль/л, що не є достовірно відмінним від показника норми.

Протягом лікування спостерігалася нормалізація концентрації ЦП з 40,33 (1,48) ум.од. до 26,93 (2,37) ум.од. ($p < 0,01$), що свідчило про зменшення тканинної гіпоксії. Залізовв'язуюча здатність сироватки крові також достовірно покращилась під час спостереження: концентрація ТФ підвищилася з 0,11 (0,01) ум.од. до 0,15 (0,01) ум.од. Також відбулося покращення показника співвідношення ЦП та ТФ. До лікування він складав 350,06 (16,32), при нормі 169,88 (22,06), при закінченні терапії – 187,69 (55,78), $p < 0,01$. Рівень SH-груп підвищився з 1,22 (0,10) ммоль/л до 1,48 (0,12) ммоль/л.

Наведений аналіз результатів застосованого комплексу біохімічних показників виявив їх нормалізацію в фінальній стадії спостереження, що свідчить про об'єктивну клінічну ефективність пропонованого лікування хворих на металотоксикоз внаслідок користування ортопедичними конструкціями.

Отже, використання парафармацевтика «Він-Віта» дозволило нам отримати позитивну клінічну динаміку, що підтвердилося покращенням суб'єктивних відчуттів пацієнтів, та об'єктивним покращенням лабораторних

показників *in vitro*: рівня білірубину, активності АСТ та АлАТ, концентрації ЦП, ТФ, рівня SH-груп, концентрації МДА у сироватці крові - що свідчило про підвищення резистентності клітинних мембран, зниження інтенсивності процесів ПОЛ і активізації системи антиоксидантного захисту.

Nikonov A.Yu., Zhukov K.V., Hordienko S.A. USE OF PARAPHARMACEUTICALS IN THE TREATMENT OF DENTAL PATIENTS WITH METAL TOXICOSIS.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The authors show the problem of metal toxicosis and offer a new treatment. This is the Ukrainian drug for the health of red grapes. A treatment regimen has been proposed. The complex of biochemical studies proves that it is effective.

Key words: metal toxicosis, Ukrainian drug, biochemical studies.

УДК 616.31-002.4-06:[616.379-008.64+613.32:546.16]-053.2-084

Падалка А.І.

ПРОФІЛАКТИКА КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В РЕГІОНАХ ІЗ ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ В ПИТНІЙ ВОДІ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Цукровий діабет (ЦД) у дітей – хронічне метаболічне захворювання, що характеризується порушенням секреції інсуліну і розвитком гіперглікемії. В останні роки спостерігається зростання захворюваності на ЦД серед дітей та підлітків. У пацієнтів дитячого віку в більшості випадків діагностують ЦД I типу (інсулінозалежний), в основі якого лежить абсолютна інсулінова недостатність [1]. З огляду на широке поширення, тенденцію до збільшення кількості хворих і тяжкості ускладнень, проблема ЦД у дітей вимагає міждисциплінарного підходу за участю різних фахівців, у тому числі і лікаря-стоматолога.

Для дітей, хворих на інсулінозалежний ЦД характерна Д-вітамінна недостатність, порушення фосфорно-кальцієвого обміну (гіпокальціємія, гіпофосфатемія), що негативно впливає на процеси формування, первинної та вторинної мінералізації зубів і як наслідок – високу ураженість зубів карієсом [2].

Найбільш ефективним, визнаним експертами ВООЗ, засобом для попередження розвитку карієсу є фтор, особливо при місцевому його застосуванні. Тому з цією метою він дуже широко використовується в складі зубних паст, еліксирів, ополіскувачів для порожнини рота, стоматологічних лаків та гелів. У дітей, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді є недоцільним призначення препаратів фтору. Негативний вплив фторидів проявляється у вигляді флюорозу та деструкції твердих тканин зуба. До того ж, при флюорозі зуби також уражаються карієсом.

Для осіб з ЦД рекомендується використання засобів індивідуальної гігієни порожнини рота (зубних паст та ополіскувачів) до складу яких включено природні цукрозамінники (ксиліт, стевія). Цим цукрозамінникам притаманна протикаріозна дія, що пов'язана з їх інгібуючою дією відносно карієсогенної мікрофлори (зокрема, *Str. mutans*, *Str. Sobrinus*), вони сприяють зниженню адгезії мікроорганізмів до

твердих тканин зубів, підвищенню проникності емалі для сполук кальцію [3].

Питання диференційованого підходу до профілактики карієсу в дітей з ЦД I типу, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді є актуальним на сьогоднішній день.

Мета дослідження. Удосконалити профілактику карієсу постійних зубів у дітей, хворих на інсулінозалежний ЦД, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді, шляхом розробки лікувально-профілактичного комплексу.

Матеріал та методи дослідження. Для вивчення ефективності комплексу запропонованих заходів обстежено 30 дітей, віком 13-16 років, хворих на ЦД I типу, які проживають в м. Полтава.

Всім дітям проводили професійну гігієну ротової порожнини та навчали правилам індивідуальної гігієни порожнини рота. Для підвищення функціональної резистентності емалі було призначено аплікації стоматологічного крему «Tooth Mousse» (GC, Японія) вранці після чищення зубів. Для регулювання обміну кальцію та фосфору, діти вживали дієтичну добавку «Ротавіт Кальцій» (Slavia Pharm S.R.L., Румунія) по 1 пакетику на добу. Для відновлення мікробіоценозу ротової порожнини рекомендовано пробіотик «Бактобліс» (Bluestone-Pharma, Швейцарія) для розсмоктування в порожнині рота по 1 таблетці в день. Для індивідуальної гігієни порожнини рота хворі використовували зубну пасту ROCS «Активний кальцій» (ООО «ЕВРОКОСМЕД-Ступино», Росія-Швейцарія) та ополіскувач «Biorepair» (Coswell S.P.A., Італія) 2 рази в день, вранці та ввечері. Тривалість курсу 1 місяць, який повторюють 2 рази на рік.

Всім дітям визначали індекс КПВп, індекс Green-Vermillion, ТЕР-тест до та після використання розробленого лікувально-профілактичного комплексу.

Результати дослідження. Показник інтенсивності карієсу (КПВп) до застосування профілактичного комплексу дорівнював $2,77 \pm 2,19$. Через один рік, після 2-х курсів застосування профілактичного комплексу у дітей інтенсивність каріозного процесу відносно не збільшилася за індексом КПВп ($3,03 \pm 2,17$), пломби відповідали усім вимогам. Індекс Green-Vermillion знизився до $0,6 \pm 0,3$, що свідчить про хороший гігієнічний стан порожнини рота. ТЕР склав $3,2 \pm 0,9$ бали, що вказує на високу стійкість зубів до карієсу.

Висновки. Запропонований спосіб відображає клінічну ефективність профілактики карієсу, що підтверджується стабільністю індексів каріозного процесу, покращенням стану гігієни порожнини рота, підвищенням структурно-функціональної резистентності емалі та стійкості зубів до карієсу і може бути рекомендований для оптимізації профілактики карієсу постійних зубів у дітей, хворих на інсулінозалежний ЦД, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді.

Література. 1. Годованець О.І. Стоматологічна патологія в дітей із ендокринними захворюваннями / О.І. Годованець, О.В. Мороз // Клінічна та експериментальна патологія. — 2015. — Т. XIV, № 4 (54). — С. 209-213. 2. Строй О. А. Особливості стану здоров'я і корекція його порушень у дітей, які народилися у жінок, хворих на цукровий діабет: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / О. А. Строй. — К., 1997. — 22 с. 3. Удод О.А. Сучасні погляди на особливості стоматологічного статусу та стану ротової рідини у хворих на цукровий діабет / О.А. Удод, А.С. Куліш // Вісник проблем біології і медицини. — 2017. — Вип. 1. — С. 63-68.

Padalka A.I. PREVENTION OF DENTAL CARIES OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS LIVING IN AREAS WITH INCREASED FLUORINE CONTENT IN DRINKING WATER.

Ukrainian medical stomatological academy, Poltava, Ukraine

Introduction. The development of differentiated approaches to the prevention of caries in children with insulin-dependent diabetes mellitus (type I) living in regions with high fluorine content in drinking water is one of urgent issues of dental practice nowadays.

The **aim** of this study is to improve the prevention of dental caries of permanent teeth in children with insulin-dependent diabetes mellitus living in regions with high fluoride content in drinking water through the development of the complex of therapeutic and prophylactic measures.

Material and methods. 30 children aged from 13 to 16 years with type I diabetes mellitus who live in Poltava city were included into the study in order to assess the effectiveness of the complex of the measures proposed.

All children passed through professional oral hygiene care and were trained to keep the rules of individual oral hygiene. To increase the functional resistance of the dental enamel, the application of the "Tooth Mousse" dental cream was prescribed. To regulate the metabolism of calcium and phosphorus, the children received the dietary supplement "Rotavit Calcium". A probiotic "Bactoblis" was recommended to restore microbiocenosis of the oral cavity. Oral hygiene items as "ROCS Active Calcium" toothpaste and "Biorepair" mouth rinse were used by the patients for individual oral hygiene. This one-month course was recommended to take twice a year. The values of DMFt index, the Green-Vermillion index, the enamel resistance test obtained before and after the use of the application of the complex developed were compared.

Results. The mean value of DMFt (index of caries intensity) before the beginning to take the prophylaxis complex was $2,77 \pm 2,19$. In a year, after two courses taken, the intensity of the carious process in the children did not increase that was confirmed by DNFT index ($3,03 \pm 2,17$), and the existing fillings met all the demands. The Green-Vermillion index dropped to $0,6 \pm 0,3$, indicating a good hygienic status of the oral cavity. The value of enamel resistance test was $3,2 \pm 0,9$, demonstrating a high teeth resistance to caries.

Conclusions The complex described supports the idea the high clinical effectiveness of caries prophylaxis that has been confirmed by the stability of caries progression indices, improvement of the oral hygiene status, increased structural and functional resistance of the dental enamel to caries.

Key words: caries, prophylaxis, children, diabetes mellitus.

УДК 616.311.2+616.314.171.191-002-031.82-085.322

Пасько О.О., Гриновець В.С., Дзуліт І.П.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Важливою ланкою патогенезу хронічного генералізованого пародонтиту є зміни зі сторони вегетативної нервової системи і послідовно пов'язаних з цим порушень імунної реактивності. Лікування того чи іншого захворювання ефективно тоді, коли воно спрямоване на відомі ланки патогенезу. Тому впровадження фітопрепаратів в комплексі лікування пацієнтів із хроніч-

ним генералізованим пародонтитом підтверджено, оскільки дозволяє проводити не тільки етіотропне, а й патогенетичне лікування. Серед лікарських рослинних препаратів виділяємо засоби загальної та місцевої дії серед яких препарати женьшеня та горобини чорноплідної. Відомо, що будь яка загальна дія створює сприятливий фон для реалізації ефекту препаратів місцевої дії, і навпаки, результати місцевого впливу (усунення симптомів запалення) дозволяє припинити або попередити інтоксикацію, сенсibiliзацію, відновити гемостаз та захистити імунобіологічні властивості організму.

Метою нашого дослідження було обґрунтування застосування препаратів водної настоянки кореня женьшеня та горобини чорноплідної в комплексі консервативного лікування хронічного генералізованого пародонтиту характерних для пацієнтів із неврологічними розладами.

Під нашим спостереженням знаходилося 20 пацієнтів без супутньої патології і 36 пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом початкового і I ступеня, із них 23 із хронічним генералізованим пародонтитом з неврологічними розладами і 13 пацієнтів без супутньої патології – віком 18-44 роки. Хронічний генералізований пародонтит діагностували на підставі клінічних, індексних, рентгенологічних даних із використанням класифікації М.Ф.Данилевського, 1994р.

Пацієнтів основної групи лікували за допомогою запропонованих засобів, у контрольній – застосовували традиційну терапію. Для оцінки ефективності лікування визначали пародонтальний індекс (Russel, 1967), вимірювали глибину пародонтальних кишень. Для визначення імунологічної реактивності визначали: рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦВК) методом преципітації високомолекулярним поліетиленглюколом. Концентрацію сироваткових імуноглобулінів класів А, М, G визначали методом радіальної дифузії у гелі за Мемсіні, 1965. У пацієнтів із неврологічними розладами проводили тест для виявлення рівня тривожності за Спілбергом.

Пацієнтів I групи лікували за традиційною схемою, включаючи проведення повної санації порожнини рота, проведення гігієнічних процедур, видалення зубних відкладень, професійна чистка зубів, за показами – вибіркоче пришліфовування зубів та закритий кюретаж патологічних кишень.

Пацієнтам II групи, крім традиційної терапії призначали фітотерапевтичне лікування, при цьому схема лікування залежала від ступеня тяжкості. Так пацієнтам, у яких коефіцієнт збалансованості факторів місцевого імунітету порожнини рота був «3,5» призначали місцеве лікування: полоскання та орошування порожнини рота рослинними антисептиками. Після цього на уражені ділянки, в міжзубний проміжок, в парадонтальні кишени на 10-15 хвилин накладали аплікації і вставляли турунди, зволожені препаратами водного розчину женьшеня та горобини чорноплідною. Процедури проводили 3 рази на тиждень. На курс 10-12 аплікацій. Всі пацієнти добре переносили процедури, не відзначено побічної дії, неприємних відчуттів. Вираженість запальних явищ, кровоточивість, відчуття дискомфорту в яснах зменшувалися вже через 2-3 дні від початку лікування.

Об'єктивно в пацієнтів основної групи відмічено зменшення пародон-

тальних кишень. Індекс гігієни понизився до $1,44 \pm 0,03$; ІІ – до $1,7 \pm 0,04$; ІК – до $12,12 \pm 3,76$.

Висновки. Наші дослідження показали, що застосування настоянки кореню женьшеня та горобини чорноплідної є ефективними у комплексному консервативному лікуванні пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом початкового та І ступеня. Їх сприятливий вплив на тканини пародонта приводить до покращення пародонтологічного статусу в пацієнтів.

Pasko O.O., Hrynovets V.S., Dvulit I.P. USE OF PHYTOMEDICAMENTS IN THE COMPLEX OF CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

The treatment of a disease is effective in case of being directed on the links of its pathogenesis. That is why introduction of phytomedicaments in complex treatment of chronic generalized periodontitis was approved, due to its influence not only on etiological factors of the disease but also its pathogenesis. Phyto medicaments which are used in the treatment can be of local and general application, among them medications based on Ginseng and Rowan blueberries.

The aim of present investigation was the substantiation of the use of medicaments based on the water solution of Ginseng root and Rowan blueberries in the complex of conservative treatment of chronic generalized periodontitis in patients with neurological disorders.

Our investigations revealed that the use of the Ginseng root and Rowan blueberries tinctures is effective in the complex of conservative treatment of patients with chronic generalized periodontitis of initial and first stages of heaviness. Its positive influence on the periodontal tissues improved general periodontal condition of the patients.

Key words: periodontal condition, phytotherapy, tincture of the Ginseng root and Rowan blueberries.

Пензелик І.В., Дуткевич-Іванська Ю.В. КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНИМ НЕЗРОЩЕННЯМ ПІДНЕБІННЯ ДО УРАНОПЛАСТИКИ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ужгородський національний університет, Україна

Вроджені вади розвитку становлять одну з найактуальніших медичних та соціальних проблем в Україні і за кордоном (В.В. Сутулов, 2006; G. Adanali, 2001). Це обумовлено високою частотою патології, а також тяжкістю анатомічних і функціональних порушень (L.T. Mitchell, 1992, D.F. Wyszynski, 1996, A.C. Marciano et al., 2000). Поширеність вад розвитку щелепно-лицевої ділянки, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2005), становить 4-6%, причому в половині випадків вони реєструються як вкрай важкі аномалії, що нерідко призводять до смерті новонародженого (К. Suzuki, 2000., В. Haenig, et al., 2002). Вроджені незрощення твердого піднебіння складають близько 90% щелепно-лицевих аномалій (В.А. Козлов, 1998; Т.Ф. Косирева, 2000., В.М. Безруков з співавт., 2005, А.С. Williams, 1996).

В даний час досягнуті значні успіхи в удосконаленні способів лікування і реабілітації хворих з вродженим незрощенням твердого піднебіння (В.М. Безруков з співавт., 2000., В.А. Бельченко з співавт., 2000).

Однак важливість вивчення різних аспектів цієї проблеми не зменшується, так як постійно зростають вимоги до естетичного і функціонального результату лікування, які пов'язані зі становленням особистості хворих, якістю їх життя (С.В. Дьякова з співавт., 1999; М. Farrall, 1992, Н. Koillinen et al., 2003). У дітей з вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки порушено низку життєво важливих функцій, зокрема смоктання, мовлення, дихання (S.Beiraghi, 2003 N.L. Brown et al., 2003).

Нечисленність і фрагментарність досліджень, що дають уявлення про колонізаційну резистентність ротової порожнини при вроджених вадах твердого піднебіння, визначають актуальність і перспективність обраної теми в теоретичному та практичному аспекті.

Мета: Визначення біоцентричних взаємин серед бактерій ротової порожнини у дітей з вродженим незрощенням піднебіння до уранопластики, оцінка цієї ділянки, розробка критеріїв значення умовно-патогенних мікробів у формуванні біоценозу порожнини рота.

Матеріали і методи дослідження: Для виконання поставлених завдань нами проведено обстеження 25 осіб з незрощеним піднебінням, що знаходяться на обстеженні та лікуванні в Закарпатській обласній дитячій клінічній лікарні м. Мукачева. Вивчення стоматологічного статусу в осіб, що перебували під нашим спостереженням, проводилося за методикою, рекомендованою ВООЗ.

При огляді порожнини рота звертали увагу на гігієнічний стан, наявність карієсу і його ускладнень, використовуючи індекси кпв, гігієни за методикою Ю.А. Федорова і В.В. Володкіної. Стан слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ оцінювали по А.Л. Машкіллейсону (1984). Для визначення розмірів щелеп і піднебіння проводили біометричні вивчення діагностичних моделей щелеп, що включає в себе вимір ширини зубних рядів в ділянці молочних іклів, других молочних молярів, фронтально-ретромолярний розмір (ФРР).

Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження проводився за методикою В.С. Крамар та Є.О. Кравцової (1994). Мікрофлора вивчалася за методом Haenel (1979) в модифікації С.К.Канарейкіної з співавт. (1981). Якісний і кількісний склад мікрофлори порожнини рота вивчався при обстеженні чотирьох біотопів: слизова оболонка щоки, язик, зубний наліт, піднебіння або незрощена частина. При проведенні бактеріологічного дослідження враховували: 1) загальна кількість мікроорганізмів; 2) кількість стрептококів; 3) лактобактерій; 4) стафілококів; 5) дріжджоподібних грибів; 6) ентеробактерій. Культивування анаеробів здійснювалося в мікроанаеростаті системи Gas-Pak (OXOID, Англія). Ідентифікація виділених мікроорганізмів проводилася на підставі морфологічних, культуральних, біохімічних і антигенних ознак відповідно до класифікації Берджи (1980). Щільність популяції визначали шляхом підрахунку мікроорганізмів в 1г зубного нальоту, на 1 см² поверхні слизової оболонки (КУО / од.субстр.).

Оцінку мікроекосистеми ротової порожнини проводили з використанням коефіцієнта значущості (М.П. Наткевічайте-Іванеускене, 1985), видового різноманіття (Р. Уїттекера, 1988), типології домінант за допомогою показника сталості (С) по С.І. Ситнику (1989).

Всі матеріали були піддані статистичній обробці. Обчислення проводилися в середовищі пакета STATISTICA 5,0, а також з використанням статистичного та інженерного аналізу MS Excel 97.

Таблиця 1

Морфологічні групи мікроорганізмів у дітей з вродженим незрощенням піднебіння, $M \pm m, \%$, КУО / од. суб.

Мікроорганізм	Група					
	Пацієнти з незрощенням піднебіння			Порівняння		
	абс.	%	КУО/од. суб.	абс.	%	КУО/од. суб.
Грампозитивні палички	34	40,7	$2,0 \cdot 10^3 \pm 1,2 \cdot 10^2$	38	97,4	$2,5 \cdot 10^3 \pm 2,4 \cdot 10^2$
Грамнегативні палички	30	12,0	$2,3 \cdot 10^3 \pm 23,5$	-	-	-
Грампозитивні коки	20	23,5	$1,3 \cdot 10^4 \pm 7,54 \cdot 10^3$	37	94,9	$5,5 \cdot 10^3 \pm 4,1 \cdot 10^2$
Грамнегативні коки	30	3,5	$1,0 \cdot 10^2 \pm 7,3$	4	7,7	$54,7 \pm 3,8$
Спірохети	34	4,1	$1,3 \cdot 10^3 \pm 1,0 \cdot 10^2$	10	25,1	$21,7 \pm 1,6$
Candida spp.	56	74,7	$1,9 \cdot 10^3 \pm 1,4 \cdot 10^2$	10	25,6	$70,7 \pm 5,7$

Результати досліджень: Для виконання поставлених завдань проведено оцінку показників стоматологічного статусу. Встановлено, що гігієнічний стан порожнини рота дітей з ортогнатичним прикусом (група порівняння) був задовільний ($1,3 \pm 0,02$ у.о.). Показники рівня гігієни у пацієнтів з вродженим незрощенням піднебіння склали в середньому $2,5 \pm 0,05$ у.о., що свідчить про поганий гігієнічний стан порожнини рота.

При вивченні мікробіологічного статусу було виділено та ідентифіковано 852 мікроорганізмів, з яких 40,7% були грампозитивними паличками, 12,0% були грамнегативними паличками, 23,5% грампозитивними коками, а 74,7% - дріжджоподібними грибами (табл. 1).

Висновки: Аналіз мікробних асоціацій в порожнині рота при вроджених незрошеннях піднебіння виявив певну закономірність - бактерії заселяли слизові оболонки не моно- а полікультурами, колонізуючи різні біотопи.

Отримані дані свідчать, що бактерії, представлені 3-ма видами, виявлені у 12,5% хворих, тоді як в групі порівняння - у 58,3% обстежених. При цьому у пацієнтів значно зросла кількість комбінацій з 4-х - 34,7% і 5-и видів мікроорганізмів - 19,4%, а здорові діти - 21,7% мали асоціації з 4-х видів бактерій і 8,3% - з 5-и. У 11,7% пацієнтів виявлено асоціації з шести мікроорганізмів.

УДК 616.314-085.454.1-74

Петришин О.А., Сулим Ю.В.

ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК У ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Найчастіше використовувані у клініці терапевтичної стоматології засоби місцевої аплікаційної терапії (розчини, мазі, пасти, гелі тощо) зазвичай недоста-

тньо ефективні через труднощі у забезпеченні постійної концентрації лікарської речовини, короткочасності їх контакту зі слизовою оболонкою рота, тривалістю лікування. Перспективними є нові лікарські форми у вигляді адгезивних полімерних дозованих плівок, які дозволяють вирішити цілу низку проблем: стійкості лікарських форм, пролонгації дії біологічно активної речовини, стабільності препарату у плівці, зменшення токсичної дії лікарської речовини на тканини порожнини рота, зменшення витрат медикаментів. Плівки дозволяють точно дозувати разову кількість лікарського препарату, а утворений розчин полімеру з активною речовиною рівномірно розподіляється у вогнищі ураження [1].

Метою нашої роботи було довести високу ефективність застосування у клінічній практиці полімерних стоматологічних плівок для лікування запальних та дистрофічних захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Як активні діючі біологічні речовини у складі плівок ми використовували декаметоксин, гепарин, тіотриазолін, мексидол і амізон.

Перед клінічною апробацією плівок нами була проведена низка доклінічних досліджень. Вивчалися фізико-механічні, технологічні, органолептичні властивості плівок. Розроблено склад і технологію як полімерної основи (плівконосія), так і лікувальних плівок з кожним препаратом. На опрацьовані нами композиції отримано патенти [2-6]. Виготовлені плівки з 0,02% декаметоксином виявляли виражену бактерицидну дію до стафілококів, стрептококів, грибів, мали гіперосмолярну активність, характеризувались доброю адгезією.

Гепарин проявляє антитромботичну дію, активізує фібринолітичні властивості крові, регулює процеси регенерації, пригнічує активність гіалуронідази. Роль гепарину пов'язана з ліквідацією стазу крові в розширених судинах кров'яного русла, прискоренні кровообігу та зменшенні набряку тканин. Ця активніюча речовина сприяє регенерації пошкоджених тканин на клітинному рівні і при цьому має виражені антиоксидантні властивості, запобігає набрякам, не викликає побічних ефектів, подразнення та алергії.

Включення до терапевтичної схеми лікування засобів антиоксидантної групи, наприклад тіотриазоліну, призводить до зменшення набряку, відновлення нормальної мікрофлори ротової порожнини, покращення епітелізації та активізації регенеративних процесів ушкоджених тканин. Мексидол є інгібітором вільнорадикальних процесів, мембранопротектором, має антигіпоксичну, протизапальну, протинабрякову дію. Препарат підвищує стійкість організму до дії різних пошкоджуючих чинників, зокрема, до кисневодефіцитних патологічних станів. Мексидол покращує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові, зменшує агрегацію тромбоцитів, стабілізує мембранні структури клітин крові.

Включений до складу плівки амізон виявляє виражену бактерицидну дію до стафілококів, стрептококів, грибів, деяких вірусів і найпростіших. Засіб має також анальгезуючі, протизапальні, жарознижуючі, інтерферогенні властивості.

Під нашим спостереженням перебувало 130 пацієнтів з запальними захворюваннями пародонта та слизової оболонки порожнини рота. У залежності від діагнозу, стадії хвороби, конкретної клінічної ситуації застосовували ту чи

іншу стоматологічну плівку. У низці випадків для досягнення максимального терапевтичного ефекту паралельно використовували плівки з різними препаратами, або ж починали лікування одним видом плівки, а завершували іншим.

Результати дослідження свідчать про високу ефективність апробованих плівок – скорочувались терміни лікування, пацієнти не відчували болю в ураженій ділянці. Зафіксована на слизовій оболонці плівка не викликала почуття дискомфорту, утримувалась на місці протягом 2-3 год. Порівняльна оцінка ефективності лікування засвідчує, що у дослідній групі пацієнтів ліквідація запальних змін у тканинах чи епітелізація пошкодженої слизової відбувалось на 2-4 дні раніше, ніж у контрольній групі. Число відвідувань лікаря до цілковитого одужання у контрольній групі склало 7,3, у дослідній – 4,9. У пацієнтів, яких лікували за допомогою плівок, не спостерігали будь-яких проявів алергії чи іншої небажаної реакції. Усі хворі відзначали, що під час лікування почувались комфортніше, ніж раніше, коли застосовувалась традиційна терапія.

Таким чином, проведені дослідження підтверджують високу клінічну ефективність полімерних стоматологічних плівок у лікуванні захворювань пародонту та слизової оболонки рота.

Література: 1. Ю.В. Сулим, А.Ю. Бучковська, О.А. Петришин. Застосування гелів і плівок для лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота і пародонта // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2014, №4. – С. 72 – 79. 2. Патент 23785 U, Україна, А 61К 6/00, А 61 J 3/00. Засіб для лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота у плівковій формі / І.С. Гриновець, Т.Г. Калинюк, Ю.В. Сулим та ін. (UA); ЛНМУ.- № 200700087; Заявлено 02.01.07; Опубл. 11.06.07, Бюл. № 8, 2007 р. 3. Патент 32680 U, Україна, А61К 6/00, С08L 5/00. Засіб у формі стоматологічної лікувальної плівки для лікування патології пародонта і слизової оболонки порожнини рота / В.С. Гриновець, Т.Г. Калинюк, І.С. Гриновець, Ю.В. Сулим, (UA); ЛНМУ.- № 200800438; Заявлено 14.01.08; Опубл. 26.05.08, Бюл. № 10, 2008 р. 4. Патент 33754 U, Україна, А61К 6/00, А61Р 29/00, А61J 3/00. Засіб з амизоном для лікування захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота у вигляді полімерної плівки / І.С. Гриновець, Т.Г. Калинюк, В.С. Гриновець, Ю.В. Сулим, (UA); ЛНМУ.- № 200802707; Заявлено 03.03.08; Опубл. 10.07.08, Бюл. № 13, 2008 р. 5. Патент 41463 U, Україна, А61К 6/00, А61К 31/33, А61Р 17/18, А61J 3/00. Засіб із тіотриазолоном для лікування патології пародонта і слизової оболонки порожнини рота у вигляді полімерної плівки / Л.І. Кучеренко, Т.Г. Калинюк, І.С. Гриновець, В.С. Гриновець та ін. (UA); ЛНМУ.- № 200814276; Заявлено 11.12.08; Опубл. 25.05.09, Бюл. № 10, 2009 р. 6. Патент 52396 U, Україна, А61К 6/00, А61J 3/00, А 61К 31/00, А61Р 17/18. Засіб із мексидолом для лікування патології пародонта і слизової оболонки порожнини рота у вигляді полімерної плівки / С.С. Різник, Ю.В. Сулим, Ю.Б. Різник, І.С. Гриновець (UA); ЛНМУ.- №201001910; Заявлено 22.02.10; Опубл. 25.08.10, Бюл. № 16, 2010 р.

Petryshyn O.A., Sulym Yu.V. USE OF POLYMERIC DENTAL FILMS IN THE PRACTICE OF THERAPEUTIC DENTISTRY.

Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

The purpose of our work was to prove the effectiveness of using of polymeric dental films for the treatment of inflammatory and dystrophic diseases of periodontal disease and oral mucosa in the clinical practice. As active biological agents in the films, we used decamethoxin, heparin, thiotriazolin, mexidol and amizon.

Under our supervision were 130 patients with inflammatory diseases of periodontal disease and oral mucosa. Depending on the diagnosis, the stage of the disease, the specific clinical situation, one or another dental film was used. In a number of cases, in order to achieve the maximum therapeutic effect, films with different preparations were used simultaneously, or they began treatment with one type of film, and ended with another one.

The results of the study indicate the high efficiency of the tested films - reduced the timing of treatment, patients did not feel pain in the affected area. A comparative assessment of the treatment effectiveness indicates that in the experi-

mental group of patients the elimination of inflammatory changes in the tissues or the epithelization of the damaged oral mucosa occurred 2-4 days earlier than in the control group. To complete recovery the number of doctor visits in the control group was 7.3, in the experimental group – 4.9. Patients treated with the film did not observe any manifestations of allergy or other unwanted reactions. The performed studies confirmed the high clinical efficacy of polymeric dental films in the treatment of periodontal disease and oral mucosa.

УДК 616.314-76

Пилипенко Т.І.

ДОСВІД ЦЕМЕНТУВАННЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ІМПЛАНТАТАХ З ЦЕМЕНТНИМ СПОСОБОМ ФІКСАЦІЇ НОВИМ СПОСОБОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Незнімні конструкції сьогодні є одними із найпоширеніших в зубному протезуванні. Процес їх удосконалення йде безперервно. Але ускладнення при використанні цих конструкцій становлять достатній відсоток. Порушення фіксації незнімних зубних конструкцій складає від 2.5 до 45%, а розвиток карієсу в опорних зубах становить від 25 до 55% від загальної кількості ускладнень. Протезування на імплантатах, які використовуються як опора для сучасних зубних конструкцій, також можуть супроводжувати ускладнення характерні для незнімного протезування. Крім того, для цього виду протезування притаманними є – інфекційні ускладнення (мукозит, переімплантит), у зв'язку з тим, що порожнина рота – “забруднена” в бактеріальному плані ділянка організму. На сьогодні численні дослідження не дозволяють сформуванню єдиної думки, щодо факторів сприяючих розвитку порушень фіксації незнімних зубних конструкцій, виникненню змін у тканинах пародонта та інших ускладнень.

Порівняння якості та термінів цементної фіксації конструкцій зубних протезів на імплантатах за традиційним та фіксації їх за новим способом. Як, при гвинтовому способу фіксації, так і при цементному способу фіксації імплантатів існують свої переваги та недоліки [3]. У літературі відсутня систематизація за частотою застосування тих чи інших методів фіксації імплантатів та виникаючими недоліками та їх аналізом [4]. При виборі імплантатів із тією чи іншою моделлю фіксації враховується також естетичність. Так при гвинтовій фіксації імплантатів отвори для гвинтів не відповідають естетиці при протезуванні нижніх премолярів та молярів. Композити маскують плями отворів гвинтів, але не у повній мірі. При цементній фіксації такого моменту вдається уникнути. Крім того, вважається, що шар цементу є амортизатором та оптимізатором розподілу оклюзійного тиску на імплантат та кістку [5]. Виготовлення конструкцій зубних протезів з опорою на імплантати при цементній фіксації майже не відрізняється від виготовлення інших зубних протезів. Зубний техник не потребує проходження спеціальних курсів навчання. Якщо імплантати мають кут розходження осей більше 17°, реставрувати зубний ряд краще буде імплантатами з цементною фіксацією, так як не існує відповідних стандартних абатментів. Цементна фіксація дешевше від гвинтової.

Матеріали і методи досліджень. Були обстежені пацієнти

ортопедичного відділення, які звернулись з метою розцементування незнімних зубних конструкцій з опорою на імплантати з цементним способом їх фіксації. Для проведення аналізу факторів якості фіксації, були обстежені 12 пацієнтів віком від 32 до 65 років, які надали згоду на ортопедичне лікування, звернулись в клініку ортопедичної стоматології з метою розцементування чи поломки незнімних зубних протезів, встановлених з опорою на імплантати зафіксованих цементним способом фіксації. Всі маніпуляції проводили згідно Додатку до Наказу МОЗ України №566 від 23-11-2004, що є протоколом лікування адентії часткової вторинної (III клас за Kennedy) [1]. Клінічна форма – включений дефект зубного ряду у боковій ділянці (переведений з необмеженого дефекту (II класу за Kennedy), за допомогою встановлення імплантатів у ділянці 16, 26, 36 чи 46 зубів. Пацієнти звернулись зі скаргами на естетичний дефект у боковій ділянці, утруднене пережовування їжі, тощо. Дослідження включали: збір анамнезу, огляд порожнини рота, вид прикусу, стан оклюзії. Додаткові обстеження: рентгенографія опорних зубів та імплантатів (чи панорамна рентгенографія щелеп у разі необхідності) та їх аналіз, зняття робочих чи анатомічних відбитків, для виготовлення незнімних зубних конструкцій чи виготовлення діагностичних моделей при необхідності та їх вивчення.

Якість фіксації оцінювали по крайовому прилягання: щільне крайове прилягання, відсутність зазору (0 балів); наявність зазору між коронкою та опорним зубом (1 бал) [2] оцінювали протягом 2-х років спостережень на предмет розцементування. У разі сумнівів можна також перевірити якість фіксації, знявши відбиток у ділянці прилягання коронки із шаром коректору.

Результати досліджень. Аналіз звернень пацієнтів із розцементуванням конструкцій незнімних протезів з опорою на імплантати зафіксовані цементним способом виявив, у 12 пацієнтів з 24 конструкціями зубних протезів (4конструкції мали по 3 опорних зуба, тобто всього 56 опорних зуба. Із них порушення облицювання спостерігалось у 4 конструкціях, де рентген показав наявність переімплантиту. У цих же пацієнтів, спостерігали порушення оклюзії у ділянках з імплантатами. Нами були видалені незнімні зубні конструкції, згідно показань. 4 конструкції були видалені сумісно з хірургом-стоматологом і ці пацієнти вже не підлягами незнімному протезуванню, так як кінцеві опорні імплантати були видалені, внаслідок переімплантиту. З останніх 8 пацієнтів, 6-м були зацементовані їх попередні конструкції, після відповідного лікування ясен та обробки, як самих конструкцій, так і цементу для їх фіксації УФ-опроміненням. 2 пацієнтам були виготовлені 4 мостоподібні металокерамічні конструкції з опорами на імплантати у ділянках 16, 26, 36, та 46 зубів. Виготовлені конструкції були знезаражені та зафіксовані цементним способом.

Висновки. Аналіз даних ускладнень у вигляді розцементування 56 опір та поломки із них 4 опір зубних конструкцій з опорою на імплантати, зафіксованих цементним способом фіксації дозволяє припустити, що причинами їх виникнення могли бути порушення крайового пародонту, що привело до потрапляння слини (з мікрофлорою) і сприяло вимиванню цементу, або порушенню його структури діяльністю мікроорганізмів. Це дозволило нам, зробити припущення, що

застосування нового способу фіксації таких конструкцій методом фіксації цементом, обробленим УФ(ультрафіолетовим)-опроміненням, сприятиме зменшенню чи навіть уникненню ускладнень подібного роду. Повторне цементування після відповідної обробки самих конструкцій, чи їх переробки, обробки цементу для фіксації УФ-опроміненням показало, що протягом спостереження 2-х років ніяких ускладнень не виявлено. Що свідчить про доцільність обраного нами способу фіксації незнімних зубних конструкцій. Про це свідчить також проведений в динаміці 2-х років аналіз клінічних спостережень.

Спостереження за станом конструкцій зубних протезів з опорою на імплантати зафіксованих цементним способом у 8 пацієнтів та аналіз анамнезу їх попереднього терміну використання пацієнтами та стану на момент звернення дозволив систематизувати отримані результати та зробити висновок, щодо перспективності впровадження УФ-опромінення цементів для фіксації незнімних зубних конструкцій в клініку ортопедичної стоматології.

Ключові слова: незнімні зубні конструкції (протези), стоматологічні конструкції, імплантати, спосіб фіксації.

Література. 1. Указ Президента України від 21.05.2002р. №475/ 2002 «Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007рр.» 2. Оценка качества краевого прилегания несъемной конструкции зубного протеза/Арутюнов С.Д., Бейтан А.В., Геворкян А.А. [и др.] // Институт стоматологии. – 2006 –№ 4 – С. 42-44. 3. Каирбеков Р.Д. Экспериментально-клиническое сравнение винтовой и цементной фиксации искусственных коронок на денальных имплантатах в разных условиях протезирования: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / Рифкат Давлетович Каирбеков / – М.,- 2013. -24с. 4. Частота структура клинических осложнений в зависимости от способа фиксации несъемной протезной конструкции на денальных имплантатах /Берсанов Р.У., Зуев М.Д., Хубаев С.-С. 3. [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. 2003-№6 (141) -С. 38-43. 5. Оценка целесообразности и модификации цинк-фосфатных цементов для фиксации несъемных конструкций зубных протезов/ Вольнов А.С., Чиркова Н.В., Картавцева Н.Г. [и др.] // Вестник новых медицинских технологий электронный журнал.-2018 - №3.- С. 159-168.

Pilipenko T.I. THE EXPERIENCE OF THE TESTING OF STRUCTURES OF TOBACCO PROTESES ON IMPLANTS WITH A FIXATION FIXATION WITH A NEW METHOD.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

For the analysis of the quality of fixation factors, 12 patients aged 32 to 65 years who were consenting to orthopedic treatment were examined, applied to the orthopedic dentistry clinic for the purpose of cleansing or breaking of non-removable dentures installed on the implants supported by the cement fixation method. All manipulations were carried out in accordance with the Annex to the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 566 from 23-11-2004, which is the protocol for treatment of admission of partial secondary (Class III for Kennedy) [1]. Clinical form is a dentinal defect in the lateral region (transmitted from an unbounded defect (Class II by Kennedy), by installing implants in the area of 16, 26, 36 or 46 teeth. Patients filed complaints about aesthetic defect in the lateral region, difficult to chew food, etc. The research included: history collection, oral cavity inspection, bite type, state of occlusion, additional examinations: X-ray of supporting teeth and implants (or panoramic radiography of the jaws if necessary) and their analysis, removal of workers or anatomical imprints, for the manufacture of non-removable dental structures or the manufacture of diagnostic models, if necessary, and their study.

The quality of the fixation was estimated at the edge adjoining: a dense edge

adjoining, a lack of clearance (0 points); the presence of a gap between the crown and the reference tooth (1 point) [2] was estimated during 2 years of observation for the subject of cleansing. You can also check it by removing the imprint in the adjacent area of the crown with the corrector layer.

The analysis of the patients' referrals on the removal of non-removable prosthesis-based implants by the cement-bonded method revealed that in 12 patients with 24 denture structures (4 constructs had 3 basic teeth, that is, 56 supporting teeth, of which there was a violation of the lining in 4 constructions, where X-rays showed the presence of a re-implant. In these same patients, disturbance of occlusion in the areas with implants was observed. We have removed removable dental structures, according to testimony. The four structures were removed in conjunction with the dental surgeon and these patients were no longer subject to permanent implantation, as the terminal implant implants were removed due to the re-implant. Of the last 8 patients, the 6th had been cemented with their previous designs, after the proper treatment of gums and treatments, both of the structures themselves and of cement, for their fixation by UV-irradiation. 2 patients were made 4 bridge-like metal-ceramic structures with implant support in sites 16, 26, 36, and 46 teeth. The manufactured structures were disinfected and cemented.

Conclusions. Analysis of these complications in the form of cleavage 56 resistance and breakage of them 4 resistance of dentures based on implants fixed by the method of fixation suggests that the causes of their occurrence could be violation of marginal periodontium, which led to the ingestion of saliva (with the microflora) and contributed washing of cement, or violation of its structure by activity of microorganisms.

This allowed us to make the assumption that the application of a new method for fixing such structures by fixing cement treated with UF (Ultra-Violet) radiation would contribute to reducing or even avoiding complications of this kind. Re-cementing after proper processing of the structures themselves, or their processing, processing of cement to fix UV-irradiation showed that during the observation of 2 years no complications were detected. That testifies to the expediency of our chosen method of fixing non-removable dental structures. This is evidenced also by a 2-year-old analysis of clinical observations conducted in the dynamics.

Observation of the state of structures of dentures based on cement-bonded implants in 8 patients and an analysis of their history of use by patients and the state at the time of treatment allowed to systematize the obtained results and conclude that the prospect of introduction of UV-irradiation of cements for fixing non-removable dentures in Clinic of Orthopedic Dentistry.

Keywords: fixed dental prostheses, dental cements, the dental implant, method of fixation.

УДК 616.07+616.084+616.08+616.8-009.66+616-089.843

Проць Г.Б., Пюрик В.П., Репетило І.І.

ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Дентальна імплантація є сучасним, прогресивним і достатньо ефективним напрямом у відновленні функціональної повноцінності зубощелепової

системи, який направлений на відновлення дефектів зубного ряду, нормалізацію процесів жування і на досягнення високого естетичного ефекту [7, 8]. На сьогоднішній день завдання дентальної імплантології зводиться не тільки до того, щоб розширити покази до застосування дентальних імплантів, збільшити сферу їх використання для відновлення дефектів зубних рядів, але й зменшити і попередити ускладнення, які виникають в процесі оперативного втручання і подальшого лікування та збільшити терміни функціонування імплантів [7, 10, 11]. Клінічний досвід показує, що однією із причин виникнення адентії, з приводу чого здійснюється дентальна імплантація, є генералізований пародонтит – запально-деструктивне захворювання тканин пародонту, яке характеризується запаленням ясен, утворенням пародонтальних кишень і прогресуючою деструкцією альвеолярного відростку [2, 6, 8, 10].

Деструктивні процеси в тканинах пародонту, обмінні процеси в кістковій тканині альвеолярного відростка тісно пов'язані зі структурно-функціональним станом кісткової системи організму, з активністю метаболічних процесів та інтенсивністю ремоделювання кісток скелету [5, 8].

Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводять за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини, які відображають інтенсивність резорбції і кісткоутворення. Основною ланкою в розвитку деструктивних змін кісткової тканини в більшості випадків є підвищення резорбції кісткових структур, або зниження кісткоутворення, або різні патологічні прояви в ремоделюванні кісткової тканини [2, 5, 11].

Однак, в імплантології для визначення показів і протипоказів, для зменшення й попередження ускладнень стан процесів ремоделювання кісткової тканини не завжди враховується [2, 3].

Тому, комплексне вивчення маркерів активності резорбції і процесів кісткоутворення дозволить розкрити особливості мінеральної щільності альвеолярних кісткових тканин і дасть можливість прогнозувати результати імплантації та забезпечити довготривалу стабілізацію імплантів шляхом диференційованого призначення остеотропних препаратів.

Мета – оцінка ролі показників маркерів резорбції і кісткоутворення в діагностиці, профілактиці та корекції структурно-функціональних порушень кісткової тканини при проведенні дентальної імплантації.

Об'єкти і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 87 хворих віком 30-55 років, яким було проведено дентальну імплантацію. Поставлено 240 імплантів із титану типу «U-impl», Entegra (Innova, Канада), «Radix» з наступним протезуванням. З них 96 імплантів на нижній щелепі, 71 імплант на верхній щелепі і 73 імпланти встановлено одномоментно на верхній і нижній щелепах. Імпланти встановлювались по двохетапній методиці з приводу включених дефектів – 25 хворим (28,7%), кінцевих – 48 хворим (55,17%), комбінованих – 14 пацієнтам (16,13%).

До операції і в процесі лікування нами проводилися клінічні, рентгенологічні, денситометричні і біохімічні дослідження. Всім хворим виготовляли діагностичні моделі.

Під час клінічного обстеження вивчали стан кісткової тканини навколо імплантів, візуально і пальпаторно оцінювали щільність покриву імплантів, наявність чи відсутність запальних змін, вивчали стан слизових оболонок порожнини рота, тканин пародонта з визначенням індексів Мюлемана, Гріна-Вермільйона, Рамфйорда, проби Шіллера-Писарева, слідкували за перебігом раневого процесу, наявністю гіперемії, набряку, больового компоненту, характеру контакту країв ран, за стабілізацією імпланту в кістковій тканині.

Всім хворим було проведено рентгенологічне обстеження, яке включало ортопантомографію, комп'ютерну томографію, прицільну рентгенографію.

Функціонально стан кісткової тканини оцінювали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на денситометрі Chelenger (ДМС – Франція) [9, 11, 12]. Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили ще й за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини, які реагують швидше у порівнянні з денситометрією [1, 2, 3, 12].

Одним з маркерів кісткового формування є остеокальцин, найпоширеніший білок кістки, який синтезується остеобластами і одонтобластами і є найбільш специфічним маркером остеобластичної активності. Рівень циркуляції остеокальцину відображає швидкість утворення кістки [1, 3, 4]. Для кількісного визначення остеокальцину в сироватці крові застосовувався імуноферментний тест Nordic Bioscience Diagnostics A/S N-MID Osteocalcin ELISA (Данія), референтні показники для якого становили у чоловіків 9,6 – 40,8 нг/мл, для жінок в менопаузі – 8,4 – 33,9 нг/мл, для жінок в постменопаузі – 9,5 – 48,3 нг/мл.

Діоксипіридинолін вивільняється із кісткового матеріалу при резорбції його остеокластами і є високочутливим і специфічним маркером резорбції. Надмірно високий рівень діоксипіридиноліну в сечі вказує на підвищену резорбцію кісткової тканини [5, 8, 12]. Рівень діоксипіридиноліну в сечі визначали імуноферментним методом із застосуванням набору DPD EIA KIT (США), референтні показники складала для жінок (25-44 років) 3,0 – 7,4 н/моль, для чоловіків (25-55 років) - 2,3 – 5,4 н/моль.

Отримані результати дослідження маркерів резорбції і формування кісткової тканини дозволили ціленаправлено призначати хворим, в яких були сповільнені процеси кісткоутворення, препарати, які стимулюють новоутворення кістки – осейн – гідроксиапатитові комплекси і фактори росту β («Остеогенон» по 1т. 2 рази в день протягом 30-45 днів). Хворим, в яких підвищено розсмоктування кісткової тканини призначали антирезорбенти – препарати кальцію і вітаміну Д₃ («Кальцій – Д₃ Нікомед» по 1т. 2 рази в день протягом 35-40 днів).

Результати дослідження та їх обговорення. Хворі, яким проводилась дентальна імплантація, за даними ультразвукової денситометрії були поділені на чотири групи: I група – 40 осіб, мінеральна щільність кісткової тканини в межах норми, II група – 35 хворих, мінеральна щільність кісткової тканини відповідає остеопенії, III група – 6 хворих, мінеральна щільність кісткової тканини відповідає остеопорозу, IV група – 6 хворих, мінеральна щільність кісткової тканини відповідає остеосклерозу. При обстеженні хворих, середній вік яких складав $45,9 \pm 2,3$ роки, зменшення щільності кісткової тканини було виявлено у

41 особи – остеопороз виявлено у 6 (7%) обстежених хворих, остеопенію у 35 (40%) хворих. Нормальну кісткову тканину, за даними ультразвукової денситометрії, констатовано у 40 хворих (46 %), а у 6 (7%) обстежених було виявлено остеосклеротичну кісткову тканину. Таким чином, 47 % хворих дентальна імплантација проводилась на фоні низької щільності кісткової тканини, а 53 % – на тлі нормальних та підвищених показників щільності кісткової тканини.

При клінічному обстеженні пацієнтів стан пародонту характеризувався незадовільною гігієною порожнини рота, про що свідчить значна кількість м'яких і твердих зубних відкладень, набряком і гіперемією, кровоточивістю ясен, рухомістю зубів, наявністю пародонтальних кишень різної глибини, появою передчасних оклюзійних контактів.

Клініко-рентгенологічне обстеження хворим проводилося до операції, через 6 місяців, 1, 3, 5 років. Через 1 місяць після операції в усіх пацієнтів I і IV групи, у 96, 8 % - II групи, у 91,4 % - III групи були відсутні скарги. При огляді навколо імплантів слизова оболонка блідо-рожевого кольору. Рухомість імплантів не спостерігалася, перкусія не болюча. В одного пацієнта (16,6%) III групи розвинувся періімплантит.

Через один рік у хворих I, IV групи всі імпланти були збережені (100%), у хворих II групи збереженість імплантів становила – 94,1%, у III групи – 80%. Через 3 роки спостережень I і IV групи зареєстровано періімплантитів у 2,8 %, у II – 8,9%, у III групи 24%. В одного хворого III групи спостерігалася рецесія ясен в ділянці імплантів. Однак, у 4 (11,4%) хворих II групи, у 2 (33,3%) пацієнтів III групи – спостерігалася відсутність стабілізації імплантів, що послугувало показом до їх вилучення.

Однією із основних причин дезінтеграції і видалення імплантів була активна резорбція кісткової тканини. Зниження висоти альвеолярної кістки на 5 рік у хворих III групи досягло в середньому $3,2 \pm 0,2$ мм, II група – $2,4 \pm 0,3$ мм. В той же час резорбтивний процес навколо імплантів у хворих I групи привів до втрати кісткової тканини в середньому тільки на $0,8 \pm 0,3$ мм і на $1,9 \pm 0,1$ мм у пацієнтів IV групи.

При вивченні нами маркерів метаболізму встановлено, що у хворих I-групи отримані показники остеокальцину ($20,68 \pm 1,07$ нг/мл) та діоксипіридіноліну ($9,42 \pm 1,13$ н/моль) свідчили про високі темпи кісткоутворення та невисокі темпи розсмоктування кісткової тканини (табл.1) і дозволили хворим даної групи не призначати остеотропні препарати.

Таким чином, результати біохімічних досліджень підтверджують, що хворі I групи не підлягають ризику остеопорозного процесу в альвеолярній кістці, що зумовило найменшу кількість ускладнень (3,2%) в даній групі і збереження високої щільності кісткової тканини в ділянці імплантації протягом 5 років.

У пацієнтів II групи спостерігали утворення кістки в межах норми ($21,77 \pm 1,42$ нг/моль) та підвищення розсмоктування кістки ($10,80 \pm 0,89$ н/моль) (табл.1), що сприяло показам до призначення антирезорбентів. Хворим призначали препарати кальцію і вітаміну Д₃ («Кальцій – Д₃ Нікомед» по 1т. 2 рази в день протягом 35-40 днів).

Згідно наших результатів, у хворих II групи на 3 рік диспансерних спостережень кількість періімплантитів і дезінтеграції імплантів зменшилась в порівнянні з хворими III-групи.

Хворим з остеопорозом (III група), в яких відмічали пригнічення процесів кісткоутворення ($10,48 \pm 0,9$) та високі темпи розсмоктування кісткової тканини ($15,3 \pm 1,2$ н/моль) призначали препарати, що стимулюють кісткоутворення і запобігають резорбції кісткової тканини – осейн гідроксиапатитові комплекси і фактори росту β («Остеогенон» по 1т. в день курсом 30-45 днів). Незважаючи на призначення остеотропної терапії, у хворих даної групи спостерігалася висока активність резорбтивного процесу навколо імплантів у віддалені терміни спостереження (через 3 роки зменшилася висота кісткової тканини на $2,3 \pm 0,2$ мм, а через 5 років – на $3,4 \pm 0,2$ мм), що привело до дезінтеграції імплантів у 9,28%.

Виявлено незначне зменшення маркеру формування кісткової тканини – остеокальцину ($18,27 \pm 2,10$ нг/мл) у хворих з остеосклеротичною кістковою тканиною (IV-група) порівняно із хворими I-групи ($20,68 \pm 1,07$ нг/мл). Маркер резорбції кісткової тканини у хворих цієї групи ($4,62 \pm 0,94$ н/моль) зменшується майже у двічі порівняно з хворими із нормальною щільністю кісткової тканини ($9,42 \pm 1,13$ н/моль), (табл.1).

Таблиця 1

Аналіз основних показників метаболізму кісткової тканини у хворих, яким проводилась дентальна імплантація.

групи хворих показники метаболізму	I-група мінеральна щільність кісткової тканини у межах норми (n=40)	II-група мінеральна щільність кісткової тканини відповідає остеопенії (n=35)	III-група мінеральна щільність кісткової тканини відповідає остеопорозу (n=6)	IV-група мінеральна щільність кісткової тканини відповідає остеосклерозу (n=6)
остеокальцин нг/мл	$20,68 \pm 1,07$	$21,77 \pm 1,42$	$10,48 \pm 0,9^* \bullet$	$18,27 \pm 2,10 \bullet$
діоксипіридиноліну н/моль	$9,42 \pm 1,13$	$10,80 \pm 0,89$	$15,3 \pm 1,2^* \bullet$	$4,62 \pm 0,94 \bullet$

Примітки: * - достовірність відмінності у порівнянні із результатами у здорових осіб ($P < 0,05$); • - достовірність відмінностей між групами спостереження ($P < 0,05$).

Таким чином, метаболізм кісткової тканини у хворих з остеосклеротичною щільністю характеризується невисокими темпами кісткоутворення та сповільненими процесами розсмоктування. Пацієнтам даної групи з профілактичною метою призначали препарати кальцію: «Кальцемін Адванс» по 1т. двічі на день протягом 1 місяця та «Кальцитонін» по 1т. двічі на день протягом 2 місяців.

Отже, при проведенні дентальної імплантації необхідно визначати якість кісткового ремоделювання для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини і для диференційованого призначення остеотропних препаратів з метою профілактики остеодеструктивних процесів альвеолярної кістки і для зменшення та попередження ускладнень, які виникають в процесі оперативного втручання та подальшого лікування. Вибір середників остеотропної терапії повинен проводитися із врахуванням стану процесів кісткового метаболізму.

Висновки. 1. Результати наших досліджень свідчать, що 47% хворим дентальна імплантація проводилась на фоні низької щільності кісткової тканини.

2. Показники біохімічних маркерів більш динамічно відображають зміни метаболізму кісткової тканини і відіграють важливу роль у диференційованому призначенні остеотропних препаратів. 3. При вивченні маркерів метаболізму встановлено, що у 46% хворих отримані показники остеокальцину ($20,68 \pm 1,07$ нг/мл) та діоксипіридиноліну ($9,42 \pm 1,13$ н/моль) свідчать про високі темпи кісткоутворення та невисокі темпи розсмоктування кісткової тканини і дозволяють даним хворим не призначати остеотропних препаратів. 4. У 40% пацієнтів спостерігали утворення кістки в межах норми ($21,77 \pm 1,42$ нг/мл) та підвищення розсмоктування кісткової тканини ($10,80 \pm 0,89$ н/моль), що сприяє показом до призначення антирезорбентів. 5. 7% хворим, в яких відмічали пригнічення процесів кісткоутворення ($10,48 \pm 0,9$ нг/мл) та високі темпи розсмоктування кісткової тканини ($15,3 \pm 1,2$ н/моль) призначають препарати, що стимулюють кісткоутворення і запобігають резорбції кісткової тканини.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальше дослідження маркерів кісткового ремоделювання після диференційованого призначення остеотропної терапії.

Ключові слова: маркери кісткового ремоделювання, кістковий метаболізм, остеотропна терапія, дентальна імплантація.

Література. 1. Ермакова И.П. Современные биохимические маркеры в диагностике остеопороза / И.П.Ермакова, И.А.Пронченко // *Остеопороз и остеопатии*. -1998. -№1. – С.24-26. 2.Мащенко И.С. Оценка остеопоротического процесса в альвеолярной кости / И.С.Мащенко // *Вісник стоматології*. -2002. -№2. –С.20-24. 3.Мащенко И.С. Роль показателей фосфорно-кальциевого обмена и маркеров костеобразования в прогнозировании исходов дентальной имплантации / И.С.Мащенко, В.Н.Мудрая // *Український морфологічний альманах*. – 2005. -№4. – С.165-169. 4.Нейко Є.М. Клінічні, інструментальні і лабораторні методи діагностики остеопорозу / Є.М.Нейко, І.Ю.Головач, З.М.Митник // *Навчальний посібник*. -2001. –С.53. 5.Остеопороз: Эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика, лечение / Н.А.Корж, В.В.Поворознюка, Н.В.Дядух, [та ін.] // *Золотые станицы*. -2002. –С.648. 6.Параскевич В.Л. Дентальная имплантация / В.Л.Параскевич // *Медицинская панорама*. -2002. –С.323-333. 7.Перова М.Д. Осложнения дентальной имплантации, их лечение и профилактика /М.Д.Перова // *Стоматолог*. -2002. -№11. –С.43-46. 8.Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта / В.В.Поворознюк, І.П.Мазур –Киев, -2003. –С.446. 9. Проць Г.Б. Використання остеоденситометрії для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини скелету у хворих на генералізований пародонтит / Г.Б.Проць // *Український морфологічний альманах*. -2007. - №4. – С.113-115. 10. Пюрк В.П. Причини та шляхи усунення ускладнень при дентальній імплантації /В.П.Пюрк, Г.Б.Проць, Г.П.Ничипорчук. // *Галицький лікарський вісник*. -2005. -№1. – С.81-83. 11.Рожинская Л.Я. Остеопороз: диагностика нарушений метаболизма костной ткани и кальций фосфорного обмена / Л.Я.Рожинская // *Клиническая лабораторная диагностика*. -1998. -№5. –С.25-32. 12. Bettsca F. Moro I. Biochemical marcercs of heme metabolism in the assessment of osteoporosis // *JFCC 1995 – V.T. issues 1. - P. 16-22.*

Prots G.B.. DIAGNOSTICS, PREVENTION AND CORRECTION OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL DISORDERS OF BONE TISSUE IN DENTAL IMPLANTING.

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Summary. The research results of bone tissue remodeling markers in 87 patients, who undergone dental implantation are presented. And their role in diagnosis and correction of structural and functional disorders of bone tissue is reflected. While planning the dental implantation, it is necessary to set the quality of bone remodeling to assess the structural and functional condition of bone tissue and for differential prescription of osteotropic drugs to prevent osteo destructive processes of alveolar bone and to reduce and prevent complications in operating and following treatment. During the study of the metabolism markers it was set that 46% of patients the received indicators of osteocalcin ($20,68 \pm 1,07$ ng/ml) and di-

oxypiridinolini ($9,42 \pm 1,13$ n/mol) showed a high rate of bone formation and low rates of bone resorption. This allowed not to prescribe osteotropic drugs to such patients. In 40% of patients the bone formation was observed within normal limits (ng/ml) and bone resorption increased what was the reason for antiresorbents prescription. To 7% of patients with inhibition of bone remodeling processes (ng/ml) and high levels of bone tissue resorption, it was necessary to prescribe the drugs which stimulate bone formation and prevent bone resorption.

Key words: marks of osseous remodeling, bone metabolism, osteotropic therapy, dental implantation.

Topicality. Dental implantation is a modern, progressive and sufficiently effective direction in restoring the functional value of the tooth-jaw system, which aims at restoring defects in the dentition, normalizing the processes of chewing and achieving a high aesthetic effect [7, 8]. To date, the task of dental implantology is not only to extend the indications to the use of dental implants, to increase the scope of their use for the repair of defects in dentition, but also to reduce and prevent complications that arise in the process of surgical intervention and further treatment and increase the duration of operation implants [7, 10, 11].

Clinical experience shows that one of the causes of adentia due to dental implantation is generalized periodontitis, an inflammatory-destructive periodontal tissue disease characterized by gum inflammation, the formation of periodontal pockets and progressive destruction of the alveolar sprout [2, 6, 8, 10] Destructive processes in the tissues of the periodontal, metabolic processes in the bone tissue of the alveolar appendix are closely related to the structural and functional state of the bone system of the organism, with the activity of metabolic processes and the intensity of the remodeling of the bones of the skeleton [5, 8].

The aim of the work was to evaluate the role of indicators of resorption markers and bone formation in diagnostics, prevention and correction of structural and functional bone tissue disorders during dental implantation.

Objects and methods of research. According to our observation, there were 87 patients aged 30-55 years old who had undergone dental implantation. 240 implants of U-implant type titanium, Entegra (Innova, Canada), Radix with the subsequent prosthetics were delivered. Of these, 96 are implants on the mandible, 71 implants on the upper jaw and 73 implants are mounted simultaneously on the upper and lower jaw. Implants were established according to a two-stage method for the included defects - 25 patients (28.7%), end - 48 patients (55.17%), combined - 14 patients (16.13%).

All patients had an X-ray examination, which included orthopantomography, computed tomography, and radiographic radiography. Functionally, the condition of bone tissue was evaluated by two-photon X-ray absorptiometry on a densitometer Chelenger (DMS - France) [9, 11, 12]. For the quantitative determination of osteocalcin in serum, the Nordic Bioscience Diagnostics A / S N-MID Osteocalcin ELISA (Denmark) immunoassay test was used.

Results of the study and their discussion. The patients who underwent dental implantation according to ultrasonic densitometry were divided into four groups: I group - 40 persons, mineral density of bone tissue within the norm, II group - 35 patients, mineral density of bone tissue corresponds to osteopenia, III group - 6 patients, mineral density of bone tissue corresponds to osteoporosis, IV

group - 6 patients, mineral density of bone tissue corresponds to osteosclerosis. In the examination of patients with an average age of $45,9 \pm 2,3$ years, a decrease in bone density was found in 41 patients - osteoporosis was detected in 6 (7%) patients examined, osteopenia in 35 (40%) patients. According to ultrasonic densitometry, normal bone tissue was confirmed in 40 patients (46%), and in 6 (7%) of the examined patients osteosclerotic bone tissue was detected. Thus, 47% of patients had dental implantation on the background of low density of bone tissue, and 53% - against the background of normal and elevated bone density.

In the clinical examination of patients, the periodontal condition was characterized by poor oral hygiene, as evidenced by a significant number of soft and firm dental deposits, edema and hyperemia, bleeding gums, dental mobility, the presence of periodontal pockets of varying depths, the appearance of premature occlusal contacts.

Clinical and X-ray examination of patients was performed before surgery, after 6 months, 1, 3, 5 years. One month after the operation, in all patients in groups I and IV, in 96, 8% - in the second group, in 91.4% - in the third group there were no complaints. When you look around the implants, the mucous membrane of pale pink color. The mobility of the implants was not observed, percussion is not painful. Periimplantitis developed in one patient (16.6%) of the third group.

After one year in patients with I, IV group all implants were preserved (100%), in patients with II group the implantation consistency was - 94.1%, in II group - 80%. After 3 years of follow-up of the I and IV groups, peri-implants were registered at 2.8%, in the second - 8.9%, in the third group - 24%. One patient of the third group had a recession of gums in the area of implants. However, in 4 (11.4%) patients in the 2nd group, in 2 (33.3%) patients in group III - there was no stabilization of implants, which served as an indication before their removal.

In our study of metabolic markers, it was found that in patients with I-group, osteocalcin ($20.68 \pm 1,07$ ng / ml) and dioxypyridipolin (9.42 ± 1.13 n / mol) were obtained at high rates of bone formation and low rates resorption of bone tissue (Table 1) and allowed the patients of this group not to prescribe osteotropic drugs. Thus, the results of biochemical studies confirm that patients in Group I are not at risk for osteoporosis in the alveolar bone, which caused the smallest number of complications (3.2%) in this group and the preservation of high density of bone tissue in the implantation area for 5 years.

Patients in the 2nd group observed bone formation within the normal range (21.77 ± 1.42 ng / mol) and increased bone resorption (10.80 ± 0.89 n / mol) (Table 1), which contributed to the indications prior to the appointment of anti-resorbents. Patients were prescribed calcium and vitamin D3 (Calcium-D3 NicoMed 1 ton 2 times a day for 35-40 days).

Patients with osteoporosis (group III), which marked the inhibition of bone formation processes (10.48 ± 0.9) and high rates of resorption of bone tissue (15.3 ± 1.2 n / mol), prescribed preparations that stimulate bone formation and prevent resorption bone tissue - osein hydroxyapatite complexes and growth factors β ("Osteogenone" on 1 ton per day for a period of 30-45 days). Despite the appointment of osteotropic therapy, patients with this group experienced high

activity of the resorptive process around the implants in the long-term observation (after 3 years the height of the bone tissue decreased by 2.3 ± 0.2 mm, and after 5 years - by $3.4 \pm 0, 2$ mm), which led to the disintegration of implants at 9.28%.

Conclusions 1. The results of our studies indicate that in 47% of patients, dental implantation was performed on the background of low density of bone tissue. 2. Indicators of biochemical markers more dynamically reflect changes in the metabolism of bone tissue and play an important role in the differentiated use of osteotropic drugs. 3. When studying the markers of metabolism, it was found that 46% of patients received osteocalcin (20.68 ± 1.07 ng / ml) and dioxypyridinoline (9.42 ± 1.13 n / mol) indications of high rates of bone formation and low rates resorption of bone tissue and allow these patients not to prescribe osteotropic drugs. 4. In 40% of patients, bone formation was observed within the normal range (21.77 ± 1.42 ng / ml) and bone resorption increased (10.80 ± 0.89 n / mol), which contributed to the antiresorbent appearance. 5. 7% of patients who noted oppression of bone formation (10.48 ± 0.9 ng/ml) and high rates of resorption of bone tissue (15.3 ± 1.2 n / mol) prescribe drugs that stimulate bone formation and prevent resorption of bone tissue.

Пустовойт К.А., Мирошниченко Т.В.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ 6–7 РОКІВ ІЗ ПІГМЕНТОВАНИМ ЗУБНИМ НАЛЬОТОМ ЗЕЛЕНОГО КОЛЬОРУ

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», Україна

Пігментований зубний наліт, зокрема зубний наліт зеленого кольору зустрічається часто в практиці дитячого лікаря-стоматолога. Ця проблема являється актуальною на сьогоднішній час. Вивчення якості гігієни порожнини рота і наявності соматичних захворювань у дитини, дадуть можливість встановити взаємозв'язок між цими складовими і появою зубного нальоту певного кольору. А також зробити висновки про вплив гігієни порожнини рота та соматичного статусу дитини на частоту виникнення пігментованого зубного нальоту зеленого кольору.

Мета: Узагальнити данні літературних джерел по пігментованому зубному нальоту зеленого кольору та результати власних досліджень щодо вивчення особливостей стоматологічного статусу дітей 6–7 років із пігментованим зубним нальотом зеленого кольору.

Матеріали та методи досліджень: для дослідження були вивчені дані літературних джерел щодо поширеності пігментованого зубного нальоту.

У дітей пігментований зубний наліт трапляється від 3,1 до 35,16 % випадків (С.С. França-Pinto, 2012). Найчастіше зубний наліт зеленого кольору зустрічається у дітей із незадовільною гігієною порожнини рота (Crispian Scully, Richard Welbury, 1994), виявляється при дисбактеріозі кишківника (Л.В. Шугля, 1994).

До клінічного дослідження було залучено 72 дитини віком 6–7 років, у яких виявили різні за кольором та консистенцією види зубного нальоту. Стан здоров'я вивчали за "Обмінними картами пологового будинку, пологового відділення лікарні" (форма №113/о) та "Історією розвитку дитини" (форма №112/о). Дані аналізували за Міжнародною класифікацією хвороб (10 перегляду). Для з'ясування гігієнічного стану порожнини рота застосовували індекс зу-

бного нальоту Debris Index Simplified (DI-S) (Oral Hygiene Index Simplified, Green-Vermillion, 1964 p.) та індекс гігієни порожнини рота Ю.А. Федорова, В.В. Володкіної. Карієсогенність зубного нальоту визначали методом, запропонованим J.L. Hardwick, E.V. Manly (В.Г. Бокая, И.В. Анисимова, В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцовою, 1989). Кислотну активність зубного нальоту визначали колориметричним способом за зміною забарвлення індикатора метиленового червоного від жовтого (при рН > 6,0) до червоного (при рН 4,5–6,0).

Результати та їх обговорення: Ми виявили пігментований зубний наліт зеленого кольору у 7 дітей (9,72 % від загальної кількості оглянутих дітей), що складно усувався зондом, а також комбінувався із іншими видами зубного нальоту, що співпадало з даними авторів про властивості зеленого нальоту (В.Г. Бокая, 1996; Crispian Scully, Richard Welbury, 1994). При вивченні видів нальоту залежно від ступеня активності каріозного процесу, пігментований зубний наліт зеленого кольору притаманний дітям із I та II ступенями активності карієсу зубів. Серед оглянутих дітей із пігментованим зубним нальотом зеленого кольору не виявили дітей з інтактною порожниною рота. Інтенсивність карієсу зубів становила $4,57 \pm 1,81$ зуба, каріозних порожнин зубів – $4,86 \pm 2,34$ порожнини. Серед дітей із зеленим кольором пігментованого зубного нальоту переважав X клас («Хвороби органів дихання») – 42,9 % та XI клас («Хвороби органів травлення») – 28,6 %. Також траплявся IX клас («Хвороби органів кровообігу») – 14,3 %. Не виявили дітей, які мають одночасно більше 2-х класів хвороб, усі діти мали один клас хвороб. Серед нозологічних одиниць траплялися хронічний гастрит, дискінезії, функціональні порушення кишківника, дисбактеріоз. Поганий рівень гігієни порожнини рота визначили у дітей із пігментованим зубним нальотом зеленого кольору – $2,04 \pm 0,55$ бала, що співпадає із дослідженнями іноземних авторів (Crispian Scully, Richard Welbury, 1994). В обстежених дітей із пігментованим зубним нальотом зеленого кольору мінералізувальний потенціал ротової рідини характеризувався як задовільний ($2,86 \pm 0,12$ бала).

Висновки: Пігментований зубний наліт зеленого кольору притаманний дітям із I та II ступенями активності карієсу зубів. Серед дітей із зеленим кольором пігментованого зубного нальоту переважав XI клас («Хвороби органів травлення») – 28,6 %. За індексом зубного нальоту DI-S виявили поганий рівень гігієни порожнини рота. Мінералізувальний потенціал ротової рідини характеризувався як задовільний.

Pustovoyt K., Mirochnichenko T.V. THE STUDY OF THE FEATURES OF THE DENTAL STATUS OF CHILDREN 6-7 YEARS OLD WITH PIGMENTED PLAQUE OF GREEN.

In order to identify pigmented green plaque, 72 children aged 6-7 years old were involved in the clinical research. Children with different types of plaque in color and texture. Pigmented green plaque was found in 9.72% of the total number of children examined. Pigmented green plaque is inherent in children with I and II degrees of tooth decay activity. Among children with green pigmented plaque, the X class prevailed ("Diseases of the respiratory organs") - 42.9% and the CI class ("Diseases of the digestive organs") - 28.6%. Also was IX class ("Diseases of the circulatory organs") - 14.3%.

Герметизація фісур частіше використовується у дітей та підлітків. Доведено, що при відсутності профілактики, впродовж 2-х років після прорізування молярів ознаки демінералізації емалі або утворення каріозної порожнини виявляються у 75-80%. Ряд авторів вважає, що герметизацію фісур доцільно проводити впродовж усього життя. Зокрема – доки не відбудеться фізіологічне стирання жувальних поверхонь, тобто до 50-55 років [1]. Така процедура розглядається як елемент метода профілактичного пломбування.

Неінвазивна методика дозволяє провадити ранню профілактику виникнення карієса у групах ризику. При нашому відборі дорослих пацієнтів задля проведення неінвазивної герметизації борозен зубів слугували такі показання, як високий КПВ, множинний карієс, наявність соматичної та ендокринної патології, планування вагітності та грудне годування дитини у жінок, ретенція функціональних третіх молярів. Також враховували ієрогліфіку фісур [2]. У якості герметизуючого матеріала використали високонаповнений (до 50%) герметик світлового твердження Jen-Fissufill (JenD LLC), що має підвищений опір до стерття; з розміром частинок 0,4 мкм. У його складі біоактивне скло, фтор-фосфат-кальцій.

Метою нашої роботи було встановлення клінічної ефективності використання високонаповненого герметика світлового твердження Jen-Fissufill при герметизації фісур у дорослих та вплив багатоцільового бонд-адгезиву Jen-Unibond на результати герметизації.

Матеріали та методи: Було клінічно обстежено та проліковано 14 пацієнтів віком 23-37 років, яким провели неінвазивну герметизацію фісур 31 постійного зуба герметиком світлового твердження Jen-Fissufill. Пацієнти розділені на дві групи – основну та групу контролю. В основній групі у 8 пацієнтів герметизували фісури у 19 зубах з використанням універсального багатоцільового бонд-адгезиву Jen-Unibond. В групі контролю, у 6 пацієнтів герметик на фісури у 12 зубах наносили безпосередньо на емаль. У комплекс обстеження пацієнтів обох груп обов'язково включали визначення індексів КПУ, ІГ, проведення колор-тесту емалі та дентину, рентгенологічне обстеження тощо. Усім пацієнтам заздалегідь проведена професійна чистка зубів повітряно-абразивним способом. Емаль у ділянці фісур протравлена 37% розчином ортофосфорної кислоти, висушена. В основній групі на фісури у 19 зубах нанесений та засвічений багатоцільовий бонд-адгезив Jen-Unibond та герметик Jen-Fissufill. В групі контролю герметик на фісури наносили безпосередньо на емаль та засвічували [3]. Прозорий (clea) наносили на фісури, що потребували контролю за розвитком каріозного процесу; білий (white) – задля контролю збереження герметика. Наприкінці робили контроль оклюзії та усували супраконтакти. Контрольні обстеження проводили через

тиждень, 3 місяці, 6 місяців, 1 рік, 2 роки.

Результати. У результаті проведених досліджень виявлено слідує. Через 3 міс герметики були втрачені в 5 зубах у 3 пацієнтів групі контролю. Причиною являлося надмірна товщина прозорого (clea) герметика та недостатньо усунуті супраконтакти. Цілісність герметика була відновлена з урахуванням вищезазначених недоліків білим (white) герметиком, що краще візуалізується. Через 6 міс спостерігалася часткова втрата герметика у 12 зубах (4 – в основній, 8 - у групі контролю); повна втрата – у 4 зубах (1 та 3 відповідно). Через 1 рік герметик частково чи цілком виявлявся у 18 зубах (11 та 7 відповідно); а через 2 роки – у 12 зубах (7 та 5 відповідно). За весь період спостереження за пацієнтами у зубах, що підлягли герметизації, не виявлено прогресування каріозного процесу. Натомість виявлено ущільнення емалі та зменшення її шорсткості, локальне зменшення утворення зубного нальоту [3].

Висновки: Результати проведених нами досліджень свідчать, що застосування високонаповненого герметика світлового твердження Jen-Fissufill при герметизації фісур у дорослих є ефективним. Використання багатоцільового бонд-адгезиву Jen-Unibond покращує адгезію герметика до емалі і пролонгує дію герметика. Можна рекомендувати вищезазначені препарати для широкого використання з метою ранньої профілактики карієсу у групах ризику на дорослому прийомі.

Література: І.А.И. Николаев, Л.М. Ценов. *Практическая терапевтическая стоматология.* – М., МедПресс-информ, 2007 – 923 С. 2. А.К. Ніколішин . *Терапевтична стоматологія.*-Вінниця.Нова книга,2012-641 С. 3. М.Ф. Данилевський з співавт. *Терапевтична стоматологія.* – Т. 2. – Київ “Здоров'я”. – 2004 – 245 С.

Ryabokon E.M., Kostjuk N.G. NON-INVASIVE SEALING OF FISSURES OF PERMANENT TEETH BY HIGHLY FILLED SEALANT JEN-FISSUFILL (JEND LLC) AMONG ADULTS.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

The results of using sealant Jen-Fissufill (JenD LLC) and bond-adhesive Jen-Unibond in the treatment of 14 patient (31 teeth) as the method of early prophylaxis of dental caries among adult patients. The dates confirm the high efficiency of these products. The good efficiency against dental caries allow recommending sealant as a new approach in clinical treatment.

Key words: sealant, dental caries, prophylaxis

УДК 378: 61:316.422 (477)

Рябоконт Є.М., Андрєєва О.В., Костюк Н.Г.

ДУАЛЬНА СИСТЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА МЕДИЧНО-ОСВІТЯНСЬКОЇ ТА МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.

Харківський національний медичний університет, Україна

Дуальна система професійної освіти зародилася та розповсюдилася на теренах промислового виробництва у країнах західної Європи [1] . Ще у 18-му сторіччі Адам Сміт у своїх працях, аналізуючи причини добробуту наро-

ду, вказував у дуальному навчанні на роль наставництва, навчання молоді азам праці на робочому місці біля майстра. Дуальна модель містить у собі одночасне навчання у двох організаціях: теорії - в учбовому закладі; затребуваним професійним компетенціям – на підприємстві, яке надасть робоче місце випускнику[2]. Тобто робоча установа готує фахівця під свої професійні нагальні запити та потреби. Сучасна дуальна система має ряд переваг та передбачає тісний зв'язок закладів освіти та праці, їх уніфікований рівень навчання, участь бізнесу у підготовці кадрів, можливість для молоді на робочому місці відразу застосувати набуті знання та навички тощо [3]. З недоліками дуальної системи освіти, на які вказують західні фахівці, зустрічаємося й ми. Це недостатня готовність підприємств до навчання – як наслідок, брак робочих місць; недостатнє обладнання та брак коштів; невідповідність освітніх програм сучасним практичним запитам та інше[4]. Колектив кафедри зі свого боку успішно долає ці труднощі. Упродовж року згідно сучасним вимогам переглянуті програми підготовки студентів стоматологічного факультета на 2-му, 3-му, 5-му курсах. Створено цикли факультативних занять з сучасних напрямків терапевтичної стоматології, що користуються підвищеним попитом у молоді. Оновлені комп'ютерний та фантомний класи, зроблений ремонт учбових приміщень тощо.

Вітчизняна система вищої медичної освіти залишається визнаною в усьому світі і постійно вдосконалюється. Реформа медицини та медичної освіти, інтегрування в Європу потребує нових сучасних підходів у підготовці фахівців медичної галузі. Особливу роль практично-орієнтований підхід грає у навчанні майбутніх лікарів-стоматологів.

Метою роботи було дослідити та висвітлити досвід застосування дуальної системи освіти на кафедрі терапевтичної стоматології в сучасних умовах.

Матеріали та методи: Виробнича практика з терапевтичної стоматології традиційно відбувається на клінічних базах стоматологічних поліклінік та відділень міських поліклінік м.Харкова. В останні роки студенти мають змогу також практикуватися у приватних кабінетах та клініках міста і вдома, за місцем мешкання, звідки вони приїхали на навчання. У такому разі студенти заздалегідь отримують дозвіл у відділі виробничої практики. Працюючи з лікарем-куратором у кабінеті, оформляють необхідну звітно-облікову документацію, завіряють її у керівництва медичного закладу. Залік з практики складається на кафедрі відповідальному за виробничу практику викладачу у зручний для студента час.

Результати: Як показує досвід, така форма проходження виробничої практики сприйнятлива та зручна для студентів, підвищує їх самосвідомість та відповідальність за підсумкові кінцеві результати практики. Студенти мають змогу всеосяжно побачити практичне втілення сучасних наукових розробок у себе в регіоні і приватному секторі, стикаються з конкретними проблемами стоматологічної галузі. При цьому вони остаточно визначаються з колом своїх професійних вподобань, що наводить їх до спеціалізації. А це є важливий аспект сучасної стоматології. У подальшому дуальна система під-

готовки фахівців дозволяє студентам більш свідомо відноситись до навчання, стимулює їх цікавість до дисципліни, підвищує рівень профорієнтації та полегшує пошук майбутніх робочих місць і працевлаштування. Робить конкурентоспроможними на сучасному ринку праці.

Висновки: Необхідно й надалі розвивати дуальну систему професійної медичної освіти, розширювати коло клінічних баз виробничої практики та зв'язки медичного вишу з ними.

Література. 1. Амеліна С. М. Особливості дуальної системи вищої професійної освіти у навчальних закладах Німеччини / С. М. Амеліна // Проблеми трудової і професійної підготовки : зб. наук. праць. – 2010. – Вип. 15 – С. 107–112. 2. Абашикіна Н. В. Принципи розвитку професійної освіти в Німеччині : монографія / Н. В. Абашикіна. – К. : Вища школа. 1998. – 207 С. 3. Сідакова Л. В. Сущність і основні признаки дуальної моделі навчання // Образование и воспитание. – 2016. – №2. 4. Атыханов А. Некоторые проблемы разработки государственных стандартов специальностей высшего образования в Республике Казахстан // Вестник высшей школы Казахстана. – 2010. – №1.

Ryabokon E.M., Andreeva O.V., Kostjuk N.G. DUAL SYSTEM OF PROFESSIONAL MEDICAL EDUCATION AS THE NECESSARY PART OF MEDICAL EDUCATION REFORM AND MEDICAL REFORM.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Dual system of professional education contains theoretical and practical study. The students with doctors work in dental clinic and dental department during by medical practice in Kharkiv. Part of students work in your motherland.

Key words: medical education, medical reform,

УДК 378.147.091:616.31

Рябокoнь Є.М., Баглик Т.В., Андрєєва О.В., Стеблянко Л.В., Бурцев Б.Г. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Перспектива подальшого науково-освітнього розвитку України та необхідність працювати в умовах імовірного реформування системи охорони здоров'я потребують впровадження в освітній процес сучасних методологічних підходів щодо професійної підготовки студентів-стоматологів.

Стоматологія належить до прикладних спеціальностей, основу яких складають певні уміння та практичні навички відповідно до професійних компетентностей та вимог до майбутнього професіонала. Тому особливу увагу на кафедрі терапевтичної стоматології викладацький склад приділяє формуванню у студентів клінічного мислення, інтегративного підходу до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань.

Практичні навички здобуваються та опановуються студентами на практичних заняттях спочатку на передклінічному курсі, а на старших курсах під час курації хворих, захисту історії хвороби та виробничої практики. На сьогодні на кафедрі впроваджуються та набувають поширення елементи симуляційного навчання, коли фантомне забезпечення дозволяє як відпрацювати практичні навички, так і змодельовати будь-яку клінічну ситуацію та певний алгоритм дії для її практичної реалізації. Це дозволяє обмірковано поєднува-

ти теоретичні знання з практикою, аргументувати свою точку зору.

Активізацію пізнавальної діяльності та аналітичного мислення студента реалізуємо за рахунок використання методу ситуаційного аналізу, що передбачає рішення ситуаційних задач, а також ігрові методи (ділова гра) з моделюванням клінічної ситуації біля крісла хворого. Зазначені методи активного навчання імітують ситуації, реальні у професійній діяльності, та допомагають знайти їх вірне рішення.

Слід зазначити роль мультимедійних систем в освітньому процесі. Інформаційно-комп'ютерні технології у навчанні сприяють оптимізації пізнавальної діяльності студента за рахунок візуалізації інформації під час практичних занять та лекцій, підготовки до поточного, проміжного та рубіжного контролю, до ліцензійного інтегрованого іспиту та випускної атестації. Мультимедійні презентації активізують студентську аудиторію, роблять її більш сприйнятливою до засвоєння матеріалу. Позитивний вплив на процес надбання знань студентами мають електронні версії підручників, а також створених на кафедрі навчальних посібників, методичних рекомендацій, тощо.

Робота кафедри терапевтичної стоматології спрямована на забезпечення майбутнього спеціаліста базовою інформацією та спроможністю самостійного виконання стандартних практичних навичок. Впровадження компетентнісного підходу орієнтує навчальний процес на професійні уміння, якими студент повинен володіти після завершення відповідного освітнього рівня.

Резюме. Для поліпшення професійної підготовки студентів використовується формування клінічного та аналітичного мислення, удосконалення практичних навичок, впроваджуються інформаційно-комп'ютерні системи у відповідності до професійних компетентностей майбутнього лікаря.

Ключові слова: клінічне мислення, практичні навички, професійні компетентності.

Summary. To improve the professional training of students, the formation of clinical and analytical thinking, the improvement of practical skills, and the implementation of information and computer systems in accordance with the professional competence of the future doctor.

УДК 616.314-089

Садигова Н.Н.¹, Ахмедбейли Д.Р.²

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Азербайджанский Медицинский Университет¹, Баку

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им А.Алиева², Баку

Более высокая частота выделения и высокие количественные показатели нетипичных для полости рта представителей, таких как энтеробактерии, энтерококки у пациентов с перимукозитами свидетельствовали о развитии дисбиоза. Объясняется такая микробиологическая картина недостаточным вычищением импланто-десневой борозды и низким уровнем гигиены полости рта. Высокая распространенность мукозита, периимплантита отражает недостаточную

эффективность лечебно-профилактических методов, что делает актуальным поиск новых подходов. Среди назначений в профилактических целях стоматологи всегда и часто используют гигиенические и антисептические средства и часто используются антибиотики, что зачастую избыточно и нецелесообразно по причине их побочные действия. Интересно, что средства на основе бактериофагов уже известны, но очень редко применяются стоматологами.

Цель исследований: выявление частоты применения различных диагностических методов и лекарственных препаратов в практической стоматологии.

Материал и методы лечения. В процессе исследования всего было опрошено 175 врачей-стоматологов в стоматологической клинике Медицинского Университета и в 10 частных стоматологических клиниках. Возраст респондентов варьировал от 30 до 52 лет. Респондентов мужского пола было - 70, а женского – 30%. Врачи-стоматологи, работающие в государственных стоматологических клиниках, составляли 60%, а в частных – 40%. Исследование осуществляли путем анкетирования прямым опросом. Опрос проводили, используя разработанный нами опросник, который характеризовал информированность специалистов о современных принципах диагностики и лечения воспалительных заболеваний полости рта и раскрывающих представления стоматологов-терапевтов о современных принципах диагностики и лечения пародонтопатий.

Результаты исследований Анализ частоты случаев использования дополнительных лабораторных методов исследования в процессе диагностики и лечения заболеваний пародонта выявил, что в среднем 30-51% респондентов никогда не использовали в практической деятельности лабораторные методы. В 100% случаев респонденты указывали, что используют рентгенологические методы исследования. Очень редко врачами использовались данные микробиологических исследований, около 20%. 1,1% респондентов государственных и частных стоматологических поликлиник указывали на постоянное использование цитологических исследований. При этом, часто к указанным диагностическим методам обращались 34,9% стоматологов из обследуемых клиник. Несмотря на относительно короткий срок реализации геля на основе пробиотиков, всего 9 врачей применяют его всегда, 42 – часто, а 30 – иногда, при этом, важно отметить то факт, что большое количество врачей не информировано о бактериофагах.

Выводы. Частота использования врачами-стоматологами только рентгенологического исследования, была несопоставима с частотой использования лабораторных методов, а недостаточная эффективность и высокий уровень распространенности побочных эффектов антибактериальной терапии требует поиска препаратов и средств селективного воздействия на патогенны с минимальным риском развития побочных эффектов.

Ключевые слова: перимукозит, лечение, пробиотик.

Литература. 1.Урбанович Л. И. Воспалительные заболевания красной каймы губ. — К.: Здоров'я, 2014. 2.Magnusson, I. & Listgarten, M.A. Histological evaluation of probing depth following periodontal treatment. *Journal of Clinical Periodontology*, 2010, 7, 26-31. 3.Spray, J.R., Garnick, J.J., Doles, L.R. & Klawitter, J.J. Microscopic demonstration of the position of periodontal probes. *Journal of Periodontology*, 2008. 49, 148-152.

Sadigova N.N., Ahmadbeyli D.R. TO OPTIMIZE DIAGNOSTIC AND TREATMENT METHODS OF COMPLICATIONS OF DENTAL IMPLANTATION.

Azerbaijan Medical University, Baku¹

Azerbaijan state Institute of improvement of doctors named after A. Aliyev, Baku²

A higher incidence of separation and high quantitative indicators of unusual for the mouth of the representatives, such as enterobacteria, enterococci in patients with permucosal testified to the development of dysbiosis. This is due to the microbiological picture of the lack of scrubbing, implanto-gingival grooves and a low level of hygiene of the oral cavity. The high prevalence of mucositis, peri-implantitis reflects the lack of effectiveness of therapeutic and preventive methods, which makes it relevant to search for new approaches. Among the prescriptions for preventive purposes, dentists always and often use hygienic and antiseptic agents and often use antibiotics, which is often excessive and impractical because of their side effects.. Interestingly, the funds based on bacteriophages are already known, but very rarely used by dentists.

The aim of the research is to identify the frequency of application of various diagnostic methods and drugs in practical dentistry.

Material and methods of treatment. During the study, 175 dentists were interviewed in the dental clinic of the Medical University and 10 private dental clinics. The age of respondents varied from 30 to 52 years. There were 70 male and 30% female respondents. Dentists working in public dental clinics accounted for 60 per cent and in private clinics for 40 per cent. The study was carried out by direct survey. The survey was conducted using a questionnaire developed by us, which characterized the awareness of specialists about the modern principles of diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the oral cavity and revealing the views of dental therapists about the modern principles of diagnosis and treatment of periodontal disease.

Analysis of the frequency of the use of additional laboratory methods in the diagnosis and treatment of periodontal diseases revealed that on average 30-51% of respondents have never used laboratory methods in practice. In 100% of cases, respondents indicated that they use x-ray methods. Very rarely the doctors used the data of microbiological studies, about 20%. 1.1% of the respondents of public and private dental clinics pointed to the constant use of cytological studies. At the same time, often these diagnostic methods were used by 34.9% of dentists from the examined clinics. Despite the relatively short period of implementation of the gel based on probiotics, only 9 doctors use it always, 42-often, and 30-sometimes, at the same time, it is important to note the fact that a large number of doctors are not informed about bacteriophages.

Summary. The frequency of use by dentists only x-ray examination, was not comparable with the frequency of laboratory methods, and the lack of effectiveness and high prevalence of side effects of antibiotic therapy requires the search for drugs and means of selective exposure to pathogens with minimal risk of side effects.

Keywords: permucosal, treatment, probiotic.

УДК 616.314.15-002-08-77:546.41

Стеблянок Л.В., Баглык Т.В., Заверуха Я.И., Бурцев Б.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩЕГО ПРОКЛАДОЧНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

При лечении острого глубокого кариеса зубов врачу-стоматологу приходится сталкиваться с выбором оптимального лечебного прокладочного материала. За последние 5-10 лет разработчиками представлено большое количество материалов и препаратов для прямого и непрямого лечебного и защитного покрытия пульпы.

В настоящее время на стоматологическом рынке появился новый фото-

полимерный прокладочный материал, модифицированный смолой, TheraCal LC торговой марки BISCO, аналогичный по действию с МТА, но лишенный его недостатков. TheraCal LC содержит кальций-силикатные наполнители, отдающие кальций и гидроксид-ионы, которые стимулируют образование апатитов, способствует высвобождению биологически активных белков дентинного матрикса, формированию слоя третичного дентина.

Целью исследования явилось изучение эффективности клинического применения нового светоотверждаемого кальцийсодержащего материала TheraCal LC (BISCO Dental Products) для непрямого покрытия пульпы при одномоментном лечении острого глубокого кариеса (ОГК).

Объекты и методы. Нами обследованы 43 соматически здоровых пациента 18-35-летнего возраста с удовлетворительной гигиеной полости рта и клинически установленным диагнозом «острый глубокий кариес», которым провели лечение ОГК в 46 зубах. Диагноз устанавливался на основании данных субъективного, клинико-инструментального и рентгенологического обследования.

Пациенты были распределены на 2 группы. В 1 группу включены 20 пациентов (14 женщин, 6 мужчин), которым лечение 22 зубов с ОГК проводили традиционно в 2 посещения и использовали лечебную прокладку химического отверждения на основе гидроксида кальция Calcipulpe (Septodont). Во 2 группу включены 23 пациента (12 женщин, 11 мужчин), которым в 24 зубах применяли кальцийсодержащий светоотверждаемый материал TheraCal LC (BISCO Dental Products) для лечения ОГК в одно посещение.

Всем пациентам перед началом лечения проведена профессиональная гигиена полости рта и даны рекомендации по уходу за полостью рта. Препарирование кариозной полости проводилось с осторожностью, чтобы не вскрыть полость зуба. Размягченный дентин удаляли экскаватором, сначала со стенок кариозной полости, контролируя степень плотности зондированием. На дне кариозной полости сохраняли небольшое количество светлого слегка размягченного дентина. Во время инструментальной обработки кариозную полость орошали теплым (t-37С) стерильным физиологическим раствором и высушивали стерильным ватным тампоном. Пациентам 1 группы на дно полости накладывали пасту из гидроксида кальция Calcipulpe (Septodont) и контрольную пломбу из стеклоиономерного цемента на 3-4 недели.

Пациентам 2 группы на дно полости наносили TheraCal LC, после чего в течение 20 секунд его фотополимеризовали. После проведения техники тотального протравливания на свободные поверхности пульповой камеры и прилежащий дентин наносили адгезив Adper™ Single Bond2 (3M ESPE) и пломбировали кариозную полость композитом FILTEK Z550 (3M ESPE) в соответствии с инструкцией фирмы-производителя.

Пациентам 1 группы во второе посещение через 3 недели при отсутствии жалоб полностью удаляли контрольную пломбу вместе с лечебной прокладкой, орошали полость физраствором, высушивали, на дно, согласно методике применения, наносили очень тонкий слой материала Calcipulpe, накладывали изолирующую прокладку из модифицированного СИЦ и посто-

янную пломбу из композита FILTEK Z550 (3M ESPE) после предварительного нанесения адгезива Adper™ Single Bond2 (3M ESPE). Контрольные осмотры проводились каждые три месяца в течение года. Во время осмотров оценивали жалобы, состояние пломбы (целостность, цвет, краевое прилегание) и изменения на рентгенограмме, клинические симптомы состояния пульпы (реакция на раздражители, ЭОМ), цвет, плотность десны.

Результаты исследований показали положительный терапевтический результат лечения ОГК в течение 3, 6, 9 месяцев в первой и во второй группах пациентов. Клинических субъективных и объективных признаков рецидива кариеса или его осложнений эти сроки не выявлено.

Через год клинически и рентгенологически было установлено, что в первой группе из 22 пролеченных зубов кариозный процесс купирован в 17 случаях (77%), во второй группе – в 22 случаях из 24 (92%). У пациентов 2 группы выявлено меньшее количество пломб с нарушением краевого прилегания и признаками вторичного кариеса, а именно в 2 случаях из 24 пролеченных зубов, у пациентов 1 группы - в 5 случаях из 22, что составляет 8% и 22 % соответственно. Осложненный кариес ни в одной группе не зарегистрирован.

Таким образом, применение TheraCal LC позволяет лечить ОГК в одно посещение и является более эргономичным и удобным по сравнению с применением гидроксида кальция, не требует наложения базовой изолирующей прокладки, исключает повторное раскрытие полости для экскавации лечебной прокладки и ее замены, сокращает сроки лечения, отменяет повторные визиты пациента.

Проведенные клинические наблюдения позволяют сделать вывод, что кальцийсодержащий препарат TheraCal LC (BISCO Dental Products) является эффективным и перспективным при лечении острого глубокого кариеса и является материалом выбора.

Ключевые слова: кариес, кальцийсодержащая прокладка.

Summary. For simultaneous treatment of acute deep caries, a light-cured calcium-containing gasket material was used. Proved its effectiveness and promise of application in clinical practice.

УДК 616.31-053.2:616.716-006-008.6-056.7-039.42

Стоян О.Ю., Денисова О.Г.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПРИ СИНДРОМІ АРНОЛЬДА-КІАРІ І ТИПУ

Харківський національний медичний університет, Україна

За даними Європейської організації з рідкісних захворювань (EURORDIS) такі у світі налічують 5-8 тисяч хвороб, з яких 80 % генетично обумовлені, а 20 % складають інші форми. Згідно статистики, ці захворювання у 65 % випадків призводять до тяжкої інвалідності, а у 35 % - до летальності у віці ≤ 1 року, в 10 % - < 5 , в 12 % - 5-15 років. Неврологічні відхилення у дітей, згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), констатуються у 80% спостережень [2]. У структурі дитячої захворюваності та смертності в бі-

льшості розвинених країн на перше місце виходять вроджені вади розвитку плода та новонародженого. Одним з вроджених вад розвитку є синдром Арнольда-Кіарі (САК). У 1891-1894 J. Arnold, H. Chiari роках описали спадковий порок розвитку головного мозку, з каудальним зміщенням мозочка і мозкового стовбура в розширений спинномозковий канал, що викликає зміни в верхньошийному відділі спинного мозку, який пізніше і був названий - синдром Арнольда-Кіарі, що виявляється в будь-якому віці як результат інфекції, інтоксикації, травми, емоційного стресу. Частота даної аномалії складає від 3,3 до 8,2 спостережень на 100000 населення, а у новонароджених -1 на 4-6 тисяч [5,6]. А на Україні частота патології констатується чисельністю 8,2 фактів на 1000 наявного населення країни [3]. САК супроводжується спадковою остеодистрофією Олбрайта, ахондроплазією, деформацією стоп типу Фридрейха, шийним гіперлордозом, асиметрією обличчя, плоскостопістю, конвексобазією. Часто перебіг САК спостерігають разом із базилярною імпресією, недорозвиненням потиличної кістки, платібазією, патологічною сегментацією зубовидних відростків, частковою асиміляцією атланта з потиличною кісткою і його гіпоплазією, атлантаксіальною дислокацією, аномалією розвитку шийних хребців аж до синдромом Клішпеля-Фейля. У дітей в 57% спостережень патологія має безсимптомний перебіг [4]. Спостерігається і гендерний аспект цього захворювання. Так, за даними Н.Б. Гуріної, при обстеженні дітей із синдромом Арнольда-Кіарі, дівчинки склали 64,6%. [1]



Рис. 1 Зовнішній вигляд пацієнтки Л., 11 років.

Проте опису стоматологічного статусу у пацієнтів із цим захворюванням в доступних джерелах немає. Тож клінічне спостереження такого представляє інтерес як для лікарів стоматологів, так і для сімейних лікарів, невропатологів і нейрохірургів.

Мета – визначення стоматологічного статусу пацієнтки з мальформації Арнольда-Кіарі I типу для вироблення тактики обстеження та лікування виявлених патологічних процесів.

Матеріали і методи досліджень. На консультацію лікарем-ортодонтом була направлена дівчинка А., 11 років для проведення операції пластики вуздечки верхньої губи на етапі планування ортодонтичного лікування. В процесі збору анамнезу, скарг у мам

дитини було встановлено: відсутність попереднього стоматологічного обстеження, що включає



Рис. 2, 3. Стан порожнини рота пацієнтки Л., 11 років.

ортопантомограмму, висновок про стоматологічному статусі зубощелепної системи дитини, укладення невропатолога. В анамнезі життя:

дівчинка є інвалідом дитинства, перебуває на диспансерному обліку у невропатолога і кожні 2 роки проходить медичний огляд з діагнозом - вроджена аномалія центральної нервової системи (ЦНС), краніостеноз, синдром Арнольда-Кіарі I типу (у мами дитини було отримано згоду на публікацію результатів променевого обстеження в медичній науковій періодичній літературі).

Результати досліджень. При об'єктивному обстеженні дитини виявлена асиметрія обличчя за рахунок збільшення лобової частини лицьового черепа, птозу століття правого ока, права надбрівна дуга вище лівої (рис. 1).

У порожнині рота: 2.1 і 2.2 конвертують між собою, 2.1 і 2.2 – розгорнуті уздовж вертикальної осі, медіальний кут коронки 2.1 і дистальний кут коронки 2.2 нахилені в піднебінну сторону (рис. 2, 3).



Рис. 4 – ОПГ пацієнтки А., 11 лет.



Рис.5 КПКТ пацієнтки Л., 11 років.

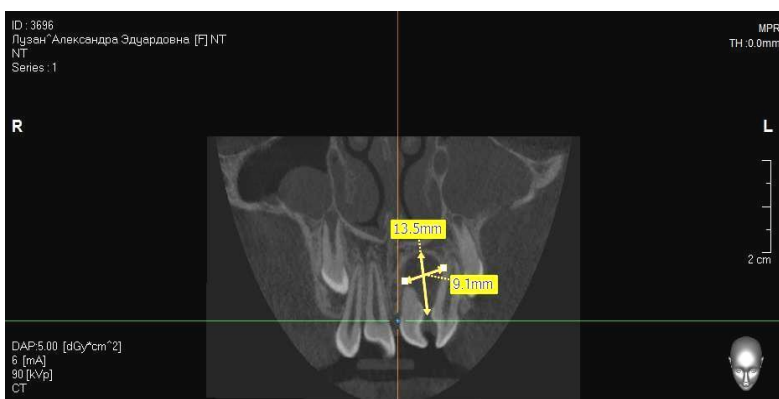


Рис. 6 КПКТ верхньої правої щелепи пацієнтки Л., 11 років.

Пальпація в області проекції коренів зубів 2.1, 2.2 безболісна. В області проекції кореня 3.6 визначається згладженість перехідної складки, безболісна при пальпації, щільної консистенції. Дитина спрямований на ортопантограмму (ОПГ). На ОПГ – розрідження кісткової тканини з рівними краями в області тіла, кута і гілки нижньої щелепи зліва з наявністю зачатків зуба 3.7; розрідження кісткової тканини грушоподібної форми з рівними краями в області лівої верхньої щелепи між крайнами 2.1 і 2.2. Визначається асиметрія рівнів хоан (рисунок 4).

Для уточнення розмірів і особливостей топографії виявлених вогнищ деструкції кісткової тканини пацієнтка була направлена на комп'ютерну конусно-променеву томографію (КПКТ) верхньої і нижньої

щелеп. На КПКТ нижньої щелепи: осередок деструкції кісткової тканини розміром $32,1 \times 30,3$ мм в області тіла, кута і гілки нижньої щелепи зліва, з зачатком зуба 3.7 (рис. 5).

На верхній лівій щелепі: осередок деструкції кісткової тканини в межкорневої області 2.1 і 2.2 розміром $13,5 \times 9,1$ мм (рис. 6).

На верхній правій щелепі - осередок деструкції кісткової тканини в області зубів 5.4 і 5.5 з рівними краями розміром $17,8 \times 14,4$ мм з фолікулами постійних зубів 1.4 і 1.5 (рис. 7).



Рис. 7. КПКТ верхньої правої щелепи пацієнтки Л., 11 років.

Пацієнтка спрямована в щелепно-лицевий стаціонар. Діагноз: Полікістоз. Фолікулярна кіста верхньої правої щелепи в області зубів 5.4, 5.5. Солідна кіста нижньої щелепи зліва? Глобуломасцеллярная кіста верхньої щелепи зліва в області зубів 2.1, 2.2.

Дитина прооперована з приводу солідної кісти нижньої щелепи зліва. Після патогістологічного дослідження встановлено остаточний діагноз: фолікулярна кіста нижньої щелепи зліва. Дитина спрямований на подальше спостереження. Через 7 місяців:



Рис. 8. Пацієнтка Л., 11 років. Стан області зуба 3.6 – відсутність патологічних змін

скарг немає, при об'єктивному обстеженні області зуба 3.6 патологічних змін не виявлено (рис. 8).

В області 2.1 і 2.2 візуально виявляється збільшення конвергенції зубів. Рекомендовано оперативне втручання в умовах стаціонару.

Висновок. З огляду на неоднозначність даного клінічного спостереження мальформації Арнольда-Кіарі, питання про пізню верифікації стоматологічного статусу і несвоєчасно розпочатої терапії або хірургічного втручання стоїть досить гостро.

Визначення стоматологічного статусу у таких пацієнтів повинно ґрунтуватися на знанні особливостей клінічної картини основного захворювання і можливих патологічних змін з боку зубощелепної системи, володінні діагностичними та диференційно-діагностичними навичками.

Література. 1. Гурина Н.Б. Синдром Арнольда-Кіарі у дітей в сучасних умовах // Н.Б. Гурина // Сборник материалов 70-ой Международной научно-практической конференции студентов и молодых учёных "Актуальные проблемы современной медицины и фармации"

- 2016. - С. 512-516 - Режим доступа <http://rep.bsui.by> 2. Колесник, М. Редкие заболевания нервной системы: проблемные вопросы диагностики и лечения / М. Колесник // Укр. мед. часопис. – 2015. – № 2. – С. 19–22. 3. Роль МРТ диагностики в дифференцированном хирургическом лечении больных с мальформацией Арнольда-Киари I. / Л. А. Усмонов [и др.] // Укр. нейрохирургический журн. – 2010. – № 3. – С. 59. 4. Смыченко, А. Е. К вопросу о мальформации Арнольда-Киари / А. Е. Смыченко // Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования: сб. ст. по мат. IX междунар. студ. науч.-практ. конф. – 2017. – № 6 (9). – Режим доступа: <https://sibac.info> 5. Ando, K. MRI tight posterior fossa sign for prenatal diagnosis of Chiari type II malformation. Ando K [et al.] // *Neuroradiology*. – 2007. – Vol. 49 (12). – P. 1033–1039. 6. Griffiths, P.D. The use of in utero MRI to supplement ultrasound in the foetus at high risk of developmental brain or spine abnormality / P. D. Griffiths [et al.] // *The British Journal of Radiology*. – 2012. – Vol. 85, № 1019. – P. 1038–1045.

Стоян Е. Ю., Денисова Е. Г. НАБЛЮДЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ СИНДРОМЕ АРНОЛЬДА-КИАРИ I ТИПА.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В статье описано клиническое наблюдение стоматологического статуса при синдроме Арнольда-Киари. Определена актуальность вопроса касающаяся особенностей клинической картины основного заболевания и возможных патологических изменений со стороны зубочелюстной системы, поздней верификации стоматологического статуса и последствий несвоевременно начатой терапии или хирургического вмешательства.

Ключевые слова: Синдром Арнольда-Киари, фолликулярная киста, глобуломаксиллярна киста.

Stoyan E.Y., Denysova E.G. OBSERVATIONS OF SPECIAL FEATURES OF DENTAL STATUS WITH ARNOLD-KIARI I TYPE SYNDROME.

Kharkiv National Medical University

According to the European Organization for Rare Diseases (EURORDIS), there are 5-8 thousand diseases in the world, 80% of which are genetically determined, and 20% are other forms. Neurological deviations in children, according to data from the World Health Organization (WHO), account for 80% of the observations. In the structure of childhood morbidity and mortality, in most developed countries, the birth defects of the fetus and newborn are in the first place. One of the congenital malformations is Arnold-Kiri syndrome, which is 3.3 to 8.2 observations per 100,000 population, and in newborns - 1 to 4-6,000. And in Ukraine, the frequency of pathology is confirmed by the number of 8,2 facts per 1000 of the existing population of the country. However, there is no description of the dental status of patients with this disease in accessible sources. Therefore, clinical observation of this kind is of interest both to doctors of dentists, and to family doctors, neuropathologists and neurosurgeons.

The purpose of the work was to determine the dental status of a patient with Arnold-Kiri type I syndrome for the development of a survey and treatment tactic for detected pathological processes.

Materials and methods of research. The examined girl A., 11 years old with a diagnosis – congenital anomaly of the central nervous system, craniostenosis, Arnold-Kiri type I syndrome.

Research results. An objective examination of the child revealed asymmetry face by increasing the frontal part of the facial skull century ptosis of the right eye, the right eyebrow arch top left. On OPG - rarefaction of bone tissue with equal edges in

the area of the body, angle and branches of the mandible on the left with the presence of rudiments of the tooth 3.7; rarefaction of pit bone with even edges in the region of the left upper jaw between countries 2.1 and 2.2. The asymmetry of the chaan levels is determined. On CT mandible: bone degradation cell size 32,1 × 30,3 mm in body angle and mandibular branches left from the rudiments of tooth 3.7. On the CT of the upper left jaw: a cell of destruction of bone tissue in the interconian area 2.1 and 2.2 in the size of 13.5 × 9.1 mm. On CT upper right jaw - bone cell destruction in the teeth 5.4 and 5.5 with smooth edges measuring 17,8 × 14,4mm with follicles permanent teeth 1.4 and 1.5. The patient is sent to the maxillofacial hospital. Diagnosis: Polycystic disease. Follicular cyst of the upper right jaw in the teeth area 5.4, 5.5. Solid cyst of the lower jaw on the left? Globulomaksillyarnaya cyst of the upper jaw on the left in the area of teeth 2.1, 2.2.

The child is operated on a solid cyst of the lower jaw on the left. After the pathological examination, the final diagnosis was established: the follicular cyst of the mandible on the left. The child is directed to further surveillance. After 7 months: no complaints, with an objective examination of the area of the tooth 3.6 no pathological changes were detected

In the region of 2.1 and 2.2, visual convergence of teeth increases visually. Operative intervention was recommended in a hospital setting.

Conclusion. Given the ambiguity of the clinical observation of Arnold-Chiari malformation, the question of a late verification dental status and untimely initiated therapy or surgery is quite acute. Determining the dental status of these patients should be based on knowledge of the clinical features of the underlying disease and possible pathological changes in the dentition, possession diagnostic and differential diagnostic skills.

Key words: Arnold-Chiari syndrome, follicular cyst, globulomaxillary cyst.

Струк В.І., Біда В.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЧНИМ СТИРАННЯМ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНИМ ЗНИЖЕННЯМ ВИСОТИ ПРИКУСУ ТА ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

*КМУ «Міська стоматологічна поліклініка», м. Чернівці,
НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна*

Патологічне стирання твердих тканин зубів характеризується складним перебігом, що залежить від клінічної форми, ступеня вираженості та наявних ускладнень. Серед найбільш характерних ускладнень патологічного стирання твердих тканин зубів виділяють зниженням висоти прикусу зі значними порушеннями оклюзійних взаємовідношень та дисфункційні прояви з боку скронево-нижньощелепних суглобів, усунення яких потребує складних клініко-діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів, що обумовило актуальність наших досліджень.

Мета роботи – вивчення особливостей клінічного перебігу та ортопе-

дичної реабілітації хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів, ускладненим зниженням висоти прикусу та дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобів.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 38 хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів, ускладненим зниженням висоти прикусу та дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів, з яких 28 – жінок та 10 – чоловіків, віком від 18 до 60 років. Для уточнення діагнозу та диференційної діагностики проводили ортопантомографію, комп'ютерну томографію щелепно-лицевої ділянки та скронево-нижньощелепних суглобів, електроміографію та оклюзографію. Для оцінки стабільності імплантатів використовували метод частотно-резонансного аналізу із застосуванням приладу Osstell ISQ.

Результати дослідження. При клінічному обстеженні зазначеного контингенту осіб звертали на себе увагу естетичні порушення - вкорочення нижнього відділу обличчя, виразність носо-губних та підборідних складок, яка не відповідають віку обстеженого, опускання кутів рота з частими проявами ангулярного хейліту, інтенсивну втрату твердих тканин всіх зубів, чи їх окремих груп з вираженими оклюзійними порушеннями. Причинами таких змін були місцеві фактори - прямий прикус, оклюзійні перевантаження унаслідок часткової втрати зубів, бруксизм, нераціональні конструкції зубних протезів.

За результатами проведених досліджень встановлено наявність асинхронного скорочення жувальних м'язів лівої та правої сторін в процесі довільного жування у 74,3% обстежених, та асиметричне збільшення передньо-верхнього розміру суглобової щілини з відповідними зменшенням розміру суглобової щілини в задньо-верхньому відділку суглобу, що нерідко супроводжувалося атиповим положенням суглобового диску.

Лікування проводили комплексно з урахуванням причинного фактора, загального стану здоров'я, віку хворого, активності перебігу патологічного процесу шляхом відновлення анатомічної форми зубів та висоти прикусу за допомогою непрямих реставрацій та заміщення дефектів зубних рядів ортопедичними конструкціями з опорою на дентальні імплантати. Протезуванню передувала капова підготовка. Дентальну імплантацію в області дефектів зубних рядів проводили за наявності достатнього об'єму кісткової тканини та відсутністю показань до кісткової аугментації. Протягом першого місяця після встановлення імплантату відзначали зниження стабільності в з'єднанні кістка-імплантат, потім на другому і третьому місяцях після операції - підвищення стабільності імплантату, досягаючи максимальних показників через рік, що вказує на ремоделювання кісткової тканини навколо імплантату.

Висновки. Розширення уявлень про особливості клінічного перебігу, ступінь морфо-функціональних змін зубощелепного апарату та застосування сучасних методів ортопедичного лікування у разі патологічного стирання твердих тканин зубів, ускладненого дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів сприятиме впровадженню сучасних методів ефективною реабілітації таких хворих в практику та запобіганню ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ НАЯСЕННИХ АДГЕЗИВНИХ ПОВ'ЯЗОК У ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Одним із пріоритетних напрямків сучасної фармакотерапії є пошук і впровадження у клінічну практику високоєфективних дюрантних препаратів. Теоретично, ідеальною лікарською формою біологічно активної речовини могла би бути така, яка б після одноразового контакту з певною тканиною організму спричиняла б цілковите одужання або стійку ремісію (у випадку хронічної патології).

У пародонтології в цьому аспекті науковий пошук ведеться у двох напрямках. Перший – створення терапевтичних систем на основі природних і синтетичних полімерів, де останні регулюють швидкість вивільнення лікарських препаратів [1]. Інший шлях – іммобілізація біологічно активних речовин у ділянці патологічного процесу через ізоляцію їх від ротової порожнини за допомогою відносно інертних з точки зору лікувальної дії пов'язок [2, 3]. Такий спосіб лікування цінний ще й тим, що забезпечує тканинам пародонта захист, спокій і умови для повноцінної регенерації, особливо, якщо попередньо проводилось хірургічне лікування.

Метою роботи було дослідження клінічної ефективності комбінованої методики терапевтичного впливу на тканини пародонту з використанням запропонованої нами раніше композиції на основі метронідазолу, лінкоміцину та вітаміну Е та застосовуваних у практиці ортопедичної стоматології адгезивних паст [4, 5].

Матеріали і методики. Під нашим спостереженням знаходилось 68 пацієнтів з діагнозом загострення хронічного генералізованого пародонтиту легкого та середнього ступенів. При обстеженні хворих використовували загальноприйняті клінічні методи, оцінювали форму, колір і консистенцію ясенних сосочків, наявність і характер зубних відкладень та ексудації з пародонтальних кишень. Користувались пробами Шиллера-Писарева, Парма, Ке-чке. Дані про глибину пародонтальних кишень, ступінь резорбції кістки альвеолярних відростків щелеп, рухомість зубів, їх стирання, наявність клиноподібних дефектів фіксували у пародонтограмі. Наявність та інтенсивність кровоточивості ясен встановлювали за 4-ступеневим показником гінгіворагії. Обчислювали пародонтальний індекс Рассела, гігієнічні індекси.

В усіх пацієнтів лікування проводили за допомогою композиції з лінкоміцину, метронідазолу та вітаміну Е, яку застосовували після ретельного зняття зубних відкладень, кюретажу та полірування поверхні коренів. Крім цього, після внесення композиції у пародонтальні кишень та міжзубні проміжки, на маргінальну частину ясен правої або лівої сторін накладали пов'язку з адгезивної пасти „Лакалут дент” або „Corega”. Вказані пасти являють собою суміш синтетичних або природних полімерів і наповнювачів з приємним смаком і запахом, мають високий ступінь адгезії до зубів і слизової оболонки рота та застосовуються з метою покращення фіксації знімних протезів.

Методика приготування пов'язки полягала в наступному. На смужку целофану відповідних розмірів (можна використовувати стандартні прозорі целулоїдні матриці для пломбування) шаром 1 – 1,5 мм наносили пасту. Ясенний край і пришийкові частини зубів висушували, дві попередньо приготовані смужки з пастою накладали з вестибулярної та оральної сторін зубного ряду. Контролем служили ясна на протилежній стороні щелепи.

Результати та їх обговорення. Проведене нами комплексне лікування дозволило досягнути нормалізації пародонтального статусу у 88,62% хворих. У цих пацієнтів щезали симптоми гострого запального процесу, ясна набували рожевого кольору, зникав набряк ясенних сосочків, зменшувалась глибина пародонтальних кишень. Оцінка клінічного застосовування адгезивних паст дозволяє констатувати, що використововані нами пов'язки добре переносяться хворими, швидко накладаються та утримуються у порожнині рота протягом 4-6 годин. На частині альвеолярного паростка, де фіксувались пародонтальні пов'язки не спостерігали кровоточивості, будь-яких ознак запальної чи алергічної реакції, очікуваний клінічний результат наступав раніше ніж з контрольного боку.

Отримані результати лікування корелюють з даними індексної оцінки тканин пародонту. Так, пародонтальний індекс (Russel) у хворих із середнім ступенем пародонтиту на контрольній стороні становив до лікування $4,56 \pm 0,17$, після – $0,83 \pm 0,14$. У досліді ці показники склали відповідно $4,44 \pm 0,15$ та $0,39 \pm 0,11$ ($P < 0,05$). Гігієнічний індекс у контролі до проведеного лікування становив $1,98 \pm 0,23$, після – $1,27 \pm 0,19$, тоді як на дослідній стороні ці показники становили $1,95 \pm 0,23$ та $1,08 \pm 0,10$ відповідно ($P < 0,05$).

Висновки. 1. Запропонований спосіб лікування з використанням композиції на основі лінкоміцину, метронідазолу та вітаміну Е у поєднанні з пародонтальною пов'язкою з адгезивної пасти є клінічно ефективним і може рекомендуватись для широкого застосування у пародонтології. 2. Ізолюючі пародонтальні пов'язки з адгезивних паст є надійним засобом для тривалої іммобілізації лікарських засобів у тканинах пародонту, швидко накладаються та знімаються, не викликають побічних ефектів, мають естетичний вигляд.

Література: 1.Ю.В. Сулим, А.Ю. Бучковська, О.А. Петришин. Застосування гелів і плівок для лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота і пародонта // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2014, №4. – С. 72 – 79 2.Різник С.С., Гриник Б.С., Гриновець В.С., Сулим Ю.В., Деніга І.С. Пародонтальні пов'язки. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 98 с. 3.Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування. Навчальний посібник / Г.М. Мельничук, М.М.Рожко. – Івано-Франківськ. – 2004. – 248 с. 4.Кухта С.І. Застосування композиції з метронідазолом і лінкоміцином у лікуванні пародонтитів / С.І.Кухта, Ю.В.Сулим, Л.М.Піняжко // Практична медицина. – 1999. – №№ 5 – 6. – С. 66 – 67. 5.Піняжко Л.М. Дослідження клінічної ефективності композиції метронідазолу, лінкоміцину та вітаміну Е у лікуванні запальних захворювань пародонту / Л.М.Піняжко, Ю.В.Сулим //Стоматологічні новини. – Львів – 2000. – С. 72 – 74.

Sulym Yu.V., Petryshyn O.A. APPLICATION OF ADHESIVE PERIODONTAL DRESSING IN TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE.

Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

The purpose of the work was to study the clinical effectiveness of the combined method of therapeutic effect on periodontal tissue using a composition based on metronidazole, lincomycin and vitamin E and adhesive pastes that are

used in the practice of prosthetic dentistry.

There were 68 patients under our supervision with a diagnosis of exacerbation of chronic generalized periodontitis. Treatment of all patients was carried out using a combination of lincomycin, metronidazole and vitamin E, which was used after careful removal of dental plaque, scaling and root planing. In addition, after applying the composition to periodontal pockets and interproximal spaces, a dressing of adhesive paste "Lakalut Dent" or "Corega" was applied to the marginal part of the gums on the right or left sides.

Our comprehensive treatment allowed us to achieve normalization of periodontal status in 88,62% of patients.

The proposed method of treatment using lincomycin, metronidazole, and vitamin E in combination with a periodontal dressing of adhesive paste is clinically effective and may be recommended for widespread use in periodontology. Isolating periodontal dressing from adhesive pastes are a reliable means for prolonged immobilization of drugs in periodontal tissues.

Сулим Ю.В., Петришин О.А.

ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК У ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Найчастіше використовувані у клініці терапевтичної стоматології засоби місцевої аплікаційної терапії (розчини, мазі, пасти, гелі тощо) зазвичай недостатньо ефективні через труднощі у забезпеченні постійної концентрації лікарської речовини, короткочасності їх контакту зі слизовою оболонкою рота, тривалістю лікування. Перспективними є нові лікарські форми у вигляді адгезивних полімерних дозованих плівок, які дозволяють вирішити цілу низку проблем: стійкості лікарських форм, пролонгації дії біологічно активної речовини, стабільності препарату у плівці, зменшення токсичної дії лікарської речовини на тканини порожнини рота, зменшення витрат медикаментів. Плівки дозволяють точно дозувати разову кількість лікарського препарату, а утворений розчин полімеру з активною речовиною рівномірно розподіляється у вогнищі ураження.

Метою нашої роботи було довести високу ефективність застосування у клінічній практиці полімерних стоматологічних плівок для лікування запальних та дистрофічних захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Як активніючі біологічні речовини у складі плівок ми використовували декаметоксин, гепарин, тіотриазолін, мексидол і амізон.

Перед клінічною апробацією плівок нами була проведена низка доклінічних досліджень. Вивчались фізико-механічні, технологічні, органолептичні властивості плівок. Розроблено склад і технологію як полімерної основи (плівконосія), так і лікувальних плівок з кожним препаратом. На опрацьовані нами композиції отримано патенти.

Виготовлені плівки з 0,02% декаметоксином виявляли виражену бактерицидну дію до стафілококів, стрептококів, грибів, мали гіперосмолярну ак-

тивність, характеризувались доброю адгезією.

Гепарин проявляє антитромботичну дію, активізує фібринолітичні властивості крові, регулює процеси регенерації, пригнічує активність гіалуронидази. Роль гепарину пов'язана з ліквідацією стазу крові в розширених судинах кров'яного русла, прискоренні кровообігу та зменшенні набряку тканин. Ця активуюча речовина сприяє регенерації пошкоджених тканин на клітинному рівні і при цьому має виражені антиоксидантні властивості, запобігає набрякам, не викликає побічних ефектів, подразнення та алергії.

Включення до терапевтичної схеми лікування засобів антиоксидантної групи, наприклад тіотриазоліну, призводить до зменшення набряку, відновлення нормальної мікрофлори ротової порожнини, покращення епітелізації та активізації регенеративних процесів ушкоджених тканин. Мексидол є інгібітором вільнорадикальних процесів, мембранопротектором, має антигіпоксичну, протизапальну, протинабрякову дію. Препарат підвищує стійкість організму до дії різних пошкоджуючих чинників, зокрема, до кисневодефіцитних патологічних станів. Мексидол покращує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові, зменшує агрегацію тромбоцитів, стабілізує мембранні структури клітин крові.

Включений до складу плівки амізон виявляє виражену бактерицидну дію до стафілококів, стрептококів, грибів, деяких вірусів і найпростіших. Засіб має також анальгезуючі, протизапальні, жарознижуючі, інтерфероногенні властивості.

Під нашим спостереженням перебувало 130 пацієнтів з запальними захворюваннями пародонта та слизової оболонки порожнини рота. У залежності від діагнозу, стадії хвороби, конкретної клінічної ситуації застосовували ту чи іншу стоматологічну плівку. У низці випадків для досягнення максимального терапевтичного ефекту паралельно використовували плівки з різними препаратами, або ж починали лікування одним видом плівки, а завершували іншим.

Результати дослідження свідчать про високу ефективність апробованих плівок – скорочувались терміни лікування, пацієнти не відчували болю в ураженій ділянці. Зафіксована на слизовій оболонці плівка не викликала почуття дискомфорту, утримувалась на місці протягом 2 – 3 год. Порівняльна оцінка ефективності лікування засвідчує, що у дослідній групі пацієнтів ліквідація запальних змін у тканинах чи епітелізація пошкодженої слизової відбувалось на 2-4 дні раніше, ніж у контрольній групі. Число відвідувань лікаря до цілковитого одужання у контрольній групі склало 7,3, у дослідній – 4,9. У пацієнтів, яких лікували за допомогою плівок, не спостерігали будь-яких проявів алергії чи іншої небажаної реакції. Усі хворі відзначали, що під час лікування почувались комфортніше, ніж раніше, коли застосовувалась традиційна терапія.

Таким чином, проведені дослідження підтверджують високу клінічну ефективність полімерних стоматологічних плівок у лікуванні захворювань пародонту та слизової оболонки рота.

УДК 616.314-002-053.2/.6

Терехова Т.Н., Шаковец Н.В., Кленовская М.И., Мельникова Е.И., Чернявская Н. Д., Наумович Д.Н.

ОЦЕНКА РИСКА КАРИЕСА НЕЗРЕЛЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗНЫМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Оценка риска развития кариеса вызывает затруднения по причине многофакторной этиологии этого заболевания, большого числа взаимосвязей между факторами риска, и влияния каждого из них в зависимости от силы, частоты и продолжительности.

На сегодняшний день предложено несколько моделей для оценки риска кариеса, которые отличаются друг от друга числом включенных факторов и их комбинациями, критериями оценки и интерпретацией результатов. Как правило, в основе моделей оценки риска кариеса лежат такие факторы, как характер и частота питания, использование фторидов, резистентность организма и уровень оральной микрофлоры, которые рассматриваются во взаимодействии с социальными, культурными и поведенческими факторами человека. То есть индикаторы риска кариеса варьируют от тех, которые являются непосредственной причиной кариеса (например, микрофлора) или могут быть полезными для прогнозирования (социально-экономические факторы), до таких, которые могут быть рассмотрены как защитные факторы [1,2,3].

Необходимо также учитывать, что уровень риска развития кариеса не является постоянным: он меняется с течением времени, так как одни факторы риска появляются, а другие исчезают. Поэтому периодически следует проводить переоценку риска кариеса, при этом необходимо определить оптимальный интервал между повторными визитами, так как не всех пациентов следует осматривать с одинаковой частотой [4].

Специалисты понимают, что не существует единой системы оценки риска развития кариеса, которая была бы абсолютно достоверным и надежным инструментом, и позволила бы достичь высоких уровней как положительных, так и отрицательных показателей прогнозирования.

Существующие в настоящее время модели оценки риска, основанные на многофакторной концепции кариеса, как правило, имеют высокую специфичность, но низкую чувствительность. Поэтому научный подход к оценке риска развития кариеса все еще находится на этапе развития и до сих пор ни одна из моделей не обеспечивает точного прогнозирования риска кариеса.

Целью нашей работы явилась разработка клинической модели оценки риска развития кариеса незрелого зуба у детей и подростков, относящихся к разным группам здоровья.

Объект и методы. Нами обследовано 88 школьников 7-12 лет, из них 14 человек имели первую группу здоровья, 64 – вторую и 10 – третью группу. Для оценки риска развития кариеса нами учитывались биологические, клинические и защитные факторы.

- Биологические: частота перекусов между основными приемами пищи;

визиты к стоматологу (регулярные, нерегулярные); принадлежность к группе здоровья ребенка;

- Клинические: индексы интенсивности кариеса (кпу, КПУ, ICDAS), лазерная флюоресценция, уровень гигиены полости рта;
- Защитные: системная и местная фторпрофилактика, скорость саливации, вязкость слюны, минерализующий потенциал слюны (МПС).

Таблица 1

Клиническая модель оценки риска развития кариеса незрелого зуба у детей и подростков

Наименование показателя	Баллы		
	0	1	2
Биологические факторы			
Группа здоровья	1 и 2 (без патологии ЛОР-органов, ЖКТ, органов полости рта)	2 (с патологией ЛОР-органов, ЖКТ, органов полости рта)	3, 4
визиты к стоматологу	регулярно	нерегулярно	С острой болью
перекусы между приемами пищи	не более 3 раз в день	4-5 раз в день	более 6 раз в день
Клинические факторы			
КПУ	0	0	≥1
кпу	0-2	3-7	≥8
ОHI-S	0-1,6	1,7-2,5	≥2,6
ICDAS у ≥1 первых постоянных моляров	0	1	≥2
Показания прибора Diagnodent у ≥1 первых постоянных моляров	Менее 7	8-13	14-20
Защитные факторы			
Скорость саливации	нормальная	Пониженная	Очень низкая
Вязкость	Менее 1,30	1,31-1,40	≥1,41
МПС	2,1 -5,0	1,1 – 2,0	0 – 1,0
Чистка зубов фторсодержащей пастой	да	нерегулярно	нет
Системная фторпрофилактика	да	нерегулярно	нет

Биологические факторы выявлялись при сборе анамнеза, клинические и защитные в ходе стоматологического обследования.

Результаты. В таблице приведены значения показателей в баллах, соответствующие различным степеням риска развития кариеса в незрелых зубах. Каждому параметру присваивается определённый балл от 0 до 2, затем баллы всех изучаемых показателей суммируются и интерпретируются.

Как видно из таблицы, оценка риска кариеса в клинических условиях может быть проведена на основе данных анамнеза, стоматологического обследования и результатов доступных клинических методов диагностики. Нами предлагается следующая интерпретация результатов: риск возникновения кариеса считается низким при сумме баллов от 0 до 5, средним – от 6 до 20, высоким – при сумме баллов от 21 до 26.

Выводы. Таким образом, предложенная модель оценки риска развития кариеса незрелых зубов у детей и подростков предполагает использование простых клинических данных, доступных на стоматологическом приеме.

Определение принадлежности ребенка к определенной группе риска развития кариеса постоянных незрелых зубов позволяет планировать объём и частоту проведения профилактических мероприятий, а также показания к выбору пломбировочных материалов и методик лечения неосложненного и осложненного кариеса.

Литература. 1. Featherstone JD. The caries balance: The basis for caries management by risk assessment. *Oral Health Prev Dent* 2004;2(Suppl 1):259-64. 2. American Dental Association Council on Clinical Affairs. *Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Reference manual.* 2014; V 36 / NO 6; 14 / 15; p.127-131. 3. Caries - risk assessment / E. Reich, A. Lussi, E. Newbrun // *Int Dent J.* – 1999. Vol.49. – P.15-26. 4. Kalwitzki M, Weiger R, Axmann - Krcmar D, Rosendahl R. Caries risk analysis: considering caries as an individual time - dependent process. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(2):132-42.

Tserakhava T., Shakavets N., Klenovskaya M., Melnikova E., Cherniauskaya N., Naumovich D. CARIES RISK ASSESSMENT OF IMMATURE PERMANENT TEETH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DIFFERENT HEALTH LEVEL.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Introduction Risk assessment procedures used in medical practice normally have sufficient data to accurately quantitate a person's disease susceptibility and allow for preventive measures. Even though caries-risk data in dentistry still are not sufficient to quantitate the models, the process of determining risk should be a component in the clinical decision-making process.

The aim of our investigation is to develop a clinical model for risk caries assessment of immature teeth in children and adolescents with different health level.

Objects and methods. 88 schoolchildren 7-12 years old with different health level have been examined. 14 children had the first group of health, 64 - the second and 10 - the third group. We have taken into account biological, clinical and protective factors for caries risk assessment.

- Biological factors included: the frequency of snacking between main meals; visits to the dentist (regular, irregular); belonging to a child health group;
- Clinical: indices of caries intensity, data of laser fluorescence, level of oral hygiene;
- Protective: systemic and local fluoridation, salivary rate and viscosity, mineralizing potential of saliva.

Results. Each mentioned parameter is assigned a certain score from 0 to 2, then the scores of all studied indicators are summarized and interpreted. Interpretation: the risk of caries is considered low when the score is from 0 to 5, the average is from 6 to 20, and the high is when the score is from 21 to 26.

Conclusion. The proposed model for the caries risk assessment of immature permanent teeth in children and adolescents uses simple clinical data available at the dental appointment. Evaluation of the caries risk development of permanent immature teeth in a child assist clinicians with decisions regarding treatment based upon caries risk and patient compliance and to plan the volume and frequency of preventive measures, as well as to determine the preferential treatment technic of uncomplicated and complicated caries.

Key words: risk caries assessment, permanent immature teeth, children, health level.

УДК 616.314–77–036.8–092.11

Фастовець О.О., Глазков О. О.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ СУБ'ЄКТИВНОЇ ТА ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Україна

Потреба населення України в різних видах ортопедичного лікування складає 70,0-80,0%, при цьому рівень задоволеності пролікованих пацієнтів – лише 22,0-38,0% [1]. За результатами клініко-популяційного аналізу безпосередніх та віддалених результатів доведено, що зниження якості ортопедичних конструкцій на етапах їх клінічної експлуатації та лікування в цілому визначається комплексом факторів у їх системному взаємозв'язку [2]. Негативні наслідки зубного протезування можуть мати як об'єктивні передумови, пов'язані з порушеннями клініко-технологічного процесу виготовлення конструкцій, так і суб'єктивні, спричинені нереалізованими очікуваннями пацієнта [3]. Звідси, вельми актуальним стає питання методології експертної оцінки якості виготовлення зубних протезів, що, на наш погляд, повинна враховувати особливості індивідуальної оцінки самого хворого.

Мета роботи – порівняти результати оцінки якості повного знімного протезування за даними суб'єктивного сприйняття хворими ефективності протезування, клініко-функціональними характеристиками та фізико-механічними властивостями виготовлених конструкцій.

Об'єкти і методи. До дослідження було включено 90 хворих віком від 60 до 80 років з повною відсутністю зубів, яким були виготовлені знімні протези з жорсткими базисами за однією технологією з використанням однакових основних та допоміжних матеріалів, проте у різних стоматологічних закладах різними лікарями та зубними техніками. Оцінку суб'єктивного сприйняття хворими ефективності протезування проводили шляхом визначення показника якості життя із застосуванням опитувальника ОНІР-14. Анкетування проводили в період 3-6 місяців після здачі протеза [4]. Для клініко-функціональної характеристики виготовлених протезів оцінювали їх стійкість в порожнині рота [5], жувальну ефективність за Рубіновим [6], а також вимірювали інтегрований показник максимального зусилля стискання щелеп з використанням апарату АОЦО (дана методика дозволяє враховувати індивідуальні показники силових характеристик стискання щелеп, тим самим описати функціональні можливості хворого) [7]. Аналіз якості оклюзійних контактів протезів здійснювали за допомогою апарату «Т-Scan III» фірми «Tekscan» (США) [8]. Окрім того, перед здачею виготовлені протези вивчалися на предмет відповідності їх фізико-механічним та технологічним вимогам, передбаченим ISO.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу MS Excel 2003.

Результати. За результатами проведеного анкетування серед пацієнтів, яким були виготовлені повні знімні протези, рівень якості життя за опитувальником ОНІР-14 верифікувався як добрий у $62,2 \pm 5,1\%$ випадків, задовіль-

ний – $30,0 \pm 4,8\%$, незадовільний – $7,8 \pm 2,8\%$. Відповідно, середній бал рівня якості життя, отриманий для дослідних хворих, склав $29,5 \pm 1,0$ балів.

Згідно даних клінічних спостережень показник стійкості повних знімних протезів у $67,8 \pm 3,5\%$ зазначеного контингенту відповідав I рівню, у $25,0 \pm 3,2\%$ – II. Решта $7,2 \pm 1,9\%$ хворих мали III рівень стійкості виготовлених конструкцій. В свою чергу, середній показник жувальної ефективності для дослідних хворих склав $46,0 \pm 1,8\%$, тоді як час жування в середньому дорівнював $41,0 \pm 4,8$ с. Середнє значення інтегрованого показника максимального зусилля стискання щелеп склало $95,0 \pm 8,8$ Н. Одночасно, за даними «T-Scan» гармонійна оклюзія на повних знімних протезах була зафіксована у $70,0 \pm 4,8\%$ спостережень.

Слід зазначити, що нами спостерігались значні коливання приведених вимірювань серед дослідних хворих. При цьому між рівнем стійкості повних знімних протезів та показниками функціональних досліджень нами були розраховані сильні прямі зв'язки, які доводять показовість останніх щодо клінічного виходу лікування.

Згідно результатів проведених лабораторних досліджень відповідність вимогам ISO виготовлених конструкцій спостерігалась у $92,8 \pm 1,9\%$.

Проведений нами кореляційно-регресійний аналіз дозволив виявити прямий зв'язок, що наближується до сильного, між оклюзійним балансом на протезах та суб'єктивним сприйняттям хворими якості протезування за даними анкетування ($r=0,65$, $p<0,05$). Для функціональних характеристик протезів кореляційні залежності виявились менш вираженими – для рівня стійкості протеза ($r=0,58$, $p<0,05$); для жувальної ефективності ($r=0,43$, $p<0,05$); для інтегрованого показника максимального зусилля стискання щелеп ($r=0,37$, $p<0,05$). Найменш взаємозалежними виявились фізико-механічні характеристики протезів та результати оцінки ефективності лікування самим хворим ($r=0,18$, $p<0,05$).

Висновки. Згідно отриманих даних між суб'єктивним сприйняттям хворими ефективності повного знімного протезування в найближчий термін після здачі та клініко-функціональними характеристиками виготовлених конструкцій можна стверджувати про високий рівень їх відповідності. Тоді як фізико-механічні та технологічні характеристики щонайменше впливають на суб'єктивне сприйняття хворими виготовлених конструкцій.

Таким чином, проведений нами аналіз доводить, що на задоволеність результатами протезування хворих з повною адентією в більшій мірі впливає правильність відтворення клінічних етапів, аніж матеріали, що були застосовані для їх виготовлення. Неякісно виготовлені протези, зокрема з порушеними оклюзійними співвідношеннями, призводять до виникнення зареєстрованих нами функціональних обмежень, що безумовно відіграє на рівні якості життя.

Література. 1. Лабунець В.А. Загальна величина трудомісткості виготовлення основних видів зубних протезів та наданих ортопедичних послуг / В. А. Лабунець, Т. В. Дієва, Є. В. Дієва // Вісник стоматології. – 2011. – № 3. – С. 77-82. 2. Янішен І. В. Залежність факторів, що визначають якість ортопедичних конструкцій / І. В. Янішен, А. В. Погоріла, О. В. Сідорова // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 4, Т. 1 (124), – С. 314-318. 3. Фастовець О. О. Щодо проблеми експертної оцінки в ортопедичній стоматології / О. О. Фастовець, О. О. Глазков // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Том 1 (110). – С. 358-361. 4. The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures / Kuo H.C., Kuo Y.S., Lee I.C. [et al.] // Quality of Life Research.

– 2013. – N 22(7). – P.1665-1674. 5. Воронов А. П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов / А. П. Воронов, И. Ю. Лебедеико, И. А. Воронов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 320 с. 6. Лебедеико И. Ю. Функциональные и аппаратурные методы исследования в ортопедической стоматологии / И. Ю. Лебедеико, Т. И. Ибрагимова, А. Н. Ряховский. – М.: МИА, 2003. – 128 с. 7. Войтяцкая И. В. Функционально-физиологический подход при ортопедическом лечении больных с полной утратой зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. В. Войтяцкая. – С.-Пб., 2007. – 25 с. 8. Фастовець О. О. Вплив якості функціональних відбитків на оклюзійну рівновагу повних знімних протезів / О. О. Фастовець, А. О. Глазунов // Вісник стоматології. – 2017. – № 1. – С. 22-25.

Fastovets O.O., Glazkov O.O. INVESTIGATION OF THE CORRELATION BETWEEN THE INDICATORS OF SUBJECTIVE AND OBJECTIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE COMPLETE DENTURE PROSTHETICS.

SI "Dnipropetrovs'k Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

The question of the methodology of expert evaluation of the quality of dentures remains very relevant and requires consideration of the peculiarities of the individual assessment of the patient.

The aim of the work is to compare the results of assessing the quality of a complete removable dentures based on the data of subjective perception of patients with the effectiveness of prosthetics, their clinical-functional characteristics and physical-mechanical properties.

Objects and methods. The study included 90 edentulous patients aged 60 to 80 years, which were made complete dentures. The assessment of their subjective perception with the effectiveness of prosthetics was carried out by determining the quality of life using the questionnaire OHIP-14. For the clinical and functional characteristics of dentures, their resistance in oral cavity, chewing efficacy by Rubinov, and integrated index of maximal compression force of jaws were measured. The analysis of the quality of occlusal contacts of dentures was carried out with the help of the apparatus "T-Scan III". Also, the dentures were studied for compliance with their physical-mechanical and technological requirements according ISO.

The correlation-regression analysis made it possible to detect a direct relationship that is close to the strong between the occlusal balance on the dentures and the subjective perception of patients with the quality of the prosthesis according to the data of questionnaire ($r = 0.65$, $p < 0.05$). For functional characteristics of prosthesis, correlation dependencies were less pronounced – for the level of resistance of denture ($r = 0.58$, $p < 0.05$); for chewing efficacy ($r = 0.43$, $p < 0.05$); for the integrated index of the maximum force of jaw compression ($r = 0.37$, $p < 0.05$). Physical-mechanical characteristics of the dentures and the results of evaluation of the treatment effectiveness of the patient were the least interrelated ($r = 0.18$, $p < 0.05$).

Conclusions. According to obtained data, between the subjective perceptions of patients for the effectiveness of complete removable dentures and their clinical and functional characteristics, it can be stated that there is a high level of compliance. Whereas, the physical-mechanical and technological characteristics affect the subjective perception of patients with made dentures at least.

УДК 616.314-002-053.71

Федик Т.В., Гаджула Н.Г.

ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ВООЗ – SIGNIFICANT INDEX OF CARIES У СТАРШОКЛАСНИКІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Найбільш поширеним індексом для визначення інтенсивності карієсу є індекс КПВ Т.Ф. Виноградової (1987), який є середнім арифметичним від суми видалених, каріозних та пломбованих зубів, взятих в конкретній популяції. Але серйозним недоліком цього індексу є неможливість оцінити інтенсивність карієсу в підгрупах, де даний показник має найвище значення. За даними літератури у ряду осіб виявлено дуже високі значення інтенсивності карієсу, що характеризуються високим ступенем активності [Н.І. Смоляр, Н.Л. Чухрай, 2016]. В результаті середні значення КПВ не відображають повністю ситуацію в групах з найбільшим ризиком карієсу і не дають об'єктивної оцінки, а це перешкоджає розробці ефективних профілактичних програм вибірково для різних категорій. Розроблений в рамках декларації ВООЗ «Здоров'я для всіх» індекс найвищої інтенсивності карієсу (НІК) – Significant index of caries (SIC) [M. Nishi, D. Bratthall, 2000] дозволив виділити групи населення, які мають значення КПВ, що найбільш значно перевищують його середнє значення за досліджуваним клінічним матеріалом. А, отже, частково вирішує проблему нерівномірного розподілу інтенсивності карієсу, привертаючи увагу до осіб із найбільшим значенням КПВ.

Мета роботи: Визначити показники індексу SIC у старшокласників в контексті дослідження інтенсивності карієсу постійних зубів.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2017-2018 рр. ми провели обстеження 148 учнів 9-11 класів шкіл Вінницького району. Обстеження проводили стандартизовано (збір скарг, анамнезу, огляд, зондування, перкусія, тощо). Дані спостережень фіксували в картах обстеження стану порожнини рота, розроблених ВООЗ. Всі отримані результати підлягали статистичній обробці. Хоча програма ВООЗ була спрямована на вивчення інтенсивності карієсу в ключовій групі 12-річних дітей, ми спробували використати індекс SIC саме у старшокласників. Вік обстежених був від 14 до 17 років. За віком школярів розподілили так: 14-річні – 35, 15-річні – 46, 16-річні – 43, 17-річні – 24.

Результати. Згідно з отриманими даними у 14-річних дітей SIC за КПВ склав $6,68 \pm 0,27$ при середній інтенсивності $4,02 \pm 0,23$. У 15-річних підлітків SIC та КПВ були $6,82 \pm 0,29$ та $3,97 \pm 0,21$ відповідно. У 16-річних школярів SIC постійних зубів становив $7,13 \pm 0,20$ при середній інтенсивності $4,57 \pm 0,22$. У 17-річних значення SIC виявились найбільшими – $7,23 \pm 0,30$ при інтенсивності $4,52 \pm 0,22$. Мінімальні розбіжності між значеннями середньої інтенсивності карієсу та індексом SIC у відносних величинах були у віці 16 років (56,02%), максимальні – в групі 15-річних – 71,79%. Розбіжності у 14 та 17 років становили 66,17% та 59,96%.

Висновки. Проведене дослідження на прикладі старшокласників переконливо свідчать, що в Україні досить великий відсоток підлітків, які мають низький рівень карієсрезистентності. Виявлено зростання показників КПВ та SIC з віком. Отримані результати можна використати як основу для розробки спеціа-

льних програм з профілактики карієсу та схем лікування для вказаної категорії пацієнтів. Велика розбіжність між значеннями середньої інтенсивності карієсу та індексу SIC свідчить про необхідність урахування показників останнього при визначенні ризику виникнення карієсу в осіб з низькою карієсрезистентністю.

Fedyk T.V., Gadzhula N.G. DETERMINATION OF SIGNIFICANT INDEX OF CARIES BY WHO FOR UPPERCLASSMEN.

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Ukraine

Background. The most common index for determining the intensity of dental caries is the DMF (decayed-missing-filled tooth) index by T.F. Vinogradova (1987). But the disadvantage of this index is the inability to estimate the caries intensity in subgroups, where this indicator has the highest value. As a result, average values of DMF index don't reflect fully the situation in the groups with the highest risk of caries and they don't give an objective assessment, which prevents the development of effective prevention programs selectively for different categories. The Significant Index of Caries (SIC) introduced by WHO has allowed to detect the groups with the most significantly higher values of DMF than its average for the studied clinical material under. And, consequently, it partially solves the problem of uneven distribution of the caries intensity, attracting attention to the persons with the highest values of DMF.

Purpose: To determine the SIC index for upperclassmen in the context of the caries intensity investigation.

Objects and Methods: During 2017-2018, we examined 148 pupils aged 14-17 years of 9-11 forms of schools in Vinnitsia district. Examination was carried out by standard methods. Examination data was recorded on maps developed by the WHO. The schoolchildren were distributed as follows: 14-year-olds – 35 persons, 15-year-olds – 46, 16-year-olds – 43, 17-year-olds – 24.

Results: According to our data, 14-year-old children with SIC for DMF were 6.68 with an average intensity of 4.02. In the 15-year-old adolescents, SIC and DMF were 6.82 and 3.97 respectively. In the 16-year-old students SIC of permanent teeth was 7.13 with an average intensity of 4.57. At the age of 17, the values of the SIC were the largest – 7.23 at an intensity of 4.52. The minimum differences between the values of the average caries intensity and the SIC index in relative terms were at the age of 16 years (56.02%), the maximum – in the group of 15 years – 71.79%.

Conclusions: The study results show a fairly large percentage of adolescents with a low level of caries resistance in Ukraine. A large discrepancy between the caries intensity values and the SIC index indicates the need to take into account the latter indicators for determining the risk of caries in persons with low caries resistance.

Key words: Significant Index Caries, dental caries, intensity of caries, upperclassmen.

УДК 616.314-089

Yanishen I.V., Movchan O.V.

CLINICAL RATIONALE OF THE USING OF THE CREAM FOR FIXING COMPLETE REMOVABLE PLASTIC PROSTHESES

Kharkov national medical university, Ukraine

The article reflects that one of the topical problems of orthopedic dentistry is an increase in the functional efficiency of removable dentures and prevention of

atrophic changes in the supporting tissues of the prosthetic area by improving the methods of manufacturing prostheses. The solution to this problem is directly dependent on the specific clinical conditions [1, p. 441]. Pronounced bone ledge covered with a thin mucosa, the presence of zones with a large difference in the degree of compliance, an acute alveolar ridge and other anatomical and physiological and topographic features of toothless areas cause difficulties in using removable dentures [2, p. 15]. Under the above clinical conditions of the prosthetic area, the basis of the prosthesis should be differentiated, that is, the corresponding layer of adhesive material must restore the damping properties of the thin mucosal layer with low compliance, the prerequisite being the unloading of zones predisposed to atrophic processes and the load of sites resistant to atrophy [3, p. 70].

An example of the effect of excessive load on the alveolar process is its atrophy under the basis of a removable lamellar prosthesis, it is used to eliminate secondary deformations associated with vertical dental alveolar lengthening. With the proper distribution of the masticatory pressure transmitted by the prosthetic base to the prosthetic area, the atrophy of the alveolar processes proceeds much more slowly, and sometimes not at all [4, p. 27].

Purpose. To evaluate the effectiveness of using fixation adhesive material with complete removable prosthesis by distributing toothless jaws according to Schroeder and Keller classes, taking into account the degree of atrophy of the bone fundamentals of the alveolar processes and the mucous membrane, detection and accounting of adverse factors for the fixation and stabilization of the prostheses using a fixing adhesive cream "Stomafix 1".

Methods. Thanks to a special device designed by LA. Lugovoi and A.S. Zgornik (declarative patent for utility model 14066 Ukraine, IPC A 5/0 245 (2006.1) 66 patients (43 women and 23 men) with complete adentia on both or one of the jaws were examined. To determine the status of patients with complete absence of teeth on one or both jaws examined 66 people (43 women and 23 men) aged 50 to 75 were.

Differential compliance of the mucosa in various zones of the prosthetic area of patients with complete adentia in both or in one of the jaws according to the Supply classification was taken into account and divided into groups according to the atrophy of the alveolar process according to the Schroeder and Keller classifications. In order to improve the adaptation and fixation of complete removable prostheses, the patients of the explored groups used an adhesive cream "Stomafix 1".

Results. On the upper and lower toothless jaws, the 2nd class of the Supply mucosa was predominantly noted, in the lower jaws, in 4 of the patients, the 4th class of the mucous membrane was diagnosed, whereas in the upper jaws there were no signs of grade 4 in the upper jaws of this group of patients. Patients with upper, toothless jaws with grade 3 mucosa of the prosthetic area prevailed over the index on the lower toothless jaw.

In terms of the atrophy of the alveolar process of the toothless upper jaws, the majority of the III type prevailed, according to Schroeder, somewhat less than the second type. The toothless lower jaws were classified according to the Keller

classification. The predominant majority among those treated is occupied by toothless lower jaws of types III and II.

In the process of adapting patients to prostheses using the adhesive cream "Stomafix 1" for up to 3 days, as well as for measuring the values of the chewing pressure and chewing efficiency, the patient did not complain of pain or discomfort.

Conclusion. According to studies, this distribution of the types of toothless jaws according to the classifications made it necessary to compensate for the significant bone loss of the alveolar process due to the application of a cream for fixation, which contributes to increased chewing efficacy and prevention of further atrophy of patients using full removable dentures for the first time and again.

The use of adhesive agents accelerates the process of adaptation. Thus, the use of adhesive agents seems appropriate and, of course, promising for practical use, in order to improve the fixation of removable dentures and faster adaptation to them.

These studies allow us to recommend "Stomafix 1" at the Clinic of Orthopedic Dentistry.

Literature. 1. Чорний Л.Я., Кричка П.В., Янішен І.В. Покращення фіксації протезу при повній відсутності зубів на верхній щелепі // Вісник стоматології. - 1997. - №3. - С.441-442. 2. Лабунец В. А. Клинические сочетания съёмных зубных протезов / В. А. Лабунец, Т. В. Диева // Акт. пробл. ортопед. стоматол. та ортодонції: Матер. Всеукр. наук. практ. конф., 11-18 трав., 2000 р. – Полтава. – Вип.2. – С. 15-27. 3. Чулак Л. Д. Вплив комплексу лікувально-профілактичних заходів на стан альвеолярних відростків щелеп у ортопедичних хворих / Л. Д. Чулак, В. В. Мозилевський // Одеський медичний журнал. – 2000. – № 2. – С. 70-72. 4. Кицул І.С. Изучение потребности населения в ортопедической стоматологической помощи // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. Иркутск, - 2007. -33.-С.27-29.

УДК 616.314-089.818.1-06-08-039.71

Янішен І.В., Дюдін І.Л.Томілін В.Г.

МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ МОЖЛИВИХ УСКЛАДНЕНЬ ОПЕРАЦІЇ ПРЕПАРУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Харківський національний медичний університет, Україна

Препарування твердих тканин зубів є основним етапом виготовлення незнімних конструкцій протезів і є її невід'ємною частиною. Виготовлення сучасних незнімних конструкцій протезів передбачає зішліфовування значного шару твердих тканин опорних зубів [1,2]. Тому, з метою профілактики виникнення можливих ускладнень операції препарування, більшість лікарів-ортопедів стоматологів проводять попередню підготовку порожнини рота шляхом екстирпации пульпи опорних зубів.

Більшість дослідників вважають недоцільним використання під опору незнімних конструкцій зубів з попередньо видаленою пульпою. Таке втручання значно знижує чутливість зубів до жувальних навантажень та зрештою призводить до виникнення травматичних оклюзій, прямих травматичних вузлів, захворювань пародонту і операції видалення зуба [3,4].

У зв'язку з вище зазначеним, збереження і відновлення рецепторів жувального тиску зубів, що використовуються під опору незнімних конструкцій протезів є однією з актуальних проблем сучасної стоматології. Враховуючи актуальність і практичне значення цього питання нами була

запропонована методика, підтверджена експериментальними дослідженнями і апробована в клініці ортопедичної стоматології.

Для захисту рецепторного апарату опорних зубів був використаний лікувальний комплекс, який складається з антигомотоксичного препарату "Траумель" та вітчизняного світлозатверджуємого адгезиву. Після препарування твердих тканин зубів, що використовуються під опору незнімних конструкцій протезів, кукси зубів були оброблені за нашою методикою (патент № 17493 від 15.09.2006), а саме: перед препаруванням проводили інфільтраційну, переважно интралігаментарну, анестезію з використанням анестетика артікаїнового ряду з епінефріном (по показникам). Препарування проводять з дотриманням усіх правил з обов'язковим водним охолодженням. Після препарування на 20-30 сек. кукси зубів покривають травільним гелем для зняття змащеного шару, що істотно збільшує проникнення лікувального препарату в дентинні каналці. Потім після видалення геля водою і висушування теплим повітрям куксу покривають антигомотоксичним препаратом "Траумель", який рівномірно розподіляють повітрям по поверхні кукси. Потім, поверх антигомотоксичного препарату наносять вітчизняний світлозатверджуємий адгезив і засвічують ультрафіолетовим променем упродовж 20 секунд. Для зменшення дії довкілля на кукси зубів фіксували тимчасові конструкції, виготовлені безпосередньо у крісла хворого.

Вимір показників електроодонтометрії (ЕО) і жувального тиску (ЖД) запропонованим нами методом (патент № 99095142 від 16.09.1999) проводили до операції препарування, після закінчення дії анестезії і через місяць після препарування.

При аналізі отриманих даних було встановлено, що при вивченні стану пульпи відзначалося зниження чутливості пульпи зубів в досліджуваній групі при використанні антигомотоксичного препарату з вітчизняним світлозатверджуємим адгезивом через місяць після початку дослідження та склало 1,5 %, тоді як в контрольній групі цей показник був – 23,3%. Підвищення показників жувального тиску, які оцінювалися як ускладнення - в досліджуваній групі, де використовувався антигомотоксичний препарат з адгезивом через місяць склало – 2,26%, тоді як в контрольній групі цей показник був 36,6%. Таким чином, в групі, де була використана наша методика, дані ЕО та ЖД через місяць після препарування залишалися на тому ж рівні або підвищувалися не істотно, причому, це підвищення не залежало від анатомічної належності зубів. А в контрольній групі, де не була використана наша методика, ці ж показники значно різко збільшувалися і мало значення анатомічна належність зубів.

Також, проведені дослідження дії нашої методики через рік після закінчення лікування показали, що в досліджуваній групі ці дані не відрізнялися від значень до препарування зубів.

Таким чином, можна зробити наступні висновки, що цей комплекс, який складається з антигомотоксичного препарату «Траумель» та вітчизняного світлозатверджуємого адгезиву, може бути використаний в широкій практиці

лікаря ортопеда-стоматолога під час ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями для профілактики виникнення ускладнень, які виникають під час операції препарування твердих тканин зубів.

Література. 1.Абакаров С.И. Реакция сосудов пульпы зубов на их препарирование для изготовления металлокерамических протезов /С.И.Абакаров, Н.К.Логинова, Д.В. Сорокин //Новое в стоматологии. - 2001. - № 2 - С.46-49. 2.Подготовка зубов пациента при протезировании несъемными протезами /В.М.Павленко, В.Н.Арендариук, М.А.Павленко, Е.Н.Ступницкая //Современная стоматология. - 2003. - № 1. - С.97-99. 3. Рамусь М.О. Особенности подготовки опорных зубов под металлокерамические протезы /М.О.Рамусь //Український медичний альманах. - 2000. - Т. 3. - N 5.- С.207-210. 4. Патогенетичні механізми розвитку змін у рецепторному апараті зубів під час препарування твердих тканин та вплив депульпування на їх витривалість до механічних навантажень /І.В.Янішен, І.Л.Дюдіна //Вісник проблем біології та медицини. - 2016. - Т.1(126). - С.62-66.

Summary. In article to point the results of research of clinical operation on teeth supporting our method the protect receptor apparatus of teeth on stage treatment the prosthetic of fixed construction on basis electroodontometry and mastication pressure. For protective a receptor of chewing pressure of teeth was use the medical complex which includes antihomotoxic drug "Traumel" and domestic light-curing drug.

Key words: receptor apparatus of teeth, protect, prosthetic of fixed construction, method, clinical, antihomotoxic drug, light-curing drug.

УДК 616.314-77:615.462:678.84

Yanishen I., Fedotova O., Zapara P.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF A LABORATORY STUDY OF THE ADHESION STRENGTH OF A-SILICONE LINING MATERIAL IN THE MANUFACTURE OF TWO-LAYER STRUCTURES OF REMOVABLE PROSTHESES

Kharkiv national medical university, Ukraine

Background. The risk of negative influence of unsuccessful selection of dental materials reveals the urgent need to use modern approaches in professional activity in order to provide the necessary quality of structures and their clinical and functional properties [1, 2, 5]. The purpose of the study is to improve the quality of orthopedic treatment of patients with removable structures with a obturating part with two-layer bases due to the scientific substantiation of the selection of both soft substrates and acrylic plastics [3, 4].

Materials and methods. A comparative assessment of the strength of the connection was carried out jointly with the employees of the central factory laboratory of JSC "Stoma" (Kharkiv, Ukraine) in accordance with the requirements of the international standard ISO-10139.

Research results. A comparative analysis of the study of the adhesion of A-silicon substrate materials to removable denture constructs made of acrylic plastics by various laboratory technologies included the results of a laboratory study of one of the most important physico-mechanical properties - bond strength. Investigation of bond strength (U, kgf / cm²) of material for soft substrates "PM-S" and acrylic polymer "Stomalite" found that its index is (5,3 ± 0,2) kgf / cm² and conforms to the regulatory requirements of ISO-10139. However, it was found that the index of

the bond strength of the "PM-S" with the plastic "Pallopress" is equal to $(5,5 \pm 0,3)$ kgf / cm², which is significantly ($p < 0,05$) higher than the contact the material is "Villacryl H Plus" - $(5,1 \pm 0,2)$ kgf / cm². The strength of the connection between the "PM-S extra" and the acrylic basis made from "Stomalite" is $(6,9 \pm 0,2)$ kgf / cm², which exceeds the indicative index by 72,5% and is significantly ($p < 0,05$) is greater than in the combination of "PM-S" extra with "Pallopress" $(6,8 \pm 0,1)$ kgf / cm² and "Villacryl H Plus" $(6,7 \pm 0,2)$ kgf / cm². Polyvinylsiloxane material "PM-SN" is connected with acrylic plastic "Stomalite" with a strength of $(9,3 \pm 0,2)$ kgf / cm². This indicator significantly (2,3 times) exceeds the indicative value ($\geq 4,0$ kgf / cm²) according to ISO-10139, which meets the quality requirements, and reliably ($p < 0,01$) exceeds the results of research on the strength of the connection between "PM-CN" and "Pallopress" and "PM-SN" and "Villacryl H Plus", which are $(9,0 \pm 0,1)$ kgf / cm² and $(8,9 \pm 0,2)$ kgf / cm², respectively, and also meet the ISO requirements for this indicator. The study of the strength of the bond between the "Ufi Gel P" substrate and the "Stomalit" acrylic base plastics showed one of the best results throughout the study $(9,1 \pm 0,2)$ kgf / cm², yet it is still inferior to the leading position of the "PM-CN"- "Stomalit" by 2,2%. However, in the "Ufi Gel P" bonding comparison group with other plastics, the result of the "Ufi Gel P" - "Stomalit" system was significantly ($p < 0,05$) better than the "Ufi Gel P" - "Pallopress system" - $(8,9 \pm 0,3)$ kgf / cm², which in turn inferior to the complex "Ufi Gel P" - "Villacryl H Plus" $(8,8 \pm 0,1)$ kgf / cm². All of these systems comply with ISO-10139. The strength of the connection between materials "Silagum" and "Stomalite" is $(5,9 \pm 0,2)$ kgf / cm², which corresponds to the normative requirements of ISO-10139 according to this indicator, but reliably ($p < 0,05$) is slightly inferior to the system "Silagum" - "Pallopress" with a value of $(6,0 \pm 0,3)$ kgf / cm², but 2.5% ahead of the connection "Silagum" and "Villacryl H Plus" - $(5,8 \pm 0,3)$ kgf / cm² ($p < 0,05$).

Conclusions. A generalized analysis of the results showed that all the studied systems meet the regulatory requirements of ISO-10139. However, the highest step in determining the compliance with the strength of the connection is the system of domestic materials "PM-SN" - "Stomalite". Prospects for further research are obvious and work in this aspect can be considered not only necessary, but necessary, as conducting studies of compliance of materials will undoubtedly significantly help the dentist's orthopedist to determine the choice of structural material in the manufacture of two-layer dentures.

Key words: removable prostheses, A-silicon substrate material, acrylic plastics, compliance, durability of the joint.

Література. 1.Аносова А.И., Сарычева Н.Ф. Использование эластичных пластмассовых прокладок в ортопедической стоматологии // Стоматология. 2009. - №4. - С. 56-57. 2.Артюшенко Ю.В., Гасымов Р.К., Михайлов Т.А. Замещение дефектов челюстно-лицевой области у онкологических больных // Здравоохранение Казахстана. 2011. - №12. - С.39-40. 3.Галонский, В.Г. Ортопедическое лечение больных с дефектами верхней челюсти с применением материалов с памятью формы / В.Г. Галонский, А.А. Радкевич, Н.А. Молчанов // Челюстно-лицевая хирургия. 2015. - №1-2. - С. 36-45. 4.Appleby R. C. Immediate maxillary denture impression/R.C. Appleby, W.F.Kirchoff // J. Prosth Dent. - 2012. - № 5. - P. 443. 5.Donovan T. E., Hirst R G. Campagni W. V. Physical properties of acrylic resin polymerized by four different techniques // The Journal of Prosthetic Dentistry 2015. - vol. 54, №4. - P. 522- 524.

УДК:616.314-089.29-633.28.612

Янішен І.В., Кричка Н.В., Погоріла А.В.

РОЛЬ ФІКСАЦІЇ ТА СТАБІЛІЗАЦІЇ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ

Харківський національний медичний університет, Україна

Базисно-альвеолярний ефект, що виникає у хворих з повною відсутністю зубів на клінічних етапах визначення центрального співвідношення щелеп, під час перевірки конструкцій протезів, при накладенні повних знімних протезів на протезні ложа, а також під час користування повними знімними протезами є причиною дестабілізації протезів при функціональних навантаженнях [4, 7, 9, 12]. Значимість базисно-альвеолярного ефекту полягає у виникненні роз'єднання, втраті щільного контакту між базисом та протезним ложем під час функціональних оклюзій між валиками прикусних шаблонів, а в деяких випадках – між штучними зубами повних знімних протезів. При цьому протез повністю відділяється від протезного ложа щелепи після змикання зубів в центральній або функціональній оклюзіях, хоча кожний окремий протез до цього добре утримувався на протезному ложі. Виникнення базисно-альвеолярного ефекту порушує стабілізацію протезів і значно погіршує реабілітацію порушених функцій відкушування, жування, ковтання, дикцію, а також відновлення естетичних норм посмішки та обличчя [2, 6, 8, 11].

Результати досліджень ряду авторів [1, 3, 5, 10] анатомо-топографічних особливостей протезних лож у хворих з повною відсутністю зубів, спостереження за фіксацією та стабілізацією повних знімних протезів показують, що найчастіше недоліки щодо їх фіксації та стабілізації визначаються за таких умов: 1). при незвичайних незадовільних для фіксації та стабілізації анатомо-топографічних умовах протезних лож; 2). при невідповідності орієнтації протетичних поверхонь протезів поверхням протезних лож у ділянці губ, під час центрального співвідношення; 3). при відсутності конгруентності рельєфів внутрішніх поверхонь базисів повних знімних протезів протезним ложем. Необхідно відмітити, що якщо перші два недоліки відмічаються через індивідуальні особливості клінічних проявів різних типів беззубих щелеп, то останній - через полімеризаційну усадку та виникнення напруг у базисах протезів, що призводить до їх короблення під час та після полімеризації. Наведені причини призводять до зрушення протезів з протезних лож беззубих щелеп під час функціональних рухів губ, щік і язика; при відкушуванні їжі, під час функціональних оклюзій штучних зубів. При цьому бази си протезів після змикання зубів в центральній або функціональній оклюзіях можуть повністю відділятися від протезних лож [1, 3, 5, 7].

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було вивчення причин зрушень з протезних лож знімних протезів, що у решті-решт призводить до їх дестабілізації.

Матеріал і методи дослідження. Вивчали базисно-альвеолярний ефект шляхом вимірювання величини та об'єму роз'єднання між внутрішніми поверхнями базисів та протезними ложами. Спостереження здійснювали на

клінічних етапах визначення центрального співвідношення щелеп, під час перевірки конструкцій протезів, при накладенні повних знімних протезів на протезні ложа, а також у хворих, що скаржилися на незадовільну стабілізацію конструкцій. Спершу отримували відбитки протезних лож у хворих з повною відсутністю зубів за допомогою індивідуальних відбиткових ложок-базисів на котрих були встановлені оклюзійні валики. Для цього використовували прикусні шаблони за допомогою яких було визначено центральне співвідношення щелеп. У хворих, що скаржилися на незадовільну стабілізацію повних знімних протезів, замість індивідуальних ложок використовували їхні протези. За таких умов між протетичними поверхнями оклюзійних валиків спостерігався щільний контакт. При їх використанні, для визначення базисно-альвеолярного ефекту повних знімних протезів, штучні зуби знаходилися у множинному контакті, як в центральній, так і в функціональній оклюзіях. Величину, місце та об'єм роз'єднання поверхонь базисів протезів та протезних лож здійснювали через вимірювання товщини відбиткової маси відбитка, який отримували під жувальним тиском за допомогою силіконового матеріалу в центральній та функціональній оклюзіях. Крім того, зміщення протезів під час функціональної оклюзії визначали пальпаторно та візуально, шляхом розміщення вказівного і великого пальців на краях базисів.

Результати дослідження. Дослідження показали, що товщини відбитків на базисах протезів, які виготовлялися за способом спрямованої полімеризаційної усадки, достовірно однакові по всій поверхні протезних лож, а при полімеризації у спосіб за класичною технологією достовірно відрізнялися. В одних ділянках вона майже відсутня, а в інших сягає 2,5-3,1 мм. Дані, які ми отримали свідчать про те, що внаслідок полімеризаційної усадки та деформації базисів протезів виникає невідповідність мікро- і макрорельєфів базисів протезів поверхням протезних лож. Із причин наведених нами недоліків під час функціональної оклюзії повний знімний протез зміщується з протезного ложа. Отже, на нашу думку, недостатня фіксація і стабілізація протезів на протезних ложах, травмування тканин протезних лож, суттєво порушують адаптацію до протезів, що викликає стресові реакції, атрофію альвеолярних відростків у хворих з повною відсутністю зубів закладені у самій класичній технології полімеризації базисної пластмаси повних знімних протезів. Уникати їх можна через створення умов для спрямованої полімеризаційної усадки та попередження деформацій базисів. Поліпшення фіксації повних знімних протезів можливо досягати шляхом створення на базисах точної копії мікро- і макрорельєфів протезних лож. Такі умови створювалися нами, коли полімеризація базисних конструкційних матеріалів здійснювалася у полімеризаторі при спрямованому тиску повітря.

Висновок. Таким чином, на нашу думку, доцільним у плані попередження базисно-альвеолярного ефекту при ортопедичному лікуванні хворих повними знімними протезами передбачати, що функціональні відбитки протезних лож верхньої щелепи отримують після визначення центрального співвідношення щелеп. Відбиток протезного ложа нижньої – після конструювання зубного ряду на індивідуальній ложці-базисі тільки після накладання на протезне ложе верхньої

щелепи виготовленого протеза. Саме у такій послідовності і тільки при багаторазовому визначенні і усуненні базисно-альвеолярного ефекту можна досягти надійної фіксації і стабілізації повних знімних протезів на беззубих щелепах.

Література. 1. Богатов А.И. Особенности ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов при резкой атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти /А.И. Богатов, В.М. Зотов //Соврем. ортопедич. стоматология. — 2005. — № 3. — С. 34–35. 2. Воронов А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов /А.П. Воронов, И.Ю. Лебеденко, И.А. Воронов. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 320 с. 3. Зотов В.М. Повторное протезирование больных с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти и резко выраженной атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти /В.М. Зотов //Соврем. ортопедич. стоматология. — 2005. — № 3. — С. 35–36. 4. Машейко І.В. Прогнозування набряків слизової оболонки порожнини рота як важливого фактору стабілізації повних знімних протезів /І.В. Машейко, П.Г. Герасимчук //Перша міжрегіон. наук.-практ. конф. «Стоматологія Придніпров'я», 11 жовтня. 2013 р., м. Дніпропетровськ. — Дніпропетровськ, 2013. — С. 85–86. 5. Мельничук Н.В. Анализ и перспективы использования энтропийных характеристик в восстановлении речевой артикуляции при полном съемном протезировании /Н.В. Мельничук, Н.М. Рожко, С.И. Мельничук //Валеология. Здоровье, болезнь, выздоровление. — 2013. — № 4. — С. 35–41. 6. Рожко М.М. Стоматологія /М.М. Рожко. — Київ : Медицина, 2013. — 872 с. 7. Саввиди К.Г. Методика повторного протезирования на беззубой нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста с неблагоприятными клиническими условиями протезного ложа / К.Г. Саввиди // Ин-т стоматологии. — 2008. — Т. 4, № 41. — С. 34–35. 8. Саввиди К.Г. Особенности психологии пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов и выбор тактики ортопедического лечения / К.Г. Саввиди, Г.Л. Саввиди, К.Е. Ратников //Верхневолж. мед. журн. — 2012. — Т. 10, № 1. — С. 29–34. 9. Трезубов В.Н. Подготовка тканей протезного ложа перед ортопедическим лечением больных с полной потерей зубов, сопровождающейся выраженной атрофией альвеолярной части челюстей /В.Н. Трезубов, И.А. Галлятин // Ин-т стоматологии. — 2009. — Т. 2, № 43. — С. 30–31. 10. Функционально направленное протезирование при полном вторичном отсутствии зубов /А.А. Марков, С.Ю. Мухлаев, В.Л. Тен, В.С. Бочаров // Тихоокеан. мед. журн. — 2013. — № 1. — С. 91. 11. Effect of Palatal Surface Contouring Techniques on the Swallowing Function of / T. Abou-Elsaad, A. Habib, M. Elkhodary [et al.] // Life Science Journal. — 2010. — Vol. 7, Issue 4. — P. 114–118. 12. Rugoscopy: Human identification by computer-assisted photographic superimposition technique /R.B. Mohammed, R.G. Patil, V.R. Pammi [et al.] // Forensic Dent. Sci. — 2013. — Vol. 5 (2). — P. 90–95.

Yanishen I.V., Krychka N.V., Pogorila A.V. FIXATION AND STABILIZATION OF COMPLETE REMOVABLE DENTURES IN PATIENTS WITH COMPLETE ABSENCE OF TEETH.

Kharkiv National Medical University

Summary. Based on the results of clinical and experimental studies, the basal-tidal effect has been determined, which makes it possible to prevent an occurrence, to identify and eliminate the defects of stabilization of the prostheses at the stages of their manufacturing, which finally improves the quality of treatment for patients with edentulous jaws.

The proposed method of polymerization of polymethylmethacrylate is a good starting point for development of new methods of prosthetics which helps to solve the problems of fixation and stabilization of removable dentures on the prosthetic area of edentulous jaws, including the different degrees of atrophy on prosthetic areas.

Keywords: base-area effect, fixation, stabilization, plastic denture, polymerization.

УДК: 611.714.1.068. – 053.81/85

**Янішен І.В., Масловський О.С., Куліш С.А.
НОВИЙ ПРИСТРІЙ ДЛЯ КРАНІОМЕТРІЇ**

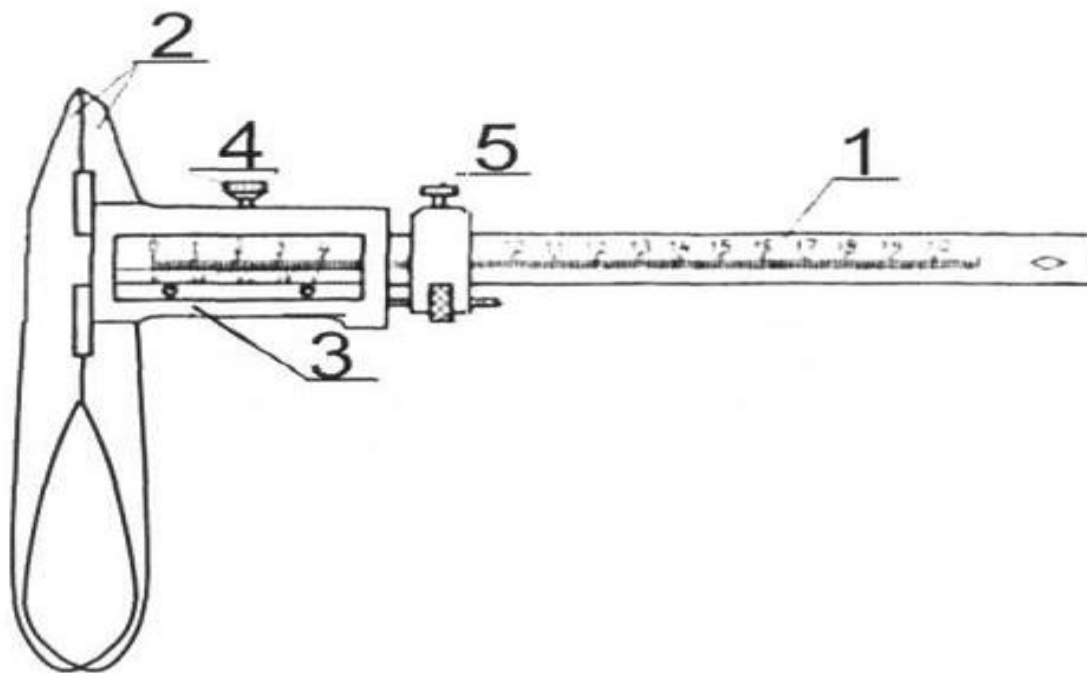
Харківський національний медичний університет, Україна

Ефективність ортодонтичного і ортопедичного лікування значною мірою залежить від правильної діагностики змін у зубо-щелепній системі, яка іноді є

дуже складною і не може бути проведена без спеціальних методів дослідження. Останнім часом виникла необхідність вивчення морфології лицевого черепа з метою розробки сучасних методів діагностики ортодонтичного і ортопедичного лікування. Аналізуючи сучасні методики проведення морфометричних досліджень голови та обличчя, ми приходимо до висновку про необхідність розробки методу діагностики, що дозволив би вивчати будову зубних рядів і їх співвідношення у сукупності з будовою лицевого черепа відносно системи координат, що були б загальними і співвідносилися б із параметрами щелеп [1].

На нашу думку, одним із засобів, який дозволив би в деякій мірі вирішити вищезазначене завдання, є розробка нового і удосконалення існуючого інструментарію для проведення краніологічних досліджень, який би дозволяв проводити необхідні вимірювання безпосередньо в стоматологічних клініках.

Інструментарій, який використовують в краніометрії, різноманітний. Частіше за все це циркулі та штангенциркулі. За допомогою названих пристроїв визначають подовжні та поперечні розміри черепа й окремих його кісток, дуги і окружності, величини кутів між площинами, які проходять через ті чи інші точки на черепі. Циркулі та штангенциркулі виготовляють на підприємствах медичного обладнання, у той час як координатні циркулі, гоніометри та мандибулометри виробляють в порядку індивідуального замо-



влення. Відомо, що найчастіше для вимірів в краніометрії використовують штангенциркуль [2].

Нами був запропонований пристрій для краніометрії, який може бути використаний для лінійних вимірів черепа та його структур [3]. Він має більш широкі функціональні можливості, ніж стандартний штангенцикуль, який використовують в краніометрії. Даний пристрій є найбільш близьким до нього за технічною суттю і результатом, який може бути досягнутий, тому його вибрано за прототип. В нашій розробці ми мали за мету розширити функціональні можливості штангенциркуля. Це вирішується тим, що на від-

міну від прототипу, який включає штангу з нанесеними діленнями в мм, губки, рухому рамку зі шкалою ноніуса до 0,01 мм, гвинт та затискач, в запропонованому нами пристрої для краніометрії частину губок, розташованих нижче штанги, виконують дугоподібно, опуклостями в протилежні сторони, з можливістю їх з'єднання при нульовому значенні ноніуса.

Пристрій для краніометрії зображено на кресленні. Він складається із штанги (1) з нанесеними діленнями в мм, губок (2), рухомої рамки (3) зі шкалою ноніуса, гвинта (4) та затискача (5). При цьому частину губок, розташованих нижче штанги, виконують дугоподібно, опуклостями в протилежні сторони, з можливістю їх з'єднання при нульовому значенні ноніуса. Відстань від штанги до з'єднання губок повинна бути не менше 150 мм. Зовнішній радіус вигину губок складає 25 мм. Внутрішній радіус губок складає 18 мм. Ширина губок зменшується від штанги до точки з'єднання до 3,5 мм. Краї губок загострюють під кутом 45°. Пристрій працює наступним чином: нерухому губку (2) фіксують на одній із крайніх точок вимірюваної відстані і притримують однією рукою, у той час як рухому губку (2) пересувають за допомогою рамки (3) зі шкалою ноніуса до протилежної точки анатомічної структури вздовж штанги (1). У протилежній точці рухому губку (2) фіксують за допомогою гвинта (4). У випадку необхідності виміру, який менше нанесених ділень, використовують затискач (5) та шкалу ноніуса рухомої рамки (3). Для зручності використання пристрій виготовляють із легких металів та сплавів.

Запропонований нами пристрій для краніометрії ми використовували при проведенні краніометричних досліджень на кафедрі ортопедичної стоматології ХНМУ [4].

Висновки. 1. Модифікація стандартного штангенциркуля, яку ми пропонуємо, не потребує значних витрат для його виробництва. 2. З допомогою запропонованого нами пристрою є можливість проводити краніометричні дослідження безпосередньо в клінічному залі без використання додаткового обладнання. 3. Запропонована нами конструкція штангенциркуля дозволяє вимірювати відстань між опуклими та увігнутими точками лобної та потиличної кісток, крилопіднебінних ямок, між буграми тім'яних кісток, тощо.

Література. 1. Бурых М. П. Клиническая анатомия мозгового отдела головы / М. П. Бурых, И. Е. Григорова. – Харьков, 2002. – 240 с. 2. Вовк Ю. Н. Клиническая анатомия головы / Ю.Н.Вовк – Луганск: Элтон-2, 2010. – 194 с. 3. Патент 103046 U Україна, МПК (2015.01) A61B5/00 G01B3/00). 4. Янішен І. В. Поширеність форм фізіологічного прикусу у людей з різними типами обличчя / І. В. Янішен, О. С. Масловський, С. А. Куліш // Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини: збірник наукових праць міжнародної науково-практичної конференції пам'яті професора В. П. Голіка, Харків, 25 листопада 2016 р. / ХНМУ. – Харків, 2016. – С. 198–200.

Yanishen I.V., Maslovskii A.S., Kulish S.A. NEW DEVICE FOR CRANIOMETRY

Kharkiv national medical university, Ukraine

Summary. We proposed a craniometry device that can be used for linear measurements of the skull and its structures. It has broader functionality than standard calipers, which are used in craniometry. This device is the closest to its nature and the technical result to be achieved. In our development we have aimed to expand the functionality of calipers. Implementation sponges curved arcuately, distance from the

rod to the connection sponges, angle aggravation of sponges edges and their dimensions make it possible to measure the distance between convex and concave points of frontal and occipital bones, pterygopalatine fossa, between hillocks of parietal bone, and so on. Our device can be used for necessary craniometric measurements directly in the dental clinics. Our proposed device for craniometry we used during craniometric studies at the Department of Prosthodontics KhNMU.

Key-words: anthropometric indicators, morphometric studies of head and face, craniometric device.

УДК 616:314-089.28/29:616.9

Янішен І.В., Філатов І.В., Куліш С.А.

НОВИЙ АЛЬГІНАТНИЙ ВІДБИТКОВИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ МАТЕРІАЛ З ДЕКОНТАМІНАЦІЙНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ

Харківський національний медичний університет, Україна.

Загальновідомо, що стоматологи і зубні техніки відносяться до групи підвищеного професійного ризику з приводу захворюваності на гепатит та СНІД, оскільки вони мають постійний контакт із кров'ю і слиною пацієнтів, в яких виявлена найбільша концентрація вірусів даних захворювань. Також вони можуть бути і причиною передачі інфекції через стоматологічні вироби від медичного працівника до пацієнта, і від пацієнта до пацієнта, що обумовлює актуальність проблеми знезараження стоматологічних виробів та стоматологічних матеріалів, з яких ці вироби створені. Основні напрямки у вирішенні даної проблеми – дезінфекція і стерилізація стоматологічних матеріалів або виробів з них перед передачею в зуботехнічну лабораторію, і розробка рецептур стоматологічних матеріалів, які мають деконтамінаційну властивість.

Метою нашого дослідження стала розробка нового вітчизняного альгінатного відбиткового стоматологічного матеріалу з деконтамінаційною ефективністю.

Нами було проведено вивчення ефективності існуючих способів дезінфекції відбитків і їх впливу на відбитки та гіпсові моделі. Базуючись на результатах цих досліджень нами була розроблена рецептура альгінатного відбиткового стоматологічного матеріалу з деконтамінаційною ефективністю. Матеріал включає, ваг. %: альгінат натрію (12,25-16,75), гіпс природний (9,5-19,5), діатомітову землю (60,5-61,5), натрій вуглекислий (1,95-2,05), натрій кремнефтористий Г0,55-0,65), пігмент зелений (0,03-0,13), пероксид (2,0), олію м'ятну (0,05), тальк мелений (5,22-5,32). Деконтамінаційний ефект забезпечує включення в рецептуру пероксиду К-30, який має бактерицидні властивості.

З метою оцінки ефективності знезаражування вивчали мікробіоценоз ротової порожнини пацієнтів і бактеріальну забрудненість відбитків з розробленого альгінатного відбиткового матеріалу з деконтамінаційною ефективністю у порівнянні із стандартним відбитковим матеріалом, в рецептурі якого немає складових із знезаражуючим ефектом.

Для порівняння обрано відбитковий стоматологічний матеріал з рецеп-

турою, яка включає: альгінат натрію, діатоміт, натрій вуглекислий, натрій кремнефтористий, віддушку, гіпс природний, тальк мелений.

При вивченні мікробіоценозу ротової порожнини пацієнтів, які брали участь у клінічних дослідженнях, з'ясовано, що загальна кількість мікроорганізмів становила $(51,1 \pm 6,2)$ колонієутворюючих одиниць на мл (КУО/мл). Мікроорганізми були представлені переважно анаеробними організмами (всього $(28,2 \pm 3,4)$ КУО/мл, що становить 55,2%), тоді як аеробні мікроорганізми становили 44,8%. Серед анаеробної флори найбільше представництво $(5,52 \pm 0,16)$ КУО/мл мали *Lactobacterium sp.*, а серед аеробних - *Streptoc. Pyogenes* $(6,21 \pm 0,10)$ КУО/мл.

У цих же пацієнтів отримано відбитки протезного ложа з допомогою досліджуваних відбиткових матеріалів. Для мікробіологічного дослідження виконували змиви з одержаних відбитків. Було встановлено, що знезаражуюча ефективність розробленого матеріалу проявлялась достовірним зменшенням рівнів бактеріальної забрудненості відбитків з усіх видів мікроорганізмів у порівнянні з відомим матеріалом. За даними окремих досліджень кількість мікроорганізмів на відбитку складає від $1,14 \times 10^8$ до 6×10^9 мікробних клітин. У разі застосування відбиткового матеріалу з розробленою рецептурою анаеробна флора на відбитку була представлена *Lactobacterium sp* $(1,10 \pm 0,05)$ КУО/мл, а аеробна флора була представлена *Streptoc. Pyogenes* $(1,10 \pm 0,05)$ КУО/мл.

Проведені випробування по визначенню фізико-механічних властивостей зразків виготовлених з нового матеріалу і матеріалу-аналога показали, що додаткове внесення пероксиду К-30 до складу композиції альгінатного відбиткового матеріалу дозволило, поряд з отриманням істотної деконтамінаційної дії, змінити клініко-технологічні та фізико-хімічні властивості у порівнянні з матеріалом-аналогом. За отриманими даними фізико-механічних досліджень встановлено, що у розробленого нами матеріалу $((149,5 \pm 2,5)$ с) достовірно ($p < 0,05$) менший на 13,0% час структурування, ніж у аналога $((169,3 \pm 6,2)$ с), показник деформації при стисненні $((1,79 \pm 0,2)$ %) достовірно ($p < 0,05$) менший на 5,3%, порівняно з аналогом $((1,9 \pm 0,2)$ %), показник міцність при стисненні був однаковим для обох матеріалів $((0,66 \pm 0,03)$ Н/мм²) ($p < 0,05$), розмірна точність гіпсових моделей, при використанні нового матеріалу, забезпечується на рівні 99,3% лінійних розмірів.

Наступним етапом стало проведення клінічної апробацію нового відбиткового матеріалу. Ми використовували його при ортопедичному лікуванні пацієнтів із захворюваннями пародонту для виготовлення імедіат-протезів у пацієнтів з рухливістю зубів 3-4 ступеня і бюгельних протезів при наявності у пацієнтів патологічної рухливості зубів 1-2 ступення. Було проведено порівняльний аналіз клініко-функціональної ефективності використання нового матеріалу (основна група) і матеріалу аналога (контрольна група). У контрольній групі при виготовленні імедіат-протезів для функціональної адаптації потрібно в середньому $1,85 \pm 0,06$ корекцій на один протез, тоді як в основній групі на 10,1% менше $(1,68 \pm 0,04; p < 0,05)$. При виготовленні бюгельних протезів в контрольній групі в середньому було виконано $1,69 \pm 0,07$ корекцій, а в основній групі на 19% менше $(1,42 \pm 0,05; p < 0,01)$.

Висновки. 1. Розроблений нами матеріал дозволяє отримувати високоточні, в порівнянні з аналогами, відбитки протезних лож пацієнтів з подальшим виготовленням адекватних гіпсових моделей, які не потребують додаткової деконтамінації. 2. Використання нового альгінатного відбиткового матеріалу достовірно зменшує рівень контамінації відбитків ($p < 0,05$) у порівнянні з аналогом в 1,3 рази. 3. Оцінка результатів аналізу фізико-механічних і клініко-технологічних властивостей нового альгінатного відбиткового матеріалу з пероксидом К-30 підтвердила його відповідність вимогам ISO 1563-2011. 4. За результатами клінічної апробації нового альгінатного відбиткового матеріалу встановлено, що його використання при виготовленні знімних протезів забезпечує достовірно ($p < 0,05$) більший на 10,3% по відношенню до аналога клініко-функціональний ефект, що виявляється у зменшенні частоти корекції базисів знімних протезів з $(1,82 \pm 0,05)$ корекцій на один протез в контрольній групі до $(1,65 \pm 0,04)$ – в основній групі.

Yanishen I.V., Filatov I.V., Kulish S.A. NEW ALGINATE DENTAL IMPRESSION MATERIAL WITH DECONTAMINATIVE EFFICIENCY.

Kharkiv national medical university, Ukraine

Summary. The aim of the study was a comparative evaluation of contamination efficiency and dimensional accuracy of dentures made using impression materials (IM) "Stomalgin-05". The results of laboratory tests determine the optimal parameters of new materials, and research of their clinical and technological properties will improve the quality of patient's treatment with defects in dentition and, in general, provide a reasonable and optimal selection of these materials for the manufacturing for orthopedic structures.

Key-words: Decontamination efficiency, dimensional accuracy, impression materials, bacterial contamination prints, bacterial contamination models.

ЗМІСТ

<i>Абдуллаєва П.Ш. Гемодинамічні показателі пульси та пародонта зубів, препарованих під винири</i>	3
<i>Алиев З.У. К вопросу распространенности зубочелюстно-лицевых аномалий у детей в зависимости от особенностей семейного анамнеза в Азербайджане</i>	6
<i>Алиева Р.К., Зейналова Г.К., Аббасова Р.А., Иманов Э.А. Клиническая оценка эффективности контролируемой и неконтролируемой гигиены полости рта с использованием фторидсодержащей зубной пасты у детей младшего школьного возраста</i>	9
<i>Ахадова П.Д., Ахмедова Л.М., Ширалиев А.В. Содержание цитокинов в ротовой жидкости у больных стоматитом различной степени тяжести и язвенной болезнью желудка</i>	13
<i>Ахмедбейли Д.Р., Садигова Н.Н. Эффективность пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний полости рта</i>	15
<i>Баглик Т.В., Стеблянок Л.В., Кірсанова О.В. Обґрунтування та об'єктивізація результатів ремінералізуючої терапії</i>	17
<i>Байтус Н.А., Новак Н.В. Влияние изменения оттенков цвета зубов после депульпирования на эстетику челюстно-лицевой области</i>	18
<i>Біда О. В. Оптимізація результатів ортопедичного лікування захворювань тканин пародонта із застосуванням шинуючих засобів шляхом використання підтримувальної фотодинамічної терапії</i>	21
<i>Белая Т.Г. Использование «техники внесения пломбировочного материала большими порциями» в детской стоматологии</i>	23
<i>Бережна О.О., Запара П.С., Федотова О.Л. Порівняльна оцінка фізико-механічних властивостей акрилових пластмас для формування базису знімних протезів виготовлених за різними лабораторними технологіями</i>	25
<i>Бреславець Н.М. Оцінка способу з'єднання в системі метал-полімер для незнімних конструкцій зубних протезів</i>	28
<i>Бублий Т.Д., Дубовая Л.И. Анализ факторов, влияющих на мотивацию и качество жизни стоматологических больных</i>	30
<i>Воропаєва Л.В. Крючко А.И., Гурьева Т.Е. Пародонтит у больных сахарным диабетом с дефицитом витамина D</i>	35
<i>Гаджула Н.Г., Горленко І.М., Федик Т.В. Лікування запальних захворювань пародонту у вагітних жінок</i>	36
<i>Гамзаєв Б.М., Ибрагимова Л.К., Ализаде А.Р. Независимый взгляд на кариес</i>	40
<i>Гармаш О.В. Рівень гідроксипроліну в ротовій рідині дітей дошкільного віку, які народились із макросомією</i>	42
<i>Германчук С.М. Вторинні зубоцелюстні деформації у хворих на цукровий діабет</i>	44
<i>Голубничий О. П., Варв'янський П. Ю. Застосування поля струму високої частоти при виготовленні знімних зубних протезів із самотвердіючих пластмас як метод зменшення негативної дії на стан слизової оболонки протезного ложа</i>	46
<i>Гордієнко С.А. Обґрунтування застосування лікувально-профілактичних заходів на етапах протезування незнімними конструкціями стоматологічних хворих з артеріальною гіпертензією</i>	47
<i>Горзов В.В., Горзов С.С.; Кедик Р.Є. Ефективність ортодонтичного та ортопедичного лікування дітей дошкільного віку в закавказькій області з вродженим одностороннім незрощенням верхньої губи та піднебіння</i>	49
<i>Горзов С.С., Горзов В.В., Пензелик І.В., Кедик Р.Є. Колонізаційна резистентність порожнини рота у дітей з вродженим незрощенням піднебіння до уранопластики</i>	52
<i>Гриновець І.С., Гриновець В.С., Пасько О.О. Шляхи удосконалення терапевтичної схеми лікування хворих з ураженням слизової оболонки порожнини рота</i>	58
<i>Гур'єва Т.Є., Крючко А.І., Гур'єва А.Ю. Використання імітаційних (симуляційних) технологій у навчанні студентів стоматологічного факультету ХНМУ на кафедрі</i>	

<i>терапевтичної стоматології.....</i>	60
<i>Данилова Д.В., Ковецкая Е.Е. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с хпн, находящимся на гемодиализе.....</i>	61
<i>Дидик Н. М., Іщенко Б. Частота використання захисних назубних кап спортсменами під час занять контактними видами спорту.....</i>	64
<i>Забуга Ю. І., Біда О. В., Струк В.І. Вікові структурні особливості емалі зубів людини за результатами експериментальних досліджень</i>	66
<i>Зиновенко О.Г. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта на стоматологическом приеме</i>	67
<i>Иманов Э.А. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта у детей.....</i>	75
<i>Ибрагимова Л.К., Ализаде А.Р., Керимли Н.К., Гусейнова Р.Н, Гусейнов Р.Н. Новый подход в лечении чувствительности зубов.....</i>	77
<i>Ибрагимова Л.К. , Ализаде А. Р., Demirchiyeva M. B., Гусейнова Р. Н. Эффективность антигомотоксических препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.....</i>	79
<i>Katrina T.V., Palii O.V., Shevchuk D.V. Teflon tape in dentistry.....</i>	81
<i>Катурова Г.Ф., Баглик Т.В., Воропаєва Л.В. Лекція та пізнавальна діяльність студента.....</i>	83
<i>Козловская Л. В., Белик Л. П., Ничипорова Е. В. Реминерализирующая терапия у детей дошкольного возраста: оценка некоторых показателей ротовой жидкости.....</i>	84
<i>Крючко А.И., Гурьева Т.Е., Гурьева А.Ю. Сравнительный анализ информативности интраоральной рентгенографии и конусно-лучевой компьютерной томографии на примере хронического верхушечного периодонтита.....</i>	88
<i>Лосик И.М., Шилова М.А. Травматические повреждения временных и постоянных зубов у детей и подростков, проживающих в московском районе г.Минска.....</i>	93
<i>Луцкая И.К. Эстетическое реставрирование зубов при повышенной их стираемости.....</i>	96
<i>Мамедов Ф.Ю., Сафаров Д.А., Алескерова С.М. Состояние полости рта на фоне негативного влияния табакокурения</i>	98
<i>Марушинець Я.Я., Кедик Р.Є. Доцільність використання PRF-згустка при хірургічному методі усунення рецесії ясен фронтальної ділянки.....</i>	100
<i>Масюк Н.Ю., Городецкая И.В. Влияние йодсодержащих тиреоидных гормонов на интенсивность стресс-реакции и состояние твердых тканей зуба при стрессе, воздействии кариесогенной диеты и их комбинации</i>	101
<i>Матчин А.А. Тактики лечения больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.....</i>	106
<i>Мельник В. С., Горзов Л. Ф. Структура та поширеність зубоцелюпних аномалій з використанням дентального естетичного індексу у підлітків 12-15 років м. Ужгорода.</i>	111
<i>Мустафаева У.Д. К проблеме восстановления зубов с глубокими поддесневыми дефектами.....</i>	115
<i>Мустафаева У.Д., Алиева Е.Р. К проблеме повышения эффективности лечения кариеса зубов.....</i>	117
<i>Нагиева С.А. Анализ результатов различных методов лечения, использованных в лечении острого и хронического гингивита у детей с сахарным диабетом I типа</i>	119
<i>Ницзяти Н., Терехова Т.Н. Структура нозологических форм воспалительной патологии челюстно-лицевой области у детей.....</i>	120
<i>Ніконов А.Ю., Жуков К.В., Гордієнко С.А. Використання парафармацевтика при лікуванні стоматологічних хворих на металотоксикоз.....</i>	123
<i>Падалка А.І. Профілактика карієсу постійних зубів у дітей, хворих на цукровий діабет, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді.....</i>	125
<i>Пасько О.О., Гриновець В.С., Дзуліт І.П. Застосування фітопрепаратів у комплексі консервативного лікування хронічного генералізованого пародонтиту.....</i>	127
<i>Пензелік І.В., Дуткевич-Іванська Ю.В. Колонізаційна резистентність порожнини рота у дітей дошкільного віку з вродженим незрощенням піднебіння до уранопла-</i>	

<i>стики які проживають в закарпатській області.</i>	129
<i>Петришин О.А., Сулим Ю.В. Використання стоматологічних плівок у практиці терапевтичної стоматології.</i>	131
<i>Пилипенко Т. І. Досвід цементування незнімних конструкцій зубних протезів на імплантатах з цементним способом фіксації новим способом.</i>	134
<i>Проць Г.Б., Пюрик В.П., Репетило І.І. Діагностика, профілактика та корекція структурно-функціональних порушень кісткової тканини при проведенні денทัลної імплантації</i>	137
<i>Пустовойт К.А. Вивчення особливостей стоматологічного статусу дітей 6–7 років із пігментованим зубним нальотом зеленого кольору.</i>	145
<i>Рябоконт Є.М., Костюк Н.Г. Неінвазивна герметизація фісур постійних зубів високонаповненим герметиком Jap-Fissufill (JEND LLC) у дорослих.</i>	147
<i>Рябоконт Є.М., Андрєєва О.В., Костюк Н.Г. Дуальна система професійної медичної освіти як невід’ємна складова медично-освітнянської та медичної реформи</i>	148
<i>Рябоконт Є.М., Баглык Т.В., Андрєєва О.В., Стебляно Л.В., Бурцев Б.Г. Удосконалення професійної підготовки студентів на кафедрі терапевтичної стоматології.</i>	150
<i>Садигова Н.Н., Ахмедбейли Д.Р. Оптимизация диагностических и лечебных методов при осложнениях денทัลной имплантации</i>	151
<i>Стебляно Л.В., Баглык Т.В., Заверуха Я.И., Бурцев Б.Г. Применение кальцийсодержащего прокладочного материала в клинической практике.</i>	153
<i>Стоян О. Ю., Денисова О. Г. Спостереження особливостей стоматологічного статусу при синдромі арнольда-кіарі і типу</i>	155
<i>Струк В.І., Біда В.І. Особливості перебігу та ортопедичної реабілітації хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів, ускладненим зниженням висоти прикусу та дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів.</i>	160
<i>Сулим Ю.В., Петришин О.А. Застосування наясенних адгезивних пов’язок у лікуванні пародонтитів.</i>	162
<i>Сулим Ю.В., Петришин О.А. Використання стоматологічних плівок у практиці терапевтичної стоматології.</i>	164
<i>Терехова Т.Н., Шаковец Н.В., Кленовская М.И., Мельникова Е.И., Чернявская Н. Д., Наумович Д.Н. Оценка риска кариеса незрелых зубов у детей и подростков, относящихся к разным группам здоровья.</i>	166
<i>Фастовець О.О., Глазков О. О. Дослідження зв’язків між показниками суб’єктивної та об’єктивної оцінки ефективності повного знімного протезування</i>	169
<i>Федик Т.В., Гаджула Н.Г. Визначення індексу вооз – significant index of caries у старшокласників.</i>	172
<i>Yanishen I.V., Movchan O.V. Clinical rationale of the using of the cream for fixing complete removable plastic prostheses</i>	173
<i>Янішен І.В., Дюдіна І.Л., Томілін В.Г. Методика профілактики виникнення можливих ускладнень операції препарування твердих тканин зубів.</i>	175
<i>Yanishen I., Fedotova O., Zapara P. Comparative evaluation of the results of a laboratory study of the adhesion strength of a-silicone lining material in the manufacture of two-layer structures of removable prostheses.</i>	177
<i>Янішен І.В., Кричка Н.В., Погоріла А.В. Роль фіксації та стабілізації знімних протезів у хворих з повною відсутністю зубів</i>	179
<i>Янішен І.В., Масловський О.С., Куліш С.А. Новий пристрій для краніометрії</i>	181
<i>Янішен І.В., Філатов І.В., Куліш С.А. Новий альгінатний відбитковий стоматологічний матеріал з деконтамінаційною ефективністю.</i>	184
<i>ЗМІСТ.</i>	187

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11,04. Тир. 300 прим. Зам. 621-18.
Видавець та виготовлювач ФОП Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

СТИЛЬ ®
ИЗДАТ 
ТИПОГРАФИЯ
www.stil-izdat.com