

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Журнал "Современная стоматология" включен в наукометрические базы данных:
Реферативная база данных "Україніка наукова";
РИНЦ, Science index (eLIBRARY.RU) и Google Scholar



**ТАНТУМ
ВЕРДЕ®**

БЕНЗИДАМИН

VOCO
THE DENTALISTS



**SUN
PHARMA**

R.O.C.S.
REMINERALIZING ORAL CARE SYSTEMS



- 30 пакетикув з гранулятом для приготування суспензії
- 100 мг німесуліду у кожну пакетик, по 100 мг два рази на добу
- курс лікування до 15 дб

Нестероїдний протизапальний засіб¹



- низький ризик гастроінтестинальних геморагічних ускладнень у порівнянні з іншими НПЗП, що широко застосовуються^{2,3,4}
- висока антиколагеназна активність^{5*}
- інгібує IL-1^{6**}, IL-6^{6**} та субстанцію "P"⁷
- додаткове інгібування IL-8 та ФНП-α (у високих концентраціях)^{8*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакогравітаційна група: нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17.

Склад: 1 овальний пакуток № 2 і гранули німесуліду 100 мг.

Показання: Лікування гострої болю, лікування первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки у випадку відсутності другої лінії. Ризиком при одержанні німесуліду повністю пренебрежати на основі його усього ризику для кожного окремого пацієнта. Німесулід слід застосовувати тільки у випадку відсутності другої лінії.

Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначати по 100 мг німесуліду (1 одозовий пакуток) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 дб.

Побічні дії. Анемія, еозинофілія, тромбоцитопенія, лейкоцитопенія, нуртура, підвищена чутливість, анафілаксія, гіпералгія, артралгія, страхування нервової системи, нині жовтий сводидання, запаморочення, головний біль, сонливість, енкафалопатія (сириндром Реле), нинішній ар. артралгія (апатокронізм), такокси, гоніорит, гіпералгія, лийність артеріального тиску, прилима, здригака, астма, бронхоспазм, діарея, нудота, блювання, запора, метеоризм, гастрит, крохоткі у крові (у крові), запора та профорація 12 дванадцятикишкової кишки, біль у животі, диспепсія, стоматит, вищорощення шкірного покриву, збільшення рани феморальної вени, гепатит, запоровий (фульмінантний) гепатит, ізольовані кінці у тому числі, жовтяниця, холестаза, сирібіт, ексімі, підвищення інгібіторів, еритема, дерматит, крохоткі кінці, інгібіторичний набряк, набряк обличчя, еритема поліформна, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, діурез, гематурія, запаморочення, ниркова недостатність, отруєння, інтерстиціальний нефрит, набряк, нудота, астена, такувряк.

Ришевий ризик показаний, протизапальний, побічний ефекти, а також додаткову інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Німесил® від 02.05.2013 №654. Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.

Виробник Німесил®: Лабораторія Менаріні С.А. Альфонсо XII, 587, 06916 Бадальюла, Іспанія. Файн-Фудс енд Фармасютикалс Н.Т.М. С.П.А. Вія дель арджентіно, R/10 - 24041, Брегіате (BG), Італія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Німесил® від 10.07.2014 №483.
² Laporte JR, Tabez L, Vidal X, Vendrell L and Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Drug Safety 2004; 27 (8): 411-420.
³ Castellague J, Pica F, Rosolen V, Diogo D, Riera-Guardia N, Giangreco M, Clagnan E, Tosolini F, Zanier L, Barbone F and Perez-Gutthahn S. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of users of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Friuli Venezia Giulia, Italy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2013 Apr; 22(4):365-76. doi: 10.1002/pds.3385. Epub 2013 Dec 11.
⁴ MDM Data, Q3-2014. PharmGlobal Data, YTD/07/2014.
⁵ Baracchini A, Franceschini N, Amicosante G, Ortolano A, Minisola G, Parlatore G and Guilo di A. Can Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Act as Metalloproteinase Modulators? An In-vitro Study of Inhibition of Collagenase Activity. J. Pharm. Pharmacol. 1998; 50: 1417-1423.
⁶ Benoit A and Vila G. Nimesulide: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp. Opin. Pharmacother. 1 (29): 277-286, 2000.
⁷ Bianchi M, Brogioni M, Baldani R, Franchi S, Saccoloto P. Effects of nimesulide on pain and on pulmonary fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. Int J Clin Pract. 2007 Aug; 61(8):1270-7. Epub 2007 Jun 22.
⁸ Kinoshita T, Iwata M, Kondo G, Watanabe H, Ohashi M, Ito D, Nagumo M. Suppressive effect of selective cyclooxygenase-2 inhibitor on cytokine release in human neutrophils. Int Immunopharmacol. 2003 Oct; 3(10-11):1519-28.
^{*} Додатковий "in vitro".
^{**} Додатковий "in vitro".

За додатковою інформацією про препарат зверніться за адресою: Представництво виробника "Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГельС" в Україні, 02098, м. Київ, вул. Верейська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



2 (86) 2017

КЕТАНОВ

ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИЙ ПРЕПАРАТ



10



8



6



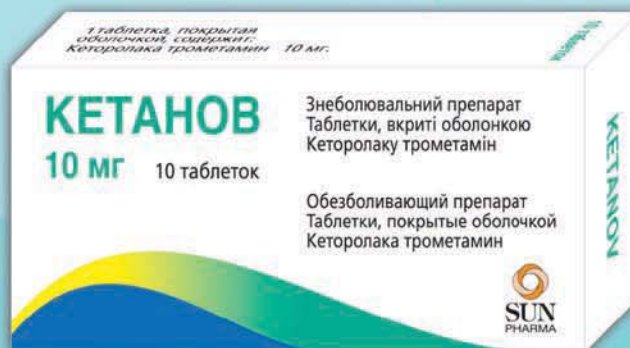
4



2



0



ІНСТРУКЦІЯ¹ для медичного застосування лікарського засобу (скорочено)

Склад: діюча речовина: ketorolac tromethamine; 1 таблетка, вкрита оболочкою, містить кеторолака трометаміну 10 мг.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті оболочкою.

Основні фізико-хімічні властивості: білого або майже білого кольору, круглі, двоопуклі таблетки, вкриті оболочкою, з маркуванням «KVT» з одного боку.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні і протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B15.

Фармакологічні властивості. **Фармакокінетика.** Знеболювальний засіб Кеторолака трометамін – ненаркотичний анальгетик. Це нестероїдний протизапальний засіб, що проявляє протизапальну та слабку жарознижувальну активність. Кеторолака трометамін інгібує синтез простагландинів та вважається анальгетиком периферичної дії. Він не має відомого впливу на опіатні рецептори. Після застосування кеторолака трометаміну в контрольованих клінічних дослідженнях не спостерігалось явищ, які б свідчили про пригнічення дихання. Кеторолака трометамін не спричиняє звуження зіниць.

Клінічні характеристики.

Показання. Короткочасне лікування болю помірної інтенсивності, включаючи післяопераційний біль.

Побічні реакції. З боку травного тракту: печінична виразка, перфорація або шлунково-кишкова кровотеча, іноді з летальним наслідком (особливо у людей літнього віку), нудота, диспепсія, шлунково-кишковий біль, відчуття дискомфорту у животі, спазм або печіння в епігастральній ділянці, блювання з домішками крові, гастрит, езофагіт, діарея, відрижка, запор, метеоризм, відчуття переповнення шлунка, мелена, ректальна кровотеча, виразковий стоматит, блювання, крововиливи, перфорація, панкреатит, загострення коліту та хвороби Крона. З боку центральної нервової системи: тривожність, сонливість, запаморочення, головний біль, нервозність, парестезія, функціональні порушення, депресія, ейфорія, судоми, нездатність сконцентруватися, безсоння, нездужання, підвищена втомлюваність, збудження, вертиго, незвичайні сновидіння, сплутаність свідомості, галюцинації, гіперкінезія, асептичний менінгіт з відповідною симптоматикою, психотичні реакції, порушення мислення. З боку органів зору: порушення зору, нечіткість зорового сприйняття, неврит зорового нерва. З боку органів слуху: втрата слуху, дзвін у вухах. З боку сечовидільної системи: підвищена частота сечовипускання, олігурія, гостра ниркова недостатність, гіпонатріємія, гіперкаліємія, гемолітичний уремічний синдром, біль у боці (з/без гематурії), підвищений вміст сечовини та креатиніну у сироватці крові, інтерстиціальний нефрит, затримка сечі, нефротичний синдром, ниркова недостатність. З боку репродуктивної системи: жіноче безпліддя. З боку гепатобілярної системи: порушення функції печінки, гепатит, жовтяниця та печінкова недостатність, гепатомегалія. З боку серцево-судинної системи: припливи, брадикардія, блідість, артеріальна гіпертензія, пальпітація, біль у грудній клітці, виникнення набряків, серцева недостатність. Дані клінічних та епідеміологічних досліджень свідчать, що застосування деяких НПЗЗ, особливо у високих дозах та тривалий час, може бути асоційоване з підвищеним ризиком розвитку артеріальних тромбоемболічних ускладнень (інфаркт міокарда або інсульт). З боку системи дихання: задихка, астма, набряк легень. З боку системи крові: пурпура, тромбоцитопенія, нейтропенія, агранулоцитоз, апластична та гемолітична анемія, еозинофілія. З боку шкіри: свербіж, кропив'янка, фоточутливість шкіри, синдром Лайєлла, бульозні реакції, включаючи синдром Стивенса-Джонсона та токсичний епідермальний некроліз (дуже рідко), екзофоліативний дерматит, макулопапульозні висипання. Гіперчутливість: повідомлялося про розвиток реакції підвищеної чутливості, що включають неспецифічні алергічні реакції та анафілаксію, реактивність респіраторного тракту, включаючи астму, погіршення перебігу астми, бронхоспазм, набряк гортані або задихку, а також різні порушення з боку шкіри, що включають висипання різних типів, свербіж, кропив'янку, пурпуру, ангіоневротичний набряк та у поодиноких випадках – екзофоліативний та бульозний дерматит (включаючи епідермальний некроліз та мультиформну еритему). Такі реакції можуть спостерігатися у пацієнтів з або без відомої гіперчутливості до кеторолаку або до інших нестероїдних протизапальних засобів. Вони також можуть спостерігатися в осіб, у яких в анамнезі був ангіоневротичний набряк, бронхоспастична реактивність (наприклад, астма та поліпи в носі). Анафілактоїдні реакції, такі як анафілаксія, можуть мати летальний наслідок. Інші: післяопераційна кровотеча з рани, гематома, носова кровотеча, подовження тривалості кровотечі, астенія, набряки, збільшення маси тіла, підвищення температури тіла, підвищена пітливість, сухість у роті, посилена спрага, порушення смакових відчуттів, міалгія.

Спосіб застосування та дози. Таблетки бажано приймати під час або після їди. Препарат рекомендується лише для короткочасного застосування (до 5 діб). З метою мінімізації побічних ефектів препарат слід застосовувати у найменшій ефективній дозі протягом найкоротшого періоду часу, необхідного для контролю симптомів. Перед початком лікування необхідно досягти нормоволемії. Дорослим Кетанов призначають по 10 мг кожні 4-6 годин при необхідності. Не рекомендується застосовувати препарат у дозах, що перевищують 40 мг на добу. Опіоїдні анальгетики (наприклад, морфін, петидин) можна застосовувати паралельно, кеторолак не впливає на зв'язування опіоїдних препаратів та не посилює депресію дихання або седативну дію, яку спричиняють опіоїди. Було продемонстровано, що у випадках післяопераційного болю - одночасне застосування кеторолаку з опіоїдними анальгетиками знижувало потребу в останніх. Для пацієнтів, які отримують парентерально кеторолак та яким призначено кеторолак перорально у формі таблеток, сумарна комбінована добова доза не має перевищувати 90 мг (60 мг для осіб літнього віку, пацієнтів із порушенням функції нирок та пацієнтів з масою тіла менше 50 кг), а дозування пероральної форми препарату не має перевищувати 40 мг на добу, якщо змінено застосування форми випуску препарату, діти. Не застосовувати дітям віком до 16 років.

Є протипоказання. Будь-ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування.

Термін придатності. 3 роки. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С, в недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 10 таблеток у блистері; по 1 або 2 або 10 блистерів у картонній упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Виробник. КК Терапія АТ, Румунія. Ранбаксі Лабораторі Лімітед, Індія.

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Індастріал Ареа 3, Девас-455001, Індія/Industrial Area - 3, Dewas-455001, India. Вул. Фабриці, 124, 400632, м. Клуж-Напока, округ Клуж, Румунія/str. Fabricii, 124, 400632 Cluj-Napoca, Jud. Cluj, Romania.

¹Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Кетанов

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Рекомендовано ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування препарату! Р.П. № UA/2596/01/01 від 06.03.2015

ТОВ «Ранбаксі Фармасьютикалс Україна» (група компаній «САН ФАРМА»), 01121, Україна, м. Київ, вул. Харківське шосе, 175, оф. 14.

Для повідомлення про побічну дію або при виникненні питань щодо якості препарату Ви можете зателефонувати по тел. в Україні:

+38(044) 3717721 (вартість дзвінків відповідно до тарифів Вашого оператора)

ТАНТУМ ВЕРДЕ®

БЕНЗИДАМИН



Лекарственное средство для устранения боли и воспаления в полости рта!¹



ПРОТИВОВосПалительный¹

МЕСТНОАнестезирующИй²

- ✓ Пародонтит⁵
- ✓ Гингивит¹
- ✓ Консервативное и оперативное лечение зубов¹

АнТисепТический^{3,4}

РПС № UA/3920/01/01

ANGELINI FARMА
Dileo

04119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404,
тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127

Краткая характеристика лекарственного средства Тантум Верде®

Состав: 100 мл раствора для ротовой полости содержит 0,15 г бензидамина гидрохлорида. Тантум Верде® является местнораздразжающим, противовоспалительным и анальгетическим средством. Тантум Верде® действует как дезинфицирующее средство. Применяется для симптоматического лечения ротовых заболеваний: воспалительных заболеваний ротовой полости, боли, обусловленной хирургическими вмешательствами, стоматитом, язвенной болезнью слизистой оболочки полости рта или с целью профилактики. Как правило, Тантум Верде® хорошо переносится. Сообщений о побочных эффектах при систематическом применении в виде полосканий, глотаний, ингаляций и инстилляций в полости рта не было. Иногда возникает ощущение покалывания или жжения в полости рта, которое исчезает при прекращении приема препарата. Полный перечень возможных побочных эффектов указан в инструкции для врача. Противопоказано применение при беременности.

1. Инструкция для медицинского использования препарата Тантум Верде®, розовый для ротовой полости. РПС № UA/3920/01/01, зарегистрирован Министерством здравоохранения Украины № 3430 від 22.11.10. 2. Салас Бартола А. КІДЖ. Тривалість анальгетичної дії бензидаміну. Curr Ther Res. 1978;23:734-45. 3. Escrivano-Paton et al. Anestésico tópico en la anestesia local. Rev Esp Otorinolaringol. 1993; 116:3. 4. Pridmore J. The use of benzidamine in dental surgery. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52:1103-11. 5. Hospital de Sant Pau, Barcelona, Spain (2001). 6. Справочник «Лечебное средство в стоматологии». Вып. 1. С. 155-156. 7. Hospital de Sant Pau, Barcelona, Spain (2001). 8. Справочник «Лечебное средство в стоматологии». Вып. 1. С. 155-156.

Информация о лекарственном средстве
для специалистов здравоохранения для использования
в профессиональной деятельности

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ № 2 (86) 2017

С У Ч А С Н А С Т О М А Т О Л О Г І Я

Научно-практический стоматологический журнал

Главный редактор

А.А. Тимофеев

Научный редактор

А.В. Павленко

Ответственный редактор

И.П. Мазур

Редакционная коллегия

М.Ю. Антоненко

В.И. Беда

Г.Ф. Белоклицкая

А.В. Борисенко

В.Г. Бургонский

Я.Э. Варес

Е.П. Весова

Ю.П. Вдовиченко

Ю.В. Вовк

Т.Н. Волосовец

Ю.В. Вороненко

И.М. Готь

О.В. Громов

А.Г. Гулюк

Е.Н. Дорошенко

С.П. Коломиец

А.В. Копчак

М.Д. Король

В.А. Лабунец

И.Г. Лесовая

М.М. Лукьянец

В.Ф. Макеев

В.П. Неспрядько

З.Р. Ожоган

В.С. Онищенко

В.С. Процьк

Н.О. Савичук

А.В. Савичук

В.Я. Скиба

А.К. Толстанов

Н.А. Ушко

П.С. Флис

Л.А. Хоменко

Международный

редакционный совет

акад. В.К. Леонтьев (Россия)

проф. Кетеван Гогилашвили (Грузия)

проф. Зураб Чичуа (Грузия)

prof. Rui P. Fernandes (USA)

проф. А.А. Скагер (Латвия)

проф. Мамука Гогиберидзе (Грузия)

проф. Muin S.A. Tuffaha (Германия)

проф. П.А. Леус (Беларусь)

проф. И.К. Луцкая (Беларусь)

проф. С.П. Рубникович (Беларусь)

проф. А.С. Ластовка (Беларусь)

проф. Чингиз Рагимов (Азербайджан)

Руководитель проекта

И.А. Сидорчук

Отдел маркетинга и рекламы

Е.В. Кондратец (начальник отдела)

И.Н. Коваль,

Отдел редакционной подписки

и распространения

А.И. Тартынских — тел.: 067 231 41 88

Учредители и издатели

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
им. П.Л. Шупика (НМАПО)

ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ
НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика (НМАПО)

АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ УКРАИНЫ

УКРАИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ
И ХИРУРГОВ-СТОМАТОЛОГОВ

АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ПАРОДОНТОЛОГОВ
УКРАИНЫ

УКРАИНСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
И ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ООО «ЭКСПЕРТ Лтд»

Рекомендовано

Ученым советом Национальной медицинской академии
последипломного образования им. П.Л. Шупика
Протокол №6 от 14.06.2017 г.

Журнал «Современная стоматология» **реферировается**
Институтом проблем регистрации информации НАН Украины

Адрес редакции:

Украина, 04210, г. Киев-210, а/я 32,
тел./факс: (044) 230 27 19,
e-mail: med_expert@ukr.net,
www.dentalexpert.com.ua

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации Украины.
Свидетельство о регистрации КВ № 15601-4073ПП
от 04.09.2009 г.

Журнал издается с сентября 1997 года.

Тираж 7000 экз.

Периодичность выхода — 5 раз в год.

Подписано к печати 15.06.2017 г.

Статьи, публикуемые в журнале

«**СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**», рецензированы.

Перепечатка материалов только с письменного разрешения
редакции. При перепечатке ссылка на журнал
«**СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**» обязательна.
Редакция и издатель не несут ответственности
за достоверность информации, опубликованной
в рекламных материалах. Ответственность
за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал «**СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**»

в соответствии с Постановлением президиума Высшей
аттестационной комиссии Украины № 1-05/1 от 10.02.2010 г.
внесен в список научных изданий, в которых могут быть
опубликованы основные результаты диссертационных работ

**Оформить подписку на журнал «СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» Вы можете
во всех отделениях связи Украины, а также в подписных агентствах.**

Подписной индекс: 22924.

Editor in Chief

O. Tymofieiev

Science Editor

A. Pavlenko

Managing Editor

I. Mazur

Editorial Team

M. Antonenko

V. Beda

G. Beloklitskaya

A. Borisenko

V. Bourgonski

Y. Vares

E. Vesova

Y. Vdovichenko

Y. Vovk

T. Volosovets

Y. Voronenko

I. Got

O. Gromov

A. Gulyuk

E. Doroshenko

S. Kolomiets

A. Kopchak

M. Korol

V. Labunets

I. Lesovaya

M. Lukyanets

V. Makeev

V. Nespryadko

Z. Ozhogan

V. Onishchenko

V. Protsyk

B. Savichuk

A. Savichuk

V. Skiba

A. Tolstanov

N. Ushko

P. Flis

L. Homenko

International Editorial Team

Acad. V. Leont'ev (Russia)

Prof. Ketevan Gogilashvili (Georgia)

Prof. Zurab Chichua (Georgia)

Prof. Rui P. Fernandes (USA)

Prof. A. Skager (Latvia)

Prof. Mamuka Gogiberidze (Georgia)

Prof. Muin S.A. Tuffaha (Germany)

Prof. P. Leus (Belarus)

Prof. I. Lutskaya (Belarus)

Prof. S. Rubnikovich (Belarus)

Prof. A. Lastovka (Belarus)

Prof. Chingiz R. Ragimov (Azerbaijan)

Project Manager

I. Sidorchuk

Marketing and Advertising Department

K. Kondratets (Head of Department)

I. Koval

Subscription and Distribution

Department

A. Tarynskikh – tel.: +380 (67) 231 41 88

Publisher, founder

SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY
OF POSTGRADUATE EDUCATION

DENTISTRY INSTITUTE OF SHUPYK
NATIONAL MEDICAL ACADEMY
OF POSTGRADUATE EDUCATION

UKRAINIAN DENTAL ASSOCIATION

UKRAINIAN ASSOCIATION
OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS

UKRAINIAN ASSOCIATION
OF PERIODONTISTS

UKRAINIAN ASSOCIATION
OF PROPHYLACTIC
AND CHILDREN'S STOMATOLOGY

«EXPERT LTD» LLC

Recommended by

Scientific Council of SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF
POSTGRADUATE EDUCATION
Protocol #6 dated by June 14, 2017.

«SOVREMENNAYA STOMATOLOGIYA» Journal is **peer-reviewed** by
INSTITUTE FOR INFORMATION RECORDING of UNAS

Publishing office address:

POB 32, Kyiv, Ukraine, 04210

Tel/fax: +38 (44) 230 27 19,

e-mail: med_expert@ukr.net,

www.dentalexpert.com.ua

Registered in Ministry of Information (Ukraine)

Registration Certificate: KB №15601-4073П3

issued on September 04, 2009

The Journal has been published since 1997.

Circulation: 7000.

Publication frequency: 5 Times/Year.

Passed for printing 15.06.2017.

The articles published in «SOVREMENNAYA STOMATOLOGIYA»
journal are refereed.

All material may not be reproduced without the expressed
written consent of the publisher. Pass-through copyright
of «**SOVREMENNAYA STOMATOLOGIYA**» journal is compulsory.

Editorial team and publisher do not bear responsibility
for the reliability of the information published in ad materials.
Advertisers bear responsibility for the advertising content.

According to the Presidium's Resolution
of Higher Attestation Commission #1-05/1
dated by February 10, 2010 «**SOVREMENNAYA
STOMATOLOGIYA**» journal has been entered the list
of scientific publications where the main results
of dissertation works may be published

You can subscribe to the journal at any post office in Ukraine

Subscription index: Rus – 22924



СОДЕРЖАНИЕ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Использование компомера
«Twinky Star»
в детской стоматологии

А.С. Бабий

Изолирование рабочего поля
как важный этап
эстетического реставрирования зубов

И.К. Луцкая

ПАРОДОНТОЛОГИЯ

Застосування коензиму Q10
у комплексному лікуванні
хворих на генералізований пародонтит

А.В. Марков

Тантум Верде® в комплексній терапії
генералізованого пародонтиту
у хворих з переважанням
парасимпатичної нервової системи

А.В. Борисенко, В.М. Батіг, О.В. Іваніцька, А.Г. Дімітрова

Обґрунтування профілактики ускладнень
при застосуванні різних видів скейлінгу

І.Г. Дікова, Е.О. Городенко

Особенности планирования
объема стоматологической помощи
пациентам с генерализованным пародонтитом

А.Г. Димитрова

БОЛЕЗНИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Генетичні маркери системи P₁, MN, Le
як конфігурація детермінованості
до червоного плоского лишая
слизової оболонки порожнини рота

М.Ю. Антоненко, А.М. Парій, Н.А. Зелінська, О.А. Значкова

CONTENTS

PREVENTIVE DENTISTRY

Using the Compiler
«Twinky Star»
In pediatric dentistry

7

A. Babiy

Isolation of the working field
as important stage
esthetic restavration of teeth

10

I. Lutskaya

PERIODONTOLOGY

Usage of coenzyme Q10
in the treatment of patients
with generalized periodontitis

15

A. Markov

Tantum Verde® in combined treatment
of generalized periodontitis
in patients with predominance
of the parasympathetic nervous system

18

A. Borysenko, V. Batih, O. Ivanitska, A. Dimitrova

Substantiation of prevention of complications
in conduction of different tipes of scaling

22

I. Dikova, E. Gorodenko

Especially planning
amount of dental patients
with generalized periodontitis

26

A. Dimitrova

DISEASES OF ORAL MUCOSA

Genetic markers system P₁, MN, Le
how of configuration determation
of lichen planus
oral cavity

30

M. Antonenko, A. Pariy, N. Zelinska, O. Znachkova

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Дослідження стану місцевого імунітету при ортодонтчному лікуванні в дітей

36

Ю.В. Філімонов, А.В. Пачевська, В.М. Истошин

Обґрунтування схеми профілактики раннього дитячого карієсу

39

В.А. Кузьміна, І.І. Якубова, Т.О. Бучинська

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Влияют ли нестероидные противовоспалительные препараты на эффективность местной анестезии?

44

А.А. Тимофеев, А.А. Тимофеев, А.А. Савицкий

Изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей

48

Н.А. Ушко

Ефективне лікування хворих на перикоронарит в умовах амбулаторної практики

52

Н.Г. Ідашкіна, О.О. Гудар'ян, Ж.М. Неханевич

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Особенности конструирования фронтальной группы зубов при лечении за помощью полных съемных пластиночных протезов

58

М.В. Мельничук, В.І. Палійчук

ОРТОДОНТИЯ

Роль цефалометрических характеристик в дифференциальной диагностике клинических форм прогенического прикуса

62

І.В. Ковач, А.Ю. Биндюгин, А.В. Вербицкая

ОБУЧЕНИЕ

Досвід імплементації інноваційних педагогічних методів на етапі післядипломної освіти лікарів-стоматологів

66

М.Ю. Антоненко, Н.А. Зелінська, Л.М. Саяпіна, О.А. Значкова, Т.А. Шуминська

ИНФОРМАЦИЯ АССОЦИАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ УКРАИНЫ

Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні

69

І.П. Мазур

CHILDREN'S AND PREVENTIVE DENTISTRY

Investigation of the state of local immunity in orthodontic treatment in children

Yu. Filimonov, A. Pachevskaya, V. Istoshin

The substantiation of the scheme of an early child karies prevention

I. Yakubova, T. Buchynska, V. Kuzmina

MAXILLOFACIAL SURGERY AND SURGICAL DENTISTRY

Does the nonsteroid anti-inflammatory drugs influence the effectiveness of local anesthesia?

O. Tymofieiev, O. Tymofieiev, O. Savitskiy

Changes of the sensitivity of the oral mucosa in patients with jaw ameloblastoms

N. Ushko

Effective treatment of pericoronitis conditions in ambulatory practice

N. Idashkina, O. Gudar'yan, Zh. Nekhanevich

PROSTHETIC DENTISTRY

Features of the construction of the frontal group of teeth in the treatment of complete removable plate prostheses

N. Melnychuk, V. Paliichuk

ORTHODONTIA

Cephalometric dimension methods role in the differential diagnosis of clinical forms of the progenic bite

I.Kovach, O. Binduvin, A.Verbycka.

TRAINING

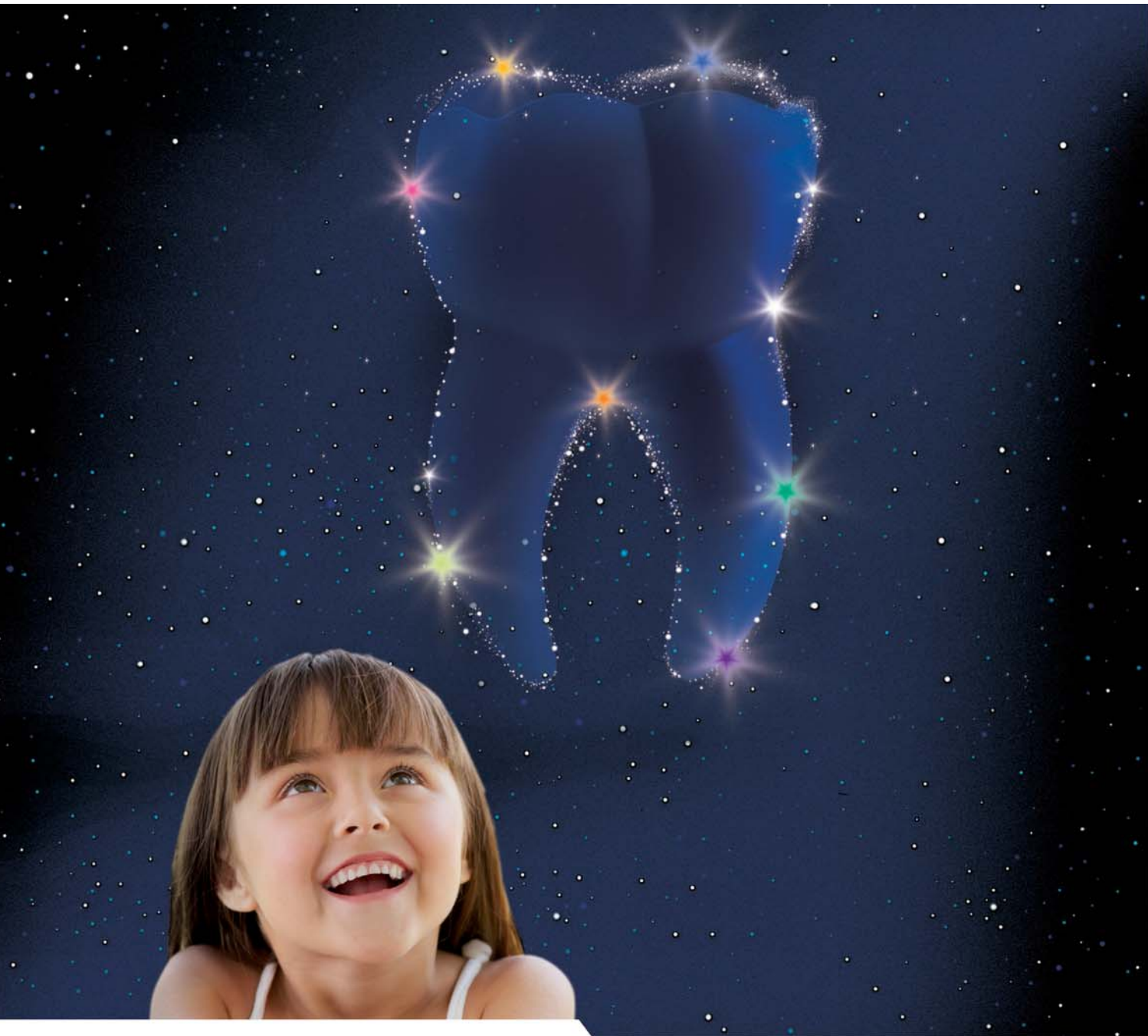
Experience of implementation innovative teaching methods on stage of dentists postgraduate education

M. Antonenko, N. Zelinska, L. Sayapina, O. Znachkova, T. Shuminskaya

INFORMATION ASSOCIATION STOMATOLOGIS OF UKRAINE

On the status and prospects of dental care in Ukraine.

I. Mazur



ЦВЕТНАЯ ПЛОМБА С ЭФФЕКТОМ БЛЕСТОК

8 привлекательных оттенков с эффектом блесков: золотой, серебряный, розовый, синий, оранжевый, зеленый, лимонный, а теперь ещё и ежевичный.

- Улучшение сотрудничества с детьми
- Хорошее штифирование и моделировка, а также замечательная полируемость
- Быстрое и простое использование в капсулах



Официальные дистрибьюторы в Украине:
Дентал депо Запорожье · Медсервис · Меридиан
Оксамат-Дент · Оксия · Стамил · Укрмед · Усмішка

Twinky Star



Использование компомера «Twinky Star» в детской стоматологии



*Бабий Анна Сергеевна, врач стоматолог-терапевт.
Донецкая область, г.Селидово, стоматологическая клиника «МираДент».*

Лечение молочных зубов в наше время очень актуально. Перед детским врачом-стоматологом помимо непосредственно лечения зубов стоят еще две очень важных задачи – не напугать маленького пациента и заинтересовать его.

Высокая распространенность кариеса у детей обусловлена особенностями строения молочных зубов.

В отличие от постоянных зубов эмаль и дентин имеют малую толщину: примерно 0,3–1 мм толщина эмали и 0,5–1,5 мм – дентина. Твердые ткани молочных зубов имеют низкую степень минерализации, что способствует быстрому возникновению и прогрессированию кариеса. От качества лечения зависит судьба временного зуба – возможность сохранения его функционирования в течение всего периода до физиологической смены. Особенностью кариеса молочных зубов является его острое течение. Процесс охватывает кариесрезистентные поверхности (бугры моляров, вестибулярные поверхности).

Прежде чем приступить к восстановительному лечению зубов, следует привести в норму показатели гигиены полости рта, оценить поведение ребенка и принять меры для установления контакта с ним.

При лечении среднего и глубоко кариеса временных зубов существуют определенные правила. Необходимо помнить, что анатомия молочных зубов с их окклюзионными поверхностями, с выраженными буграми и фиссурами, плоскими интерпроксимальными контактами определяет значительную подверженность кариесу. Для получения благоприятных результатов лечения необходимо придерживаться следующих правил:

- соблюдать щадящее препарирование дна кариозной полости;
 - нераздражающую антисептическую обработку кариозной полости;
 - сделать правильный выбор пломбирочного материала и соблюдения технологии его использования.
- На сегодня в арсенале врача-стоматолога есть немало выбор пломбирочных материалов, и это:
- стеклоиономерные цементы;
 - композиты;
 - гибриды;
 - модифицированные СИЦ;
 - компомеры;
 - другие цементы.

Традиционные СИЦ из-за высокой истираемости и хрупкости не рекомендуется использовать в молочных зубах, если до срока смены зуба остается более двух лет.

Модифицированные СИЦ лучше выдерживают нагрузку, сохраняя при этом профилактические свойства. Однако они уступают композитам по механическим и эстетическим характеристикам. Второй немаловажный момент – необходимость их замешивать, на это уходит драгоценное время.

Композиты требуют тщательной изоляции рабочего поля от слюны, что не всегда возможно во время приема детей. Нельзя также забывать о специфике анатомо-физиологического, гистологического строения и степени минерализации молочных зубов. Тонкий слой дентина, большая полость зуба, выступающие рога пульпы, низкая насыщенность кристаллов эмали кальцием объясняют противопоказания к установке композитной пломбы, которая в таких условиях может вызвать воспаление пульпы. Наложение изолирующей прокладки под пломбу из композита может исправить ситуацию, но потребует дополнительного времени. Перечисленные факторы сужают показания к применению композиционных материалов во время приема детей.

В последнее время многие врачи при лечении молочных зубов отдают предпочтение компомерам.

Компомеры – это реставрационные материалы, представляющие собой комбинацию кислотных групп стеклоиономерных цементов и фотополимеризуемых групп композитных смол.

Особое место в ряду компомеров занимает Твинки Стар (Voco) – цветной рентгенконтрастный материал с эффектом блесков для временных зубов. Он сохраняет положительные свойства обеих групп. Так же, как и стеклоиономерные цементы, компомер обеспечивает хорошую адаптацию к тканям зуба и выделение фторидов в кристаллическую решетку на всем протяжении срока службы (профилактический эффект). При этом он обладает устойчивостью к истиранию и механическим нагрузкам, высокими эстетическими качествами. Твинки Стар применяется в сочетании с дентинно-эмалевым бондом. Изготовитель предлагает восемь ярких оттенков с эффектом блесков, что очень нравится детям. Они активно участвуют в процессе выбора цвета пломбы. Тем самым мы решаем задачу «заинтересовать» ребенка (рис. 1, 2, 3, 4).

Материал выпускается в унидозах, что исключает его инфицирование в процессе работы. Наносить его можно слоем до 2 мм и полимеризовать в течение 40 сек. Нанесение материала с помощью специального пистолета выполняется просто и экономит время. Это очень важно для пациента-непоседы, находящегося в кресле врача-стоматолога.



Рис. 1. Полость на дистальной поверхности зуба 7.4 восстановлена материалом «Twinky Star» (VOCO), цвет green. Для зуба 7.5 использован цвет Gold.



Рис. 2. Полость на дистальной поверхности зуба 8.4 восстановлена композером «Twinky Star», цвет blue.



Рис. 3. Пломба на проксимальной поверхности зуба 8.5, материал «Twinky Star», цвет green.



Рис. 4. Пломба на аппроксимальной поверхности зуба 7.4, материал «Twinky Star», цвет gold.



Рис. 5. Вид отпрепарированной полости в зубе 7.5.



Рис. 6. В зубе 7.5. полость восстановлена жидкотекучим композером «Twinky Star flow», цвет blue.



Рис. 7. Полость в зубе 5.4 восстановлена материалами «Twinky Star flow» (в качестве суперадаптивного слоя) и пакуемым Twinky star, цвет blue.



Рис. 8. Зубы 5.4, 5.5. Кариозные полости подготовлены к пломбированию.



Рис. 9. На проксимальную поверхность зуба 5.5 установлена контурная секционная матрица.



Рис. 10. На мезиальной поверхности зуба 5.5 поставлена пломба из материалов «Twinky Star flow» розового цвета и пакуемого «Twinky Star».



Рис. 11. На аппроксимальной поверхности зуба 5.4 установлена матрица.



Рис. 12. Полость на дистальной поверхности зуба 5.4 восстановлена пломбой золотого цвета из материала «Twinky Star» (VOCO).

Материал сочетает свойства стеклоиономера и композита, что позволяет применить принцип минимально инвазивного препарирования и максимально сохранить здоровые ткани зуба. Благодаря хорошей адгезивной подготовке и высоким физико-механическим показателям пломба прослужит столько, сколько понадобится до наступления срока физиологической смены зуба.

Недавно появился новый цветной жидкотекучий компонер. Это Twinky Star flow в розовом и синем цветах. Он очень удобен в моно-технике, когда вся полость заполняется текучим материалом послойно (рис. 5, 6). Отдельно полимеризуется каждый слой в 2 мм. Twinky Star flow можно также использовать в качестве супер-адаптивного слоя, не нарушая цветовую гамму пломб (рис.7). Особенно ценно наличие жидкотекучего компонера при лечении полостей II класса, когда для правильного формирования проксимальной поверхности необходимо использовать матрицу. После адаптации матрицы наносим слой Twinky Star flow, а затем формируем контактную стенку с помощью пакуемого материала и засвечиваем. Это позволяет добиться идеального краевого прилегания (рис. 8, 9, 10, 11, 12).

Благодаря композитной составляющей полировка пломбы из Twinky Star не отнимает много времени. Финишная обработка пломб выполняется традиционным методом, с помощью мелкозернистых алмазных боров (Voco) и щетками окклюбраш, добиваясь блеска. Зуб после пломбирования покрываем защитным лаком «Бифлюорид 12».

Таким образом, компомеры отвечают требованиям, предъявляемым к пломбировочным материалам для временных зубов. Простота и удобство в работе, профилактический эффект, универсальность, широкий выбор цветов делают Twinky Star и Twinky Star flow востребованными материалами, используемыми детским врачом-стоматологом во время терапевтического приема. Посещение врача-стоматолога превращается в интересную игру, которая заканчивается приобретением цветной пломбы. Этим обусловлена высокая мотивация детей лечить зубы. Ребенок, заинтересованный новым внешним видом своих зубов, начинает уделять больше внимания гигиене полости рта. Врач, использующий в работе цветные компомеры, добивается высокого уровня здоровья зубов своих пациентов, их доверия и заинтересованности, а также существенно поднимает свой авторитет.

И.К. Луцкая

Изолирование рабочего поля как важный этап эстетического реставрирования зубов

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Белоруссия

Резюме. Использование композиционных материалов предусматривает необходимость обеспечения чистоты и сухости оперативной области. Наиболее надежным способом является установка коффердама, который укрепляется при помощи специальных зажимов (кламмеров), либо отрезков корда, клинышков, ретракционной ленты. При наличии противопоказаний к применению коффердама можно изолировать зубы от попадания слюны при помощи коттоновых валиков, матричных систем, ретрактора щек. Постоянная работа слюноотсоса в такой ситуации обязательна. Адекватная защита рабочего поля позволяет достичь нужного результата – качественного реставрирования зубов.

Ключевые слова: коффердам, рабочее поле, моделирование реставрации.

Современные стоматологические материалы благодаря своим положительным качествам способны обеспечить высокую прочность и эстетичность изготовляемых реставраций, однако обязательным условием достижения нужного результата является строгое соблюдение техники использования фотоотверждаемых композитов. Инструкция по применению предусматривает описание каждого этапа работы, одним из которых является ограничение рабочего поля в соответствии с требованием обеспечить чистоту и сухость области реставрирования. Для этих целей стоматологическая установка укомплектована системой «слюноотсос–пылесос». Дополнительно используются устройства и аксессуары. Наиболее простыми и доступными средствами являются коттоновые валики. Более надежно защищают зубы от слюны и других загрязнений специальные приспособления.

Коффердам (нем. *kofferdam*) или раббердам (англ. *rubber dam*) – салфетка из латекса, предназначенная для изолирования одного или нескольких обрабатываемых зубов от остальной полости рта во время лечения. Чаще всего представляет собой пластину размером 15×15 см, изготовленную из сока гевеи бразильской (каучукового дерева), и выпускается различной толщины (пять размеров) и различных цветов (синий, зеленый, бежевый).

Резиновая пленка удерживается на зубах при помощи зажимов – кламмеров, которые закрепляются специальными щипцами (рис. 1). Коффердам позволяет предупредить проглатывание или аспирацию пациентом мелких инструментов, защищает слизистую оболочку от повреждения жидкостями или дезинфицирующими средствами. Сохраняя рабочее поле сухим и чистым, коффердам позволяет облегчить работу врача и ассистента, а также обеспечивает хороший обзор, исключает необходимость использовать коттоновые валики. Применение коффердама создает комфорт для пациента: отсутствует ощущение пересушенной слизистой оболочки полости рта, неудобство от прикосновения пальцев врача. Уменьшается риск рвотного рефлекса.

В клиниках применяется также бескламмерный коффердам, который отвечает требованиям изолирования рабочего поля благодаря трехмерной геометрии, соответствующей полости рта (рис. 2). Для фиксации применяются зажимы (металлические и пластмассовые), клинья, резиновые кольца, отрезки корда (рис. 3).

В целях ограничения операционного поля используют рамки (металлические или пластиковые). Большинство рамок имеют U-образную форму, так что нижняя

часть находится на подбородке, а открытая в области носа. Бывают рамки квадратной, овальной формы.

В зависимости от выполняемого объема работы в латексной пластинке проделывают от одного (при эндодонтическом лечении одного зуба) до нескольких (при шинировании) отверстий при помощи специального устройства (дырокола), имеющего шесть отверстий различного диаметра – от 1 до 2 мм.

Коффердам может сразу устанавливаться на зуб или же сначала выполняется фиксация латекса на клампе, а потом – на зубе.

Противопоказаниями к применению коффердама являются объективные или субъективные причины. Наиболее часто это категорический отказ пациента в силу неприятия данного ограничителя: помехи при глотании, затрудненное носовое дыхание, страх перед необычной процедурой или материальные соображения. В этих случаях врачом применяются другие способы обеспечения чистоты и сухости рабочего поля: минидамы, коттоновые и ватные валики, ретракционные нити, матрицы. Обязательным является использование слюноотсоса.

При использовании коффердама его устанавливают на конкретном этапе работы – после оценки цвета зуба и выбора соответствующих шприцев композита. Оттенки не должны определяться на фоне интенсивно окрашенной латексной салфетки, поскольку в таких условиях появляются оптические иллюзии, усложняющие объективный выбор фотополимера. А именно образование цветной тени от коффердама, так называемый рефлекс, придаст аналогичный оттенок зубу (рис. 4). В свою очередь явление цветового контраста будет способствовать восприятию контрастного цвета (синий – оранжевый, зеленый – красный), при этом черный коффердам усилит белизну зуба (рис. 5). Оптимальными условиями для определения оттенков являются серый фон или обычная цветовая среда ротовой полости.

Этап планирования реставрации также предшествует установке коффердама, поскольку требует визуальной оценки естественных размеров, формы, рельефа зубов.

Еще раньше осуществляется механическое очищение поверхностей зубов, подлежащих восстановлению, при помощи бесфтористых паст (гелей), наносимых на щеточки или помещаемых в чашечки.

Применение коффердама требует овладения специальными навыками, которые лучше осваивать на модели в процессе выполнения конкретной работы. При отсутствии

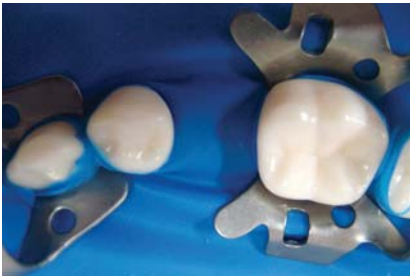


Рис. 1. Фиксация коффердама кламмерами.

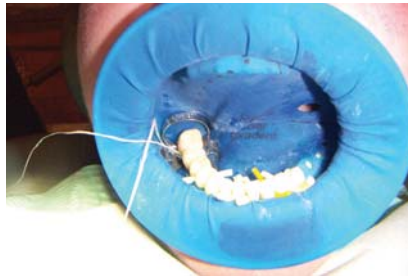


Рис. 2. Бескламмерный коффердам.



Рис. 3. Укрепление коффердама отрезками корда.



Рис. 4. Цветная тень на зубе – рефлекс.



Рис. 5. Усиление белизны зуба на черном фоне.



Рис. 6. «Подтекание» слюны на границе коффердама.



Рис. 7. Кислотное протравливание эмали.



Рис. 8. Воссоздание контактного пункта.



Рис. 9. Моделирование бугров и фиссур.



Рис. 10. Укрепление стекловолокна на зубах, замыкающих дефект.



Рис. 11. Завершенная реставрация – АМП.



Рис. 12. Защита оперативного поля при помощи cottonовых валиков.



Рис. 13. Исключение контакта фотополимера с десной при помощи отрезка пластиковой оболочки.



Рис. 14. Подготовка к моделированию винира на 21-м зубе.



Рис. 15. Кламмер в области центрального резца.



Рис. 16. Моделирование верхнего центрального резца.



Рис. 17. Ограничение рабочего поля в области клыка.



Рис. 18. Кламмер, укрепленный на премоляре.



Рис. 19. Клинический результат завершенной работы.



Рис. 20. Использование латексной салфетки на рамке.



Рис. 21. Фиксация коффердама кламером.



Рис. 22. Вид зубов после снятия кламмера.

умений могут допускаться ошибки (рис. 6). В качестве примера обучения можно использовать препарирование и пломбирование кариозной полости. Коффердам устанавливается на модели и укрепляется кламмером. Производится препарирование зуба. Адгезивная подготовка осуществляется с применением матрицы, предупреждающей вытекание ингредиентов за пределы оперативного поля (рис. 7). Контурная матрица обеспечивает качественное воссоздание контактного пункта (рис. 8). Моделирование бугров и рельефа поверхности соответствует анатомическим особенностям моляра (рис. 9). После фотоотверждения при помощи боров головок осуществляется обработка поверхности до появления естественного блеска, коффердам снимается.

Большой объем работы, как правило, требует длительного и надежного изолирования от слюны заинтересованной области зубного ряда. Обучение технике применения и демонстрацию преимуществ коффердама приводим на следующем примере – формировании сложной адгезивной конструкции, опять-таки, на учеб-

ной модели. Наличие латексной салфетки с отверстиями для зубов, качественно укрепленной зажимами, хорошо контурирующими шейки моляра и премоляра, обеспечивает хороший доступ и удобство выполнения этапов создания эстетического мостовидного протеза (см. рис. 1). Более того, гарантируется отсутствие контакта композиционного материала (гидрофобного) и увлажненной десны. Препарирование зубов осуществляется в соответствии с требованиями адгезивной ленты. Стекловолокно «GrandTEK» (VOCO), фотокомпозит «Grandio» (VOCO) обеспечивают прочность и высокую эстетику АМП (рис. 10, 11).

Клинический случай иллюстрирует пример, связанный с категорическим отказом пациента от коффердама, что значительно затруднило изготовление аналогичной конструкции. В такой ситуации существенно увеличивается объем работы ассистента и снижается удобство для врача. Сухость оперативного поля обеспечивалась ретрактором щек, слюноотсосом, каттоновыми валиками (рис. 12). На отдельных этапах слизистая

десны изолировалась при помощи отрезка стерильной пластиковой оболочки стекловолоконной ленты «Гранд-ТЕК» (рис. 13).

Небольшой объем работы на центральных зубах можно выполнить под защитой хлопчатобумажных валиков и целлулоидной матрицы с постоянно действующим слюноотсосом (рис. 14).

Еще один клинический пример демонстрирует моделирование сложных реставраций на передних зубах, требующее тщательной эстетической проработки, а следовательно, продолжительного промежутка времени. Реставрирование затрудняется отказом пациентки от хирургической коррекции десневого края, «нависающего» над пришеечными отделами резцов. Стоматолог использует коффердам, а кламмер устанавливает таким образом, чтобы он отдавлял десну у шейки зуба, обеспечивая хороший доступ к данной области (рис. 15). На других участках коффердам фиксируется при помощи отрезков корда. Препарирование зубов производится алмазными борами средней, затем мелкой зернистости под водно-воздушным охлаждением. Подготовленные поверхности просушиваются, обрабатываются адгезивом. Этапы моделирования осуществляются с использованием опаловых оттенков фотополимера, которыми вначале восстанавливается дентинная основа 21-го зуба (рис. 16). Эмалевыми слоями воспроизводится индивидуальный рельеф. Аналогичным образом моделируется 11-й зуб, а затем латеральные резцы.

Реставрирование клыков и премоляров проводится также с применением коффердама, укрепленного кламмером в области интересующего зуба и отрезков корда на различных участках зубной дуги (рис. 17, 18). При помощи алмазных боров мелкой зернистости, головок и дисков проводится контурирование и полирование поверхности реставраций. Снимаются кламмеры, удаляется коффердам (рис. 19). После завершения моделирования и отверждения материала при необходимости можно продолжить и завершить обработку и полирование реставраций. После снятия коффердама зубы покрываются фторлаком.

Адекватное использование коффердама обеспечивает комфортную ситуацию при необходимости эстетического реставрирования зубов у детей. Выбирается способ укрепления, минимально влияющий на возможность проглотить слюну: фиксация салфетки, закрепленной на рамке, ограничивается фронтальными зубами (рис. 20, 21). Лечение ребенка осуществляется в положении лежа без особых проблем. Эстетическая реставрация моделируется послойно: опаловые, затем эмалевые оттенки. Завершается работа полированием реставраций (рис. 22). После снятия коффердама обрабатывается пришеечная область. Зуб покрывается фторпрепаратом.

Заключение

Одним из важнейших условий, позволяющих обеспечить высокую эффективность эстетического реставрирования зубов, является поддержание сухости и чистоты оперативной области. Наиболее надежным способом считается использование коффердама, который способен изолировать заинтересованные зубы от ротовой среды, в том числе попадания слюны. Использование такого приспособления специалистом высокой квалификации сокращает длительность изготовления реставрации, создавая комфортные условия для врача-стоматолога, ассистента и самого пациента.

Следует, однако, соблюдать условия свето-цветовой среды, необходимые для выполнения других этапов работы с фотополимерами. В частности, не следует определять оттенки зуба на фоне коффердама, интенсивный цвет которого способен создавать такие визуальные иллюзии как рефлекс (цветовая тень) или контраст восприятия.

Если клиническая ситуация исключает установку латексной салфетки, применяются иные методы ограничения рабочего поля, например, хлопчатобумажные валики, ретрактор щек, матричные системы. Работа слюноотсоса – обязательное условие обеспечения чистоты и сухости оперативной области.*

Ізолювання робочого поля як важливий етап естетичного реставрування зубів

І.К. Луцька

Резюме. Використання композиційних матеріалів передбачає необхідність забезпечення чистоти і сухості оперативної області. Найбільш надійним способом є установка коффердама, який зміцнюється за допомогою спеціальних затискачів (кламерів), або відрізків корду, клинцем, ретракційної стрічки. При наявності протипоказань до застосування коффердама можна ізолювати зуби від попадання слини за допомогою хлопчатобумажних валиків, матричних систем, ретрактора щік. Постійна робота слюноотсоса в такій ситуації обов'язкова. Адекватний захист робочого поля дозволяє досягти потрібного результату – якісного реставрування зубів.

Ключові слова: коффердам, робоче поле, моделювання реставрації

Isolation of the working field as important stage esthetic restoration of teeth

I. Lutskaya

Summary. Use of composite materials provides need of ensuring purity and dryness of operational area. The most reliable way is installation of a cofferdam which becomes stronger by means of special clips (klammer), or pieces of a cord, klinyshk, a retraction tape. In the presence of contraindications to application of a cofferdam it is possible to isolate teeth from hit of saliva with the help the cotton of rollers, matrix systems, the retractor of cheeks. Permanent job of a salivary ejector in such situation is obligatory. Adequate protection of the working field allows to achieve the necessary result – a qualitative restoration of teeth.

Key words: cofferdam, working field, restoration modeling.

*Луцкая Ирина Константиновна – доктор мед. наук, лауреат Государственной премии, профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии Белорусского государственного института усовершенствования врачей.
E-mail: lutskaja@mail.ru.*

* Статья представлена в авторской редакции.

77-й КИЇВСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ ТА ВИСТАВКА

МЕДВІН:
Стоматологічні виставки
№1 в Україні

СТОМАТСАЛОН `2017

УКРАЇНА, КИЇВ,
вул. САЛЮТНА, 2-Б,
ст. м. "НИВКИ"

**5-7
КВІТНЯ**

 **КИЇВ ЕКСПО ПЛАЗА**



В ПРОГРАМІ ФОРУМУ:
лекторій для практичного лікаря,
семінари фірм,
демонстрації на стендах учасників.



АО «МОТОР СИЧ»

ПАРТНЕРИ ВИСТАВКИ



ДП «ІВЧЕНКО-ПРОГРЕС»

Корпорація
"НВО "О. Івченко"

ЗА ПІДТРИМКИ:

КОМІТЕТ ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ
З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я,
МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА;
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.



План стоматологічних
виставок на 2017 рік

77-й Київський міжнародний стоматологічний форум та виставка
МЕДВІН: СТОМАТСАЛОН
КИЇВ 5 - 7 квітня

2-й Запорізький міжнародний стоматологічний форум та виставка
МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ
ЗАПОРІЖЖЯ 27 - 29 квітня

24-й Одеський міжнародний стоматологічний форум та виставка
МЕДВІН: СТОМАТСАЛОН
ОДЕСА 17 - 19 травня

78-й Київський міжнародний стоматологічний форум та виставка
МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ
КИЇВ 5 - 8 вересня

25-й Одеський міжнародний стоматологічний форум та виставка
МЕДВІН: СТОМАТЕКСПО
ОДЕСА 20 - 22 вересня

79-й Київський міжнародний стоматологічний форум та виставка
МЕДВІН: ЕКСПОДЕНТАЛ - 2017
КИЇВ 22 - 24 листопада
Підсумкова виставка 2017 року

УПОРЯДНИК
ВИСТАВКОВА КОМПАНІЯ
"МЕДВІН":

Тел./факс: + 380 44 501-03-42
E-mail: mail@medvin.kiev.ua
www.medvin.kiev.ua

ВИСТАВКИ
МЕДВІН

УДК 616.311.2+616.314.17+616.314.19-002.03182-085.355

А.В. Марков

Застосування коензиму Q10 у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит

Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Резюме. У патогенезі дистрофічно-запальних процесів пародонту значне місце відводять порушенням ліпідного обміну, перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту. Тому важливо виявити ефективність використання препаратів антиоксидантної дії.

Мета: визначити ефективність застосування коензиму Q10 у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Матеріал і методи дослідження. Проведено обстеження та лікування 45-ти хворих на генералізований пародонтит. Хворі були поділені на дві групи: у першій групі (35 хворих) проведено лікування з використанням коензиму Q10, у другій (контрольній – 10 хворих) – загальноприйняте лікування. Для кількісної оцінки стану тканин пародонту використовували пробу Шиллера-Пісарєва [10], індекс гігієни Федорова-Володкіної [11], індекс РМА за С. Парма [12], пародонтальний індекс за А.Л. Руссел [13].

Результати. Застосування коензиму Q10 у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит дозволяє досягти значного покращання стану тканин пародонту в найближчі та віддалені строки лікування, що підтверджує позитивна динаміка зміни клінічних показників.

Висновки. Показана висока ефективність застосування коензиму Q10 у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит у найближчі строки спостережень.

Ключові слова: генералізований пародонтит, лікування, коензим Q10.

Вступ

Важлива роль у патогенезі дистрофічно-запальних процесів у тканинах пародонту належить порушенням ліпідного обміну, перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту [3, 5, 6, 7]. Застосування різноманітних лікувальних засобів не завжди має ефективну дію на ці механізми захворювань пародонту, тому проблема лікування дистрофічно-запальних захворювань пародонту залишається актуальною й сьогодні [5–7]. Ураховуючи це, використання препаратів антиоксидантної дії в комплексному лікуванні захворювань пародонту є обґрунтованим.

Коензим Q10 впливає шляхом перетворення жирних кислот у мітохондріях з утворенням креатин-фосфату та АТФ. Це підвищує енергетичний потенціал клітини, знижує вміст холестерину у крові, відновлює процеси окисного фосфорилування [1, 2, 9].

Проведені дослідження останнього десятиліття свідчать про високу ефективність застосування препарату коензиму Q10 у лікуванні різноманітних захворювань [1, 2, 9]. Аналіз літературних джерел про використання даного препарату показав, що коензим Q10 практично не використовували для лікування хворих із захворюваннями тканин пародонту.

Метою даного дослідження було визначення ефективності застосування коензиму Q10 у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали та методи

Проведено обстеження та лікування 45-ти хворих віком 22–65 років на генералізований пародонтит I–II ступеня хронічного перебігу. Основну групу склали 35 пацієнтів, в яких у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту застосовували коензим Q10. Контрольну групу склали 10 хворих, яким проводили загальноприйняте лікування.

Було проведено ретельне обстеження стану тканин пародонту в усіх хворих до та після лікування. Клінічне обстеження стану тканин пародонту розпочинали з огляду, оцінки стану зубів, пародонту та порожнини рота в цілому. Виявляли місцевих подразники тканин пародонту (зубні

відкладення, каріозні порожнини, пошкоджені пломби, протези тощо). Інтенсивність та поширеність дистрофічно-запального процесу в пародонті оцінювали за допомогою проби Шиллера-Пісарєва [10]. Для кількісної оцінки запального процесу використовували індекс РМА за С. Парма [12], для клінічної оцінки стану пародонту визначали пародонтальний індекс за А.Л. Руссел [13]. Кількісну та якісну оцінку стану гігієни ротової порожнини проводили за допомогою індексу Федорова-Володкіної [11].

При обстеженні пародонтальних кишень вимірювали їх глибину за допомогою градуйованого зонду або гладилки з міліметровими поділками. Для оцінки характеру виділень (серозні або гнійні) з пародонтальних кишень використовували бензидинову пробу за S. Sorrin [14]. Диференціальну діагностику пародонтальних та ясенних кишень проводили за допомогою формалінової проби за С. Парма [12]. Патологічну рухомість зубів визначали за Д.А. Ентіним [5]. Резистентність судин тканин пародонту визначали за В.І. Кулаженком [5, 8]. Діагноз захворювання пародонту проводили за класифікацією М.Ф. Данилевського [4].

Усім хворим на генералізований пародонтит проводили ретельне видалення всіх подразників тканин пародонту (зубні бляшки, зубний камінь, неякісні пломби, протези тощо). Для більш ефективного медикаментозного лікування хворих на генералізований пародонтит використовували індивідуальну капу для утримання медикаментозного препарату. Із цією метою знімали відбиток зубного ряду матеріалом «Stomafleks Solid». Обробляли цю індивідуальну капу: обрізали надлишки матеріалу, гострі краї і припасовували у вибраних межах зубного ряду, щоб вона не травмувала слизову оболонку рота і тканини пародонту. Після видалення зубних відкладень обробляли пародонтальні кишень розчином антисептика (наприклад, перекису водню, хлоргексидину тощо). У подальшому в пародонтальні кишень та капу вводили розчин препарату коензиму Co Q10 та одягали капу на 15–20 хвилин (хворий прикушував капу й утримував її в роті). Пацієнтам контрольної групи в пародонтальні кишень вводили мазь «Метрогіл Дента». Для покращення мікроциркуляторного русла у крові в ділянці ураження тканин пародонту

хворим призначали пальцевий масаж ясен по 1–2 хв. 5–6 разів на день. В якості загального лікування пацієнтам основної групи призначали прийом препарату коензиму Q10 «Коэнзим Q10» у капсулах по одній капсулі два рази на день. Тривалість курсу лікування становила 5–6 днів.

Хворим контрольної групи після ретельного видалення всіх подразників тканин пародонту в пародонтальні кишені вводили мазь «Метрогіл Дента» і призначали полоскання порожнини рота розчином «Гівалекс» щоденно протягом 5–6-ти днів.

Результати дослідження та їх обговорення

При лікуванні хворих на генералізований пародонтит згідно із запропонованим методом лікування з використанням препарату коензиму Q10 у хворих із хронічним перебігом генералізованого пародонтиту вже через 1–2 відвідування зменшувались кровоточивість, відчуття тяжкості, болочості та свербіжу в яснах.

Після 2–3-х сеансів лікування хворих з I ступенем хронічного перебігу генералізованого пародонтиту явища запалення в яснах майже повністю зникали в усіх обстежених. Слизова оболонка набувала блідо-рожевий колір, була щільною, набряк і гіперемія не спостерігались. Проба Шиллера-Пісарєва була негативною. Значно зменшувалась глибина пародонтальних кишень. Помітно зменшувалась патологічна рухомість зубів. На рентгенограмі (через 1–1,5 місяця з початку лікування) спостерігалось зменшення кількості явищ остеопорозу кістки альвеолярного відростка.

У хворих на генералізований пародонтит I–II ступеня хронічного перебігу вже після 3-х сеансів лікування спостерігалось зменшення або припинення кровоточивості та гіперемії слизової ясен. Зникали неприємні суб'єктивні відчуття в яснах. Значно зменшувались і зникали виділення з пародонтальних кишень. На рентгенограмах (через 1–1,5 місяця з початку лікування) також спостерігалось зменшення кількості явищ остеопорозу кістки альвеолярного відростка щелеп.

Про сприятливі результати лікування свідчать дані індексної оцінки стану пародонту та функціональних проб.

Після лікування стан гігієни порожнини рота покращився: індекс гігієни із $2,5 \pm 0,25$ зменшувався в середньому до $0,7 \pm 0,27$. Зменшувався рівень запалення ясен, про що свідчить зміна індексу ПМА із $57,24 \pm 2,45$ до $23,45 \pm 1,85$ % після лікування. Підвищувалась резистентність судин пародонту: до лікування вакуумна гематома утворювалась через 11,8 сек., після лікування час утворення гематоми збільшувався до $28 \pm 2,0$ сек. Пародонтальний індекс практично залишився на тому самому рівні. Глибина пародонтальних кишень зменшилася із $2,6 \pm 3,7$ до $1,4 \pm 0,25$ мм.

У хворих на генералізований пародонтит контрольної групи строки лікування були більш тривалими, збільшувалась необхідна для досягнення ефекту кількість відвідувань хворих. Так, при I ступені хронічного перебігу генералізованого пародонтиту зменшення болю та кровоточивості ясен, глибини пародонтальних кишень і виділень з них були досягнуті в середньому через 6–7 відвідувань, а при I, I–II ступенях майже через десять.

Після лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням препарату коензиму Q10 спостерігалось значне покращення стану пародонту. Запропонована методика лікування дозволяла усунути прояви запалення та досягти стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті за короткий період лікування. У найближчі строки лікування відзначається більш виражена нормалізація клінічних показників, які характеризують дистрофічно-запальні процеси в пародонті.

Висновки

Отримані результати клінічного дослідження показали ефективність використання препаратів коензиму Q10 у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Це дозволяє досягти значного пригнічення дистрофічно-запального процесу в пародонті, про що свідчить позитивна динаміка зміни пародонтальних індексів. Запропонована методика лікування, урахувавши динаміку позитивних змін у тканинах пародонту, дозволяє досягти скорочення строків лікування та підвищення клінічної ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аронов Д.М. Применение коэнзима Q10 в кардиологической практике / Д.М. Аронов // РМЖ. – 2004. – 12 (15). – С. 17–19.
2. Балькова Л.А. Опыт и перспективы использования коэнзима Q10 в детской кардиологии / Л.А. Балькова // Лечащий врач. – 2009. – № 9. – С. 15–19.
3. Борисенко А.В. Біохімічне обґрунтування комплексного лікування генералізованого пародонтиту науковцями кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця / А.В. Борисенко // Стоматологія. От науки к практике. – 2014. – № 1. – С. 12–20.
4. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта / Н.Ф. Данилевский // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17–21.
5. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія. – Т.3. Захворювання пародонту / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин. – Київ: Медицина, 2008. – 616 с.
6. Заболотний Т.Д. Генералізований пародонтит / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков, І.В. Шилівський. – Львів: ГалДент, 2011. – 240 с.
7. Заболотний Т.Д. Запальні захворювання пародонту / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, Т.І. Пуліс. – Львів: ГалДент, 2013. – 206с.
8. Комышников В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям / В.С. Камышников. – Минск, 2004. – 672 с.
9. Коровина Н.А. Использование коэнзима Q10 в профилактике и лечении. Применение антиоксидантного препарата кудесан (коэнзим Q10 с витамином Е) в кардиологии / Н.А. Коровина, Э.К. Ругре. – М., 2002. – 164 с.
10. Свраков Д. Пародонтопатии (этиология, клиника и лечение) / Д. Свраков, Е. Атанасова. – София: Государственное издательство «Медицина и физкультура», 1962. – 212 с.
11. Федоров Ю.А. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качества ухода за полостью рта / Ю.А. Федоров, В.В. Володкина // Терапевтическая и ортопедическая стоматология. – К.: Здоров'я, 1971. – Вып. 1. – С. 117–119.
12. Parma C. Parodontopathie / C. Parma. – J.A. Verlag, Leipzig, 1960. – 204 s.
13. Russel A.L. A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal / A.L. Russel // J. Dent. Res. – 1956. – V. 36. – P. 922–925.
14. Sorrin S. The practice of periodontia / S. Sorrin. – New-Jork, Toronto, London MC Graw. – Hill Book Comp. Jnc., 1960. – 560 p.

Применение коэнзима Q10 в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом

А.В. Марков

Резюме. В патогенезе дистрофически-воспалительных процессов пародонта значительное место отводят нарушениям липидного обмена, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты. Поэтому важно выяснить эффективность использования препаратов антиоксидантного действия.

Цель: определить эффективность применения коэнзима Q10 в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и лечение 45-ти больных генерализованным пародонтитом. Больные были разделены на две группы: в первой группе (35 больных) проведено лечение с использованием коэнзима Q10, во второй (контрольной – 10 больных) – общепринятое лечение. Для количественной оценки состояния тканей пародонта использовали пробу Шиллера-Писарева [10], индекс гигиены Федорова-Володкиной [11], индекс РМА по С. Parma [12], пародонтальный индекс по A.L. Russel [13].

Результаты. Применение коэнзима Q10 в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом позволяет добиться значительного улучшения состояния тканей пародонта в ближайшие и отдаленные сроки лечения, что подтверждает положительная динамика изменения клинических показателей.

Выводы. Показана высокая эффективность применения коэнзима Q10 в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом в ближайшие сроки наблюдений.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, лечение, коэнзим Q10.

Usage of coenzyme Q10 in the treatment of patients with generalized periodontitis

A. Markov

Summary. In the pathogenesis of inflammation, dystrophic periodontal diseases the very important are disturbances of lipid metabolism, lipid peroxidation and antioxidant protection. Therefore, it is important to find out the effectiveness of the use of drugs with antioxidant action.

Objective. To determine the efficacy of coenzyme Q10 in treatment of patients with generalized periodontitis.

Material and methods. The examination and treatment of 45 patients with generalized periodontitis were made. Patients were divided into two groups: the first group (35 patients) treated with using coenzyme Q10, the second (control – 10 patients) conducted by conventional treatment. For a quantitative assessment of periodontal tissue status were used Shillyer-Pisarev test [10] Fedorov-Volodkina hygiene index [11], PMA index by A.S. Parma [12], periodontal index by A.L. Russel [13].

Results. The use of coenzyme Q10 in treatment of patients with generalized periodontitis can achieve significant improvement in periodontal status in immediate and long-term treatment, confirming the positive dynamics of clinical indices.

Conclusions. The high efficiency of coenzyme Q10 in treatment of patients with generalized periodontitis in the next timing observations.

Key words: generalized periodontitis, treatment, coenzyme Q10.

Марков Анатолій Владиславович – канд. мед. наук,

доцент кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Адреса робоча: вул. Пекарська, 69-в, м. Львів, Україна, 79010. Тел.: +38(097) 502-85-91. E-mail: zhannaostap@mail.ru.

VITAPLANT®
ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



(067) 611-04-50
(097) 784-00-76
(061) 212-22-03

А.В. Борисенко¹, В.М. Батіз², О.В. Іваніцька², А.Г. Дімітрова¹

Тантум Верде® в комплексній терапії генералізованого пародонтиту у хворих з переважанням парасимпатичної нервової системи

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Актуальність. Захворювання пародонта є найбільш розповсюдженими хворобами людини. Проблема раціонального лікування генералізованого пародонтиту є актуальною. Однією із причин захворювань пародонта є поєднання судинних змін з порушенням вегетативної регуляції, що необхідно враховувати при лікуванні. У комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту широко використовують протизапальні медикаментозні препарати. Одним із широко відомих препаратів є нестероїдний протизапальний препарат «Тантум Верде®» (гідрохлорид бензидаміну).

Мета: визначення клінічної ефективності застосування запропонованого комплексного лікування генералізованого пародонтиту початкового–І ступеня у хворих з переважанням парасимпатичної нервової системи.

Матеріали та методи. Для даного дослідження були відібрані 30 хворих на генералізований пародонтит з переважанням парасимпатичної нервової системи. Медикаментозне лікування проводили з використанням запропонованої премедикації та розчину для полоскання Тантум Верде®.

Було проведено комплексне обстеження стану тканин пародонта пацієнтів до лікування та після проведеного лікування. Для оцінки клінічної ефективності лікування використовували пробу Шиллера-Пісарєва (1962), індекс ПМА за С. Рагма (1961), гігієнічний індекс Федорова-Володкіної (1978), вакуумну пробу за Кулаженком (1961).

Результати. У результаті клінічного дослідження було встановлено, що включення запропонованої премедикації в комплексну терапію хворих на генералізований пародонтит дозволяє ефективно пригнічувати дистрофічно-запальний процес у тканинах пародонта. Застосування протизапального препарату «Тантум Верде®» підвищує ефективність лікування. Це підтверджує зниження індексу ПМА, збільшення часу утворення гематоми при проведенні вакуумної проби за Кулаженком, покращення рівня гігієни порожнини рота.

Висновки. Застосування запропонованої премедикації із включенням препарату «Тантум Верде®» дозволяє підвищити ефективність лікування генералізованого пародонтиту в пацієнтів з переважанням парасимпатичної нервової системи.

Ключові слова: генералізований пародонтит, пацієнти з переважанням парасимпатичної нервової системи, Тантум Верде®.

Проведена наукова робота є частиною планової наукової роботи кафедри терапевтичної стоматології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», № державної реєстрації 0115U002765 і планової наукової роботи кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Особливості діагностики, лікування та профілактики карієсу, захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота, що розвиваються на тлі соматичної патології», № державної реєстрації 0107 U002 901.

Генералізований пародонтит є складним патологічним станом у розвитку якого приймають участь інфекційно-алергійні процеси, метаболічні та функціональні розлади, зрушення гормонального, імунного та цитокінового стану [3, 10, 19, 29, 34]. Останніми роками з'явилась низка робіт, присвячених вивченню клініко-патологічних особливостей захворювань пародонта. Установлено, що однією із причин захворювань є поєднання судинних змін з порушенням вегетативної регуляції [1, 13, 14]. При цьому вегетативній нервовій системі належить інтегруюча роль [16].

Одною з основних задач медикаментозного лікування захворювань пародонта є пригнічення процесів

запалення з використанням протизапальних препаратів. Одним з таких ефективних засобів є гідрохлорид бензидаміну (Тантум Верде®). Це нестероїдний протизапальний препарат, який має знеболювальну, протинабрякову, місцеву анестезувальну та антибактеріальну дію [21, 26, 32, 35]. Така багатогранність його дії зумовлена впливом на різні біохімічні, метаболічні процеси та інші сприятливі фармакодинамічні характеристики [22, 24, 31, 35].

Тантум Верде® знайшов досить широке застосування в оториноларингології, стоматології, анестезіології та онкології [23, 25, 28, 33].

Зокрема у стоматології його застосовують для лікування захворювань пародонта і слизової оболонки рота, після хірургічних втручань у порожнині рота [2, 5–8, 12, 17, 20].

У даному дослідженні представлені результати комплексного медикаментозного лікування катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту початкового–І ступеня у хворих з переважанням парасимпатичної нервової системи.

Мета – визначення клінічної ефективності застосування запропонованого комплексного лікування катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту початкового–І ступеня у хворих з переважанням парасимпатичної нервової системи.

Матеріал і методи дослідження

При лікуванні пацієнтів із захворюваннями пародонта враховували стан вегетативної нервової системи. Оцінку стану вегетативної нервової системи проводили шляхом визначення індексу Кердо [27]. Для даного дослідження було відібрано 30 пацієнтів із захворюваннями пародонта з переважанням парасимпатичної нервової системи, середній вік пацієнтів становив 29,7 років.

Для нормалізації стану вегетативної нервової системи хворих була розроблена схема медикаментозної підготовки пацієнтів. Зокрема, пацієнтам за два до лікування перед кожним відвідуванням стоматолога призначали відповідне медикаментозне лікування:

Таб. бускопану 0,01 г по 1 таб. тричі на день, курс лікування 2 дні.

Настойка валеріани по 25 крапель тричі на день, курс лікування 2 дні.

Проводили видалення всіх зубних відкладень. Для антисептичного оброблення порожнини рота й пародонтальних кишень використовували розчин антисептика (вибраного відповідно до виду симптоматичного гінгівіту). У даному дослідженні використовували препарат «Тантум Верде®» у вигляді 0,15 % розчину гідрохлориду бензидаміну для полоскання.

Після цього в пародонтальні кишені вводили та накладали на ясна пасту, що містить відповідно підібрані препарати: антибактеріальні, протизапальні, стимулятори регенерації та епітелізації. У міру пригнічення дистрофічно-запального процесу в пародонті на ясна можна накладати пародонтальну пов'язку, що захищає пасту від передчасного вимивання ротовою рідиною.

Після кожного проведеного стоматологічного втручання (кожного відвідування хворого) призначали:

Ібупрофен 0,2 г – по 2 таб. тричі на день, курс лікування 3 дні.

Настоянка валеріани по 20 крапель тричі на день, курс лікування 3 дні.

Таб. бускопану 0,01 г по 1 таб. тричі на день, курс лікування 3 дні.

Проведено клінічні дослідження 30-ти хворих на генералізований пародонтит початкового–І ступеня хронічного перебігу. Було проведено комплексне обстеження стану тканин пародонта пацієнтів до лікування та після нього. Для оцінки клінічної ефективності лікування використовували пробу Шиллера-Пісарєва (1962), індекс ПМА за С. Рагма (1961), гігієнічний індекс Федорова-Володкіної (1978), вакуумну пробу за Кулаженком (1961) [9, 15, 18, 30]. При постановці діагнозу використовували класифікацію захворювань пародонта за М.Ф. Данилевським [4]. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою критерію Стюдента [11].

Результати досліджень

Комплексне обстеження хворих на генералізований пародонтит початкового–І ступеня підтверджувало прояви дистрофічно-запального процесу в пародонті. Рівень гігієни порожнини рота був задовільний у 26 (86,67 %) пацієнтів, у середньому гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною становив $2,9 \pm 0,3$, проба

Шиллера-Пісарєва була позитивною в усіх хворих. Вираженість запальних проявів у яснах відповідала середньому ступеню тяжкості симптоматичного гінгівіту, індекс ПМА у середньому $46,2 \pm 0,58$ %. Стійкість судин ясен була знижена, вакуумна гематома утворювалась у середньому через $14,5 \pm 1,1$ с.

Застосування запропонованого комплексного лікування дозволяло досягти виразного позитивного ефекту в більшості (93,33 %) пацієнтів. У двох пацієнтів для досягнення позитивного ефекту лікування потрібно було дещо подовжити терміни лікування. Отриманий виражений протизапальний ефект лікування підтверджували значенні гігієнічного індексу за Федоровим-Володкіною в середньому $1,33 \pm 0,3$; проба Шиллера-Пісарєва була слабо позитивною тільки у 8 (26,67 %) хворих. Зменшення запальних явищ у тканинах пародонта підтверджував індекс ПМА, який у середньому становив $23,7 \pm 0,4$ %. Підвищувалася стійкість судин ясен, утворення вакуумної гематоми відбувалось у середньому через $18,9 \pm 1,7$ с.

Було відмічено, що включення В комплексне медикаментозне лікування полоскань розчином Тантум Верде® позитивно впливає на стан тканин ясен: було відмічено більш значне пригнічення проявів запалення та дистрофічно-запального процесу в пародонті: проба Шиллера-Пісарєва була слабопозитивною тільки в 4 (13,33 %) хворих.

Суб'єктивно пацієнти відмічали свою більш спокійну реакцію на медикаментозне лікування захворювань пародонта. Застосування запропонованої премедикації з використанням даних медикаментозних препаратів значно знижувало рівень неприємних суб'єктивних відчуттів пацієнтів: болю, відчуття жару, свербіж у яснах, зменшення набряку ясен. У разі застосування запропонованого комплексу медикаментозного лікування із включенням у нього розчину для полоскання Тантум Верде® відчуття болю, свербіж, жару в яснах і набряку ясен значно зменшувались на 3-ю добу у 22 (73,33 %) пацієнтів, повністю припинялись на 5-у добу у 28 (93,33 %) пацієнтів, на 8-у добу – у 29-ти (96,67 %) пацієнтів.

Отримані ефективні результати лікування хворих на генералізований пародонтит початкового–І ступеня показали високу ефективність запропонованого комплексу медикаментозного лікування в пацієнтів з переважанням парасимпатичної нервової системи. Включення в дане комплексу препарату «Тантум Верде®» дозволяє в більш короткі строки ліквідувати прояви запалення в пародонті.

Висновки

У результаті клінічного дослідження було встановлено, що включення запропонованої фармакологічної композиції в комплексну терапію хворих на генералізований пародонтит дозволяє ефективно пригнічувати дистрофічно-запальний процес у тканинах пародонта в пацієнтів з переважанням парасимпатичної нервової системи.

Перспективою подальших досліджень є розробка методів лікування захворювань пародонта в пацієнтів з переважанням різних типів симпатичної вегетативної нервової системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антадзе Э.А. Центральная регуляция вегетативных функций / Э.А. Антадзе, Э.Э. Торокадзе. – Тбилиси, 1980. – 164 с.
2. Голубкова Н.Н. Оценка эффективности препарата «Тантум Верде» в комплексном лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта / Н.Н. Голубкова,

Л.Н. Трояненко, О.Г. Чумакова // Стоматолог-практик. – 2010. – № 4. – С. 54–57.

3. Григорян А.С. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта / А.С. Григорян, О.А. Фролова // Стоматология. 2006. – №3. – С. 11–17.

4. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта / Н.Ф. Данилевский // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17–21.
5. Жукова Е.А. Оценка эффективности лечения катарального гингивита у детей с хроническим гастродуоденитом путем сочетанного применения «Полиоксидония» и «Тантум верде» / Е.А. Жукова, Л.Н. Казарина, А.Е. Пурсанова // Пародонтология. – 2008. – № 3. – С. 6–9.
6. Зайцева О.В. Купирование болевого синдрома при острых воспалительных заболеваниях ротоглотки у взрослых / О.В. Зайцева // Фарматека. – 2012. – № 15. – С. 45–48.
7. Казарина Л.Н. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения Полиоксидония и Тантум Верде при лечении катарального гингивита у детей с хроническим гастродуоденитом / Л.Н. Казарина, А.Е. Пурсанова // Стоматология. – 2014. – № 1. – С. 43–45.
8. Карпова Е.П. Терапия кандидозного поражения глотки у детей и подростков / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, Е.Е. Вагина // Педиатрия. – 2009. – № 5. – С. 117–119.
9. Кулаженко В.И. Пародонтит и его лечение с применением вакуума / В.И. Кулаженко. – Одесса, 1960. – 145 с.
10. Машенко И.С. Заболевания пародонта / И.С. Машенко. – Днепропетровск: КОЛО, 2003. – 272 с.
11. Мінцер О.П. Оброблення клінічних та експериментальних даних у медицині / О.П. Мінцер, Ю.В. Вороненко, В.В. Власов. – К.: Вища шк., 2003. – 350 с.
12. Орехова Л.Ю. Применение препарата «Тантум Верде» на пародонтологическом приеме / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, А.В. Акулович, Е.И. Сахарова // Институт стоматологии. – 2003. – № 3. – С. 58–58.
13. Пузин М.Н. Клинико-патогенетические особенности изменений нервной системы при генерализованном пародонтите / М.Н. Пузин, Г.С. Молчанова, М.А. Дымочка // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 1. – С. 15–17.
14. Пузин М.Н. Нервные болезни / М.Н. Пузин, А.В. Степанченко, Л.Г. Турбина, А.И. Цуников, Г.И. Нестеренко. – М.: «Медицина», 1997. – 482 с.
15. Свраков Д. Пародонтопатии (этиология, клиника и лечение) / Д. Свраков, Е. Атанасова. – София: Государственное издательство «Медицина и физкультура», 1962. – 212 с.
16. Сингатуллина Д.Р. Характер течения ретенционного периода у ортодонтических пациентов при различном состоянии вегетативной нервной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец.: 14.00.21 «Стоматология» / Д.Р. Сингатуллина. – Москва, 2014. – 20 с.
17. Страхова С.Ю. Применение препарата «Тантум Верде®» при поражениях слизистой оболочки полости рта травматического происхождения / С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботько // Стоматолог-практик. – 2012. – № 4. – С. 46–48.
18. Федоров Ю.А. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качества ухода за полостью рта / Ю.А. Федоров, В.В. Володкина // Терапевтическая и ортопедическая стоматология. – Киев: Здоров'я, 1971. – Вып. 1. – С. 117–119.
19. Царев В.Н. Антибактериальная терапия в стоматологии / В.Н. Царев, П.В. Ушаков. – М.: МИА, 2004. – 143 с.
20. Чумакова Ю.Г. Оценка эффективности препарата «Тантум Верде» в комплексном лечении заболеваний пародонта / Ю.Г. Чумакова, Л.Н. Трояненко, Н.Н. Голубкова // Современная стоматология. – 2010. – № 3. – С. 55–58.
21. Cioli V. Review of pharmacological data on benzydamine / V. Cioli, C. Corradino, P. Scorza-Barcellona // Int. J. Tissue React. – 1985. – V. 7. – P. 205–213.
22. Cushman D.W. Effect of prostaglandin synthetase of bull seminal vesicles by anti-inflammatory drugs and fenamic acid analogues / D.W. Cushman, H.S. Cheung // Biochim. Biophys. Act. – 1976. – V. 424. – P. 449–459.
23. Epstein J.B. Benzydamine HCl in the prevention of oropharyngeal mucositis in radiation therapy: literature review and clinical study. In: Dick WC, Bowsher DR, editors. Benzydamine: a topical NSAID / J.B. Epstein // Res. Clin. Forums. – 1988. – V. 10. – P. 91–99.
24. Freemon B.A. Biology of disease: free radicals and tissue injury / B.A. Freemon, J.D. Crapo // Lab. Invest. – 1982. – V.47. – P. 412–417.
25. Froom J. Benzydamine oral rinse for sore-throat / J. Froom, V. Boisseau // Curr. Therap. Res. – 1979. – V. 26. – P. 856–862.
26. Hunter K.M. A clinical evaluation of benzydamine hydrochloride / K.M. Hunter // Aust. Dent J. – 1978. – V. 23. – P. 164–166.
27. Kérdő I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage/ I. Kérdő // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250–268.
28. Kim J.H. Benzydamine HCl, a new agent for the treatment of radiation mucositis of the oropharynx / J.H. Kim, F.C.H. Chu, V. Lakshmi, R. Houde // Am. J. Clin. Oncol. – 1986. – V. 9. – P. 132–134.
29. Kinane D.F. Causation and pathogenesis of periodontal disease / D.F. Kinane // Periodontology. 2001. – № 25. – P. 192.
30. Parma C. Parodontopathien. / C. Parma. – I.A. Verlag, Leipzig, 1960. – 203 S.
31. Riddington Young J. A comparative study of benzydamine hydrochloride and placebo as analgesics following tonsillectomy/ J. Riddington Young // Res. Clin. Forums. – 1988. – V. 10. – P. 102–107.
32. Runti C., Baiocchi L. The chemistry of benzydamine / C. Runti, L. Baiocchi // Int. J. Tissue React. – 1985. – V. 7. – P. 175–186.
33. Samaranyake LP The effect of chlorhexidine and benzydamine mouthwashes on mucositis induced by therapeutic irradiation / L.P. Samaranyake, A.G. Robertson, T.W. MacFarlane, I.P. Hunter, G. MacFarlane, D.S. Soutar et al. // Clin. Radiol. – 1988. – V. 39. – P. 291–294.
34. Vitkov L. Bacterial internalization in periodontitis / L. Vitkov, W.D. Krautgarther, M. Hanning // Oral Microbiology Immunology. 2005. – № 20. – P. 317–321.
35. White S.K. The pharmacology of benzydamine / S.K. White // Res. Clin. Forums. – 1988. – V. 10. – P. 21–25.

Тантум Верде® в комплексной терапии генерализованного пародонтита больных с преобладанием парасимпатической нервной системы

А.В. Борисенко, В.М. Батиз, О.В. Иваницька, А.Г. Димитрова

Актуальность. Заболевания пародонта являются наиболее распространенными болезнями человека. Проблема рационального лечения генерализованного пародонтита является актуальной. Одной из причин заболеваний пародонта является сочетание сосудистых изменений с нарушением вегетативной регуляции, что необходимо учитывать при лечении. В комплексном лечении генерализованного пародонтита широко используются противовоспалительные медикаментозные препараты. Одним из широко известных препаратов является нестероидный противовоспалительный препарат «Тантум Верде®» (гидрохлорид бензидамина).

Цель: определение клинической эффективности применения предложенного комплексного лечения генерализованного пародонтита начальной-I степени у больных с преобладанием парасимпатической нервной системы.

Материалы и методы. Для данного исследования были отобраны 30 больных генерализованным пародонтитом с преобладанием парасимпатической нервной системы. Медикаментозное лечение проводили с использованием предложенной премедикации и раствора для полоскания Тантум Верде®. Было проведено комплексное обследование состояния тканей пародонта пациентов до лечения и после проведенного лечения. Для оценки клинической эффективности лечения использовали пробу Шиллера-Писарева (1962), индекс ПМА по С. Parma (1961), гигиенический индекс Федорова-Володкиной (1978), вакуумную пробу по Кулаженко (1961).

Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что включение предложенной премедикации в комплексную терапию больных генерализованным пародонтитом позволяет эффективно подавлять дистрофически-воспалительный процесс в тканях пародонта. Применение противовоспалительного препарата «Тантум Верде®» повышает эффективность лечения. Это подтверждает снижение индекса ПМА, увеличение времени образования гематомы при проведении вакуумной пробы по Кулаженко, улучшение уровня гигиены полости рта.

Выводы. Применение предложенной премедикации с включением препарата «Тантум Верде®» позволяет повысить эффективность лечения генерализованного пародонтита у пациентов с преобладанием парасимпатической нервной системы.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, пациенты с преобладанием парасимпатической нервной системы, Тантум Верде®.

Tantum Verde® in combined treatment of generalized periodontitis in patients with predominance of the parasympathetic nervous system

A. Borysenko, V. Batih, O. Ivanitska, A. Dimitrova

Objectives. Periodontal disease is the most widespread human diseases. The problem of rational treatment of generalized periodontitis is actual. Among etiologic factors is a combination of periodontal disease vascular changes with autonomic nervous system regulation violation that must be considered in treatment. In the complex treatment of patients with generalized periodontitis widely used anti-inflammatory medicaments. Among them is well-known nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) Tantum Verde® (benzylamine hydrochloride).

Aim. The determination of the clinical efficacy of the proposed integrated treatment of initial–1 stage generalized periodontitis in patients with predominance of the parasympathetic nervous system.

Materials and methods. Clinical investigation was conducted on groups of 30 patients with generalized periodontitis and prevalence of the parasympathetic nervous system. The first consisted of 30 patients with generalized periodontitis, the second – 30 similar patients who underwent dental implants. Medicamental treatment was performed using proposed sedation and mouthrinsing of Tantum Verde® solution.

Patients were conducted a comprehensive examination of periodontal tissue before treatment and after treatment. To evaluate the clinical efficacy of treatment used Schiller-Pisarev test (1962), the index of PMA by C. Parma (1961), hygienic index by Fedorov-Volodkina (1978), the vacuum test by Kulazhenko (1961).

Results. As a result of the investigation it was found that the usage of the proposed sedation composition in the complex therapy of patients with generalized periodontitis can effectively inhibit the dystrophic-inflammatory process in periodontal tissues. The use of anti-inflammatory drug Tantum Verde® increases the effectiveness of treatment. This confirms by the decline in the index PMA, increase the time of formation of hematoma during the vacuum tests on Kulazhenko, improving oral hygiene.

Conclusions. Usage of the proposed sedation composition with mouthrinsing of Tantum Verde® solution increases the effectiveness of treatment of generalized periodontitis in patients with predominance of the parasympathetic nervous system.

Key words: generalized periodontitis, patients with predominance of the parasympathetic nervous system, Tantum Verde®.

Борисенко Анатолій Васильович – д-р мед. наук,
професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
Адреса: м. Київ, вул. Зоологічна, 1, стоматологічний медичний центр НМУ, кафедра терапевтичної стоматології.
Тел.: +38 (044) 483-95-58.

Батіш Віктор Маркіянович – доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я України.
Іваніцька Олеся Вікторівна – асистент кафедри терапевтичної стоматології
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я України.
Дімітрова Ала Григорівна – канд. мед. наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ПАРОДОНТИТ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПОВЫШАЕТ СМЕРТНОСТЬ ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Согласно данным исследования, представленного на прошлой неделе на проходившем в Амстердаме Международном конгрессе по заболеваниям печени 2017, пародонтит тяжелой степени значительно повышает показатели смертности среди больных с циррозом печени. В исследование были включены 184 последовательных пациента с циррозом печени, которые прошли стоматологическое обследование и наблюдались в дальнейшем около года.

«Пародонтит может выступать в качестве постоянного источника транслокации бактерий полости рта, вызывая воспаление и усугубляя осложнения цирроза, – отмечают исследователи. – Заболевания десен успешно лечатся, однако мы рассчитываем, что полученные нами результаты привлекут большее внимание к изучению этой темы.»

На начальной стадии исследования пародонтит тяжелой степени был выявлен у 44 % пациентов. Почти половина включенных в исследование пациентов умерли в ходе последующего периода наблюдения. Взаимосвязь пародонтита со смертностью была скорректирована по возрасту, полу, этиологии цирроза, тяжести заболевания по классификации Чайлда-Пью, шкале MELD, статусу курильщика, нынешнему употреблению алкоголя, сопутствующим заболеваниям и оценке нутриционного риска. Основной причиной смерти были осложнения от цирроза печени.

По данным исследователей, в Европе на цирроз печени приходится от 1 до 2 % всех смертей, и он является основной причиной трансплантации печени. Между тем, пародонтитом болеет более 35 % взрослого населения Европы и от 10 до 15 % – с тяжелыми формами этого заболевания. Предыдущие исследования показали, что пародонтит оказывает влияние на прогрессирование заболеваний печени и негативное воздействие на клиническое течение после трансплантации печени.

«Данное исследование доказывает взаимосвязь между пародонтитом и риском смерти у пациентов с заболеваниями печени, – отмечает Филипп Ньюсам, член правления Европейской ассоциации по изучению болезней печени. – Сейчас необходимо проведение дальнейших исследований, чтобы определить, способно ли пародонтологическое лечение улучшить результаты у пациентов с циррозом печени.»

www.dentalexpert.com.ua

Обґрунтування профілактики ускладнень при застосуванні різних видів скейлінгу

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²ДУ Інститут стоматології НАМН України, м.Одеса, Україна

Резюме. У статті проводиться порівняння ефективності та наявності ускладнень ручного, ультразвукового та комбінованого видів скейлінгу при лікуванні захворювань пародонту. На підставі клініко-лабораторних досліджень автори рекомендують більш широко використовувати комбінований метод, що дозволяє уникнути ускладнень або знизити їх важкість.

Ключові слова: захворювання пародонту, скейлінг, профілактика ускладнень.

У зв'язку з широким розповсюдженням захворювань пародонту актуальними є вивчення та визначення ефективних методів усунення подразнюючих місцевих факторів, особливо зубних відкладень, як складового елементу професійної гігієни порожнини рота, що є обов'язковою на першому етапі лікування цих захворювань.

Для видалення зубних відкладень використовуються як ручні інструменти (металічні, пластмасові, тефлонові), так і електричні – ультразвукові (магнітостриційні, п'єзоелектричні) та звукові [1–3]. Однією з вимог до них є щадна обробка поверхні зуба та відсутність травматизації м'яких тканин. Основна умова попередження швидкої повторної появи зубних відкладень – досягнення максимально можливої гладкості поверхні. Для цього необхідно дотримуватись ряду умов і факторів для кожного виду інструментів. Для ручних важливі оптимальний вибір типу, гострота, кут нахилу й сила натискання. Для електричних – правильне налаштування апарату, вибір насадки, положення у процесі роботи й відсутність тиску на наконечник. Більшість авторів уважають, що досягти ідеально гладенької поверхні зуба після видалення зубних відкладень неможливо [3, 5]. У літературі зустрічаються протилежні думки про шорсткість поверхні після ручної, звукової та ультразвукової обробки [4, 6]. Відмічається виникнення ускладнень: поява гіперестезії та механічне пошкодження маргінального краю пародонту. Тому актуальним є подальше вивчення впливу різних видів інструментів для скейлінгу на поверхню зуба та м'які тканини ясен, аналіз ускладнень, розробка методів їх попередження.

Мета роботи – підвищити ефективність заходів на першому етапі лікування захворювань пародонту шляхом профілактики ускладнень при застосуванні різних видів скейлінгу.

Матеріали та методи

З метою виявлення компетентності лікарів-стоматологів проведено опитування 90 спеціалістів державних 41 (45,5%) і приватних 49 (54,5%) медичних установ про те, який метод скейлінгу вони використовують у пацієнтів із захворюваннями пародонту та яку оцінку дають його ефективності.

Для вирішення поставленої мети проведено клінічне й лабораторне обстеження 47 інформованих пацієнтів 24–35-ти років (26 жінок і 21 чоловік) стоматологічного центру НМУ. Загальний стан досліджуваних був задовільним, без важких супутніх захворювань. Генералізований пародонтит хронічного перебігу початкового ступеню діагностовано у 13 (27,65%) пацієнтів, у 27 (57,45%) – хронічний катаральний гінгівіт легкого (13) і середнього (14)

ступеня важкості й у 7-и (14,9%) пацієнтів – хронічний гіпертрофічний гінгівіт легкого ступеня важкості. Давність захворювання становила 3–5 років.

Усіх пацієнтів за видом скейлінгу розділили на рівноцінні за змінами в пародонті групи: I група (16 пацієнтів) – інструментальний (за допомогою ручних інструментів), II група (14 пацієнтів) – електромеханічний (ультразвуковий) і III група (17 пацієнтів) – комбінований.

Зі всіма пацієнтами проводили заняття про навчання індивідуальної гігієни порожнини рота, її відпрацюванню та контролю, що давало можливість досягти приблизно однакового рівня знань і навичок у всіх групах. Потім проводили клінічне обстеження та індексну оцінку стану гігієни (ОНІ-S) і рівня запалення (РМА). Стоматологічний статус клінічно оцінювали за шкалою 0-1-2-3 бали, де 0 – відсутність ознаки, 1 – незначний, 2 – помірний і 3 – значний ступінь вираженості ознаки [7]. Розповсюдженість (ІРГЗ) та оцінку інтенсивності гіперестезії (ІІГЗ) проводили за методом Ю.А. Федорова. Для визначення рівня місцевих захисних факторів вивчали лабораторні показники: реакцію адсорбції мікроорганізмів (РАМ), міграцію лейкоцитів у ротову порожнину.

Дослідження проводили до лікування, через 1–2 дні, два тижні та три місяці.

Результати дослідження

Опитування лікарів-стоматологів як державних, так і приватних медичних закладів показало, що більшість спеціалістів віддавали перевагу ультразвуковому скейлінгу – 68%, інструментальний проводять 27%, тоді як комбінований метод використовують значно рідше – 5% (рис. 1).

Вивчення динаміки індексу гігієни (рис. 2) свідчило, що в пацієнтів I групи на наступний день після проведення маніпуляції індекс ОНІ-S змінювався з «високого» до «середнього» рівня (з 1,89 до 1,58 бала), що вже відповідало «задовільному» стану; через два тижні – ще на третину (0,93). При контрольному обстеженні через три місяці стан гігієни значно погіршився й сягав 1,35 бала.

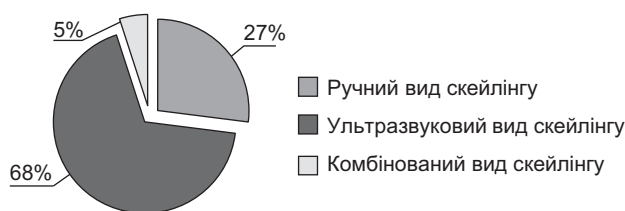


Рис. 1. Застосування різних методів усунення зубних відкладень стоматологами.

У пацієнтів II групи в аналогічні строки показник індексу ОНІ-S змінювався більш вагомо з «високого» (1,95) на «середній» (1,0), через два тижні – ще на 39 %, що відповідало спочатку «задовільній», а потім – «хорошій» гігієні. Через три місяці індекс повертався до межі значень «середнього» рівня – 1,54 бала, що відображало тенденцію подальшого переходу до «незадовільного» стану гігієни. У пацієнтів III групи на другий день індекс ОНІ-S був краще, ніж у I групі, але гірше, ніж у II (1,22). Через 14 днів визначалась «хороша» гігієна, що відповідає «низьким» значенням індексу (0,53). На такому рівні вона трималась усі три місяці з помірним зростанням (0,67) при завершенні дослідження.

Таким чином, найбільш позитивна динаміка утримання стану гігієни на високому рівні спостерігалась у пацієнтів групи 3, в яких було застосовано комбінований вид скейлінгу.

Проведення скейлінгу супроводжувалось появою гіперестезії різного рівня.

При застосуванні ручних інструментів (групи I та III) інтенсивність гіперестезії твердих тканин зубів помітно зростала у порівнянні з ультразвуковим методом (група II). На другий день після усунення відкладень рівень інтенсивності гіперестезії у групі I зростав на 93,3 % – до III ступеня, у групі II – на 12,5 % – 2-й ступінь, у групі III – на 57,14 % – 2-й ступінь на межі із 3-м ступенем (рис. 3). У пацієнтів діагностовано обмежену форму (ІРГЗ < 25 %), і тільки в I групі на другий день гіперестезія мала генералізований характер (66,6 %).

Через два тижні зростання рівня гіперестезії твердих тканин зубів відносно первинного в групі I складало 33 %, у групі II – на 6,25 %, у групі III – на 28,5 %. Через три місяці зростання рівня гіперестезії твердих тканин зубів відносно первинного у групі I складало 6,6 %, у групі II – 0 %, у групі III – 7 %. Дані свідчать, що гіперестезія максимально проявлялась на другий день і мала найменшу вираженість при застосуванні ультразвукового виду скейлінгу. Через два тижні і три місяці статистично достовірна різниця у групах не прослідковувалась.

Для оцінки впливу виду скейлінгу на перебіг запального процесу у тканинах пародонту досліджували суб'єктивні дані: кровоточивість ясен, свербіж, ниючий біль в яснах, припухлість (набряк), галітоз; проводили індексну оцінку – індекс РМА.

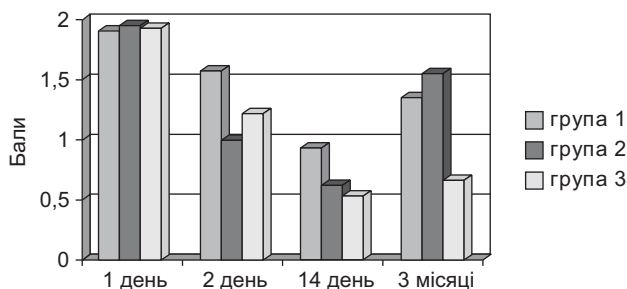


Рис. 2. Динаміка індексу гігієни для зубного нальоту (ОНІ-S) у залежності від виду скейлінгу.

Уже на 2-й день після проведення скейлінгу пацієнти відмічали покращення стану у вигляді зменшення інтенсивності симптомів. У групах I і III, де були застосовані ручні інструменти, скарги мали більш виражений характер, ніж при ультразвуковому методі, що свідчило про травматизацію тканин пародонту при такому видаленні зубних відкладень. Через 14 днів спостерігались відчутні клінічні покращення в усіх групах, особливо у групі III: значно зменшився неприємний запах з порожнини рота, кровоточивість, припухлість, біль і відчуття свербіння в яснах. Через три місяці у пацієнтів цієї групи дані скарги практично не виявлялись, к той час як пацієнти груп I і II відмічали їх посилення до половини (в балах) початкового рівня, тобто вираженість ознак запалення найбільше зростала відносно показника, що спостерігався через 14 днів у групі I, а найменше – у групі III.

Аналіз індексної оцінки стану тканин пародонта показував, що на другий день після скейлінгу величина індексу РМА знижувалась як у групі II, так і у III, але в останній відсоток зниження був у два рази нижче (табл.).

У той же час у групі I показник індексу збільшився на 7 %, що пов'язано із травмуючою дією ручних інструментів. Через 14 днів показник індексу РМА знизився у групі I на 24,56 %, у групі II – на 54,68 %, у групі III – на 78,8 %. Через 3 місяці – відповідно на 16,46; 10,4 і на 37,1 %. Таким чином, найбільш позитивна динаміка зниження показника індексу РМА спостерігалась у групі III, а майже однакова – у групах I і II, що свідчить про перевагу застосування комбінованого методу скейлінгу.

Результати лабораторних досліджень дозволили оцінити різні методи скейлінгу на підставі аналізу показників РМА.

До початку лікування в усіх пацієнтів функціональний стан організму (опірність) був «задовільним» і в середньому РАМ + клітини складали 61,9 %, після скейлінгу – «добрий» (78,4 %). Найбільш високий рівень позитивної РАМ у пацієнтів групи III (81,9 %) свідчить про підвищення рівня неспецифічної резистентності організму при застосуванні скейлінгу комбінованим методом, що корелює із суб'єктивними та об'єктивними даними дослідження.

Динаміка міграції лейкоцитів у порожнину рота показувала, що по закінченню лікування підвищувалась кількість живих лейкоцитів у групі III на 12,4 %, тоді як у групі II – тільки на 7,3 %, а у групі I – усього на 5,2 %.

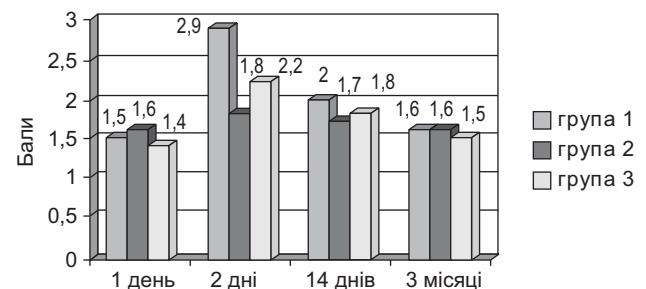


Рис. 3. Динаміка інтенсивності гіперестезії твердих тканин зубів (ІГЗ) при різних видах скейлінгу.

Таблиця

Види скейлінгу	Строки проведення дослідження			
	1 день	2 дні	14 днів	3 місяці
Група I	24,30±1,14	26,01±1,15	18,33±1,15	20,30±1,14
Група II	23,50±1,11	15,13±1,15	10,65±1,15	21,29±1,11
Група III	23,18±1,11	20,15±1,15	4,91±1,15	14,58±1,11

Дані лабораторного дослідження підтверджують стимуляцію місцевих факторів захисту порожнини рота при застосуванні в комплексному лікуванні саме комбінованого методу скейлінгу, а також відсутність подразнювальної дії та інших побічних ефектів при його застосуванні.

Клінічно, при використанні ручного виду скейлінгу травма м'яких тканин спостерігалась у 31 % досліджуваних, а поява гіперестезії – в 11 % пацієнтів. Перевагою використання інструментального методу були відсутність протипоказань, великий вибір інструментів, його висока якість при формуванні гладкої поверхні, оскільки через три місяці рівень появи нових відкладень був нижче, ніж при ультразвуковому скейлінгу. Недоліки даного методу – висока агресивність, низька ефективність при скупченні зубів, травматизація тканин пародонту та поява вираженої гіперестезії.

При застосуванні ультразвукового виду скейлінгу травматизація тканин пародонту спостерігалась тільки у 3 % пацієнтів, а гіперестезія – у 6 %. До переваг використання ультразвукового методу можна віднести менший час роботи, відсутність необхідності заточування інструментів, меншу залежність від мануальних навичок лікаря. Цей метод не призводить до пошкодження реставрацій та ортопедичних конструкцій. Крім того, він викликає мінімальну травматизацію тканин пародонту та незначну (меншу у два рази, ніж при ручному скейлінгу) гіперестезію. Слід відмітити, що його недоліком є більш швидка поява нових зубних відкладень.

При використанні комбінованого методу травма тканин пародонту виникала у 5 % досліджуваних, появу гіперестезії відмічали 6 % пацієнтів. Комбінований метод скейлінгу поєднує в собі переваги інструментального та ультразвукового видів: усувається травматизація тканин пародонту, а подальша ручна обробка не викликає пошкодження, оскільки проводиться не тотально, а вибірково, лише з метою згладжування поверхні, що запобігає швидкій появі нових відкладень. Незначна гіперестезія, що виникає після скейлінгу, легко усувається десенсетайзерними засобами.

При аналізі віддалених результатів встановлено, що ефективність ручного скейлінгу склала 78 %, інструментального – 86 %, комбінованого – 95 %.

Висновки

Усунення зубних відкладень є невід'ємною частиною лікування захворювань пародонту. Воно потребує індивідуального підходу при виборі методу лікування. На основі отриманих даних про переваги комбінованого методу зняття зубних відкладень вважаємо за доцільне рекомендувати його для більш широкого застосування, тому що він поєднує переваги інструментального та ультразвукового видів скейлінгу й дозволяє уникнути ускладнень, що виникають при застосуванні даних методів окремо.

Істотним елементом досягнення успіху є також співпраця лікаря й пацієнта – дотримання гігієнічних рекомендацій і виконання призначених лікувально-профілактичних заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф. Практична пародонтологія / А.В. Борисенко. – К: ТОВ «Доктор Медіа». – 2011. – 472 с.
2. Федоров Ю.А. Гигиена полости рта / Ю.А. Федоров. – М.: Медицина. – 1987. – 64 с.
3. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта / Л.А. Хоменко. – К.: Книга плюс, 2001. – 208 с.
4. Gwinnett A.J., Caputo L. The effectiveness of ultrasonic denture cleaning: a scanning

- electron microscope study // J. Prosthet. Dent. – 1983. – V. 64. – P. 20.
5. Loos B., Kieger R., Egelberg J. An evaluation of basic peri-odontal therapy using sonic and ultrasonic scalers // J. Clin. Periodontol. – 1987. – V. 14. – P. 29–6.
6. Walsh T.F., Waite I.M. A comparison of postsurgical healing following debridement by ultrasonic or hand instruments // J. Periodontol. – 1978. – V. 49, №4. – P. 201–205.
7. Городенко Э.А. Применение пародонтальной повязки «Профипар» в комплексном лечении генерализованного пародонтита: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 // АМН Украины; Институт стоматологии. – О., 2003. – 194 л.

Обоснование профилактики осложнений при проведении разных видов скейлинга

И.Г. Дикова, Э.А. Городенко

Резюме. В статье проводится сравнение эффективности и наличия осложнений ручного, ультразвукового и комбинированного видов скейлинга при лечении заболеваний пародонта. На основании результатов клинико-лабораторных исследований авторы рекомендуют более широко использовать комбинированную методику, что позволяет избежать осложнений или ослабить их выраженность.

Ключевые слова: заболевания пародонта, скейлинг, профилактика осложнений.

Substantiation of prevention of complications in conduction of different types of scaling

I. Dikova, E. Gorodenko

Resumé. In the article compares the effectiveness and presence of the complications of manual, ultrasound and combined scaling for the prevention and treatment of periodontal diseases. Based on the results of clinical-laboratory studies, the authors recommend using the combined method more widely, which will allow to avoid complications or reduct their severity.

Key words: periodontal diseases, scaling, prevention of complications.

Дікова Інна Гарольдівна – канд. мед. наук,

доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця.

Адреса: 03057, м. Київ, вул. Зоологічна 1, кафедра терапевтичної стоматології НМУ імені О.О.Богомольця.

Тел.: +38(050) 501-54-45. E-mail: idikova@mail.ru.

Городенко Елеонора Олександрівна – канд. мед. наук,

лікар-стоматолог ДУ Інститут стоматології НАМН України.

Адреса: 65026, м.Одеса, вул.Рішельєвська, 11. Тел.: +38(067) 485-16-83.

NBF Gingival Gel

Наноантиоксидатна терапія (віт С, Е та Прополіс)

NBF Gingival Gel –

багатофункціональний гель, створений за допомогою сучасної Nano-Bio Fusion технології для додаткового захисту ясен і слизової оболонки ротової порожнини.

- ✓ При запаленні слизової оболонки порожнини рота
- ✓ При гінгівітах та захворюваннях тканин пародонту
- ✓ Після хірургічних втручань в ротовій порожнині
- ✓ Після гігієнічних процедур в порожнині рота



Ефективність

антибактеріальна, протизапальна, репаративна, антиоксидантна дія

Безпечність

міжнародні сертифікати якості, використання у дітей з 3-х років

Міжнародний досвід

застосування з 2008 р. в 26 країнах світу (Корея, США, Канада, Німеччина та ін.)

Виробник – Nano Cure Tech Ltd., Південна Корея

Світильники світлодіодні безтіньові стоматологічні на тросовому підвісі та зуботехнічні

- ▶ кілька режимів освітлення;
- ▶ дистанційне керування;
- ▶ не потребують ТО, до 15 років навантаження;
- ▶ стабільна робота при нарузі 170–250 В;
- ▶ можливість кріплення для LED-TV;
- ▶ 3 роки гарантії.

від **150\$**
оплата в грн.



DE DENTAL EDUCATION CLINIC

Освітлювачі «ФОТОН»
в навчальному центрі DEC, м. Вінниця.

УВАГА!

Наявні світильники з індексом передачі кольору 95!

Виробник – ТОВ «НВП ФОТОН» (м. Тернопіль, Україна)

Офіційний представник в Україні – «Сучасна стоматологія-сервіс»

<http://denta-service.com.ua>, e-mail: info@denta-service.com.ua

Тел.: 044 230-27-19, 067 404-19-51, 050 356-32-76

А.Г. Димитрова

Особенности планирования объема стоматологической помощи пациентам с генерализованным пародонтитом

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: разработать критерии оценки состояния тканей пародонтального сегмента с целью планирования и проведения индивидуальных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Объекты и методы. Были обследованы 136 пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени в возрасте 19–35 лет.

Результаты. В работе представлен новый индекс для оценки интенсивности воспалительных и деструктивных процессов в тканях пародонта – индекс деструкции пародонта (ИДП), который позволяет планировать индивидуальный объем лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение. Разделение пациентов на группы по степени интенсивности деструктивных поражений пародонта и твердых тканей зубов является обоснованным и позволяет более четко планировать комплекс лечебных и профилактических мероприятий, индивидуально для каждого пациента.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, индекс деструкции тканей пародонта, лечебно-профилактические мероприятия.

В связи с прогрессирующим ростом стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста большое значение имеют профилактические мероприятия. Проведенные ранее эпидемиологические исследования показали, что распространенность кариеса у лиц молодого возраста составляет 92,3 %, а заболеваний пародонта – 81,5 %. Кроме того, установлена прямая зависимость между интенсивностью патологического процесса в тканях пародонта, твердых тканях зубов, особенно на аппроксимальной и пришеечной областях и состоянием гигиены полости рта. Высокая мотивация лиц молодого возраста на поддержание здоровья зубов и пародонта диктует необходимость обучения их методам гигиенического ухода за полостью рта и регулярного проведения профессиональной гигиены полости рта [1, 2, 3, 6].

В повышении эффективности профилактических мероприятий важная роль принадлежит прежде всего правильному планированию стоматологической помощи.

Для оценки стоматологического здоровья и состояния зубов используются показатели распространенности, интенсивности заболеваний и потребности населения в лечении. Так, для оценки интенсивности кариеса используется индекс КПУ, который выражается в процентах лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы. Указанный индекс имеет ряд недостатков. Во-первых, он неточно отражает стоматологическую заболеваемость, так как включает только количество вылеченных и удаленных зубов. Во-вторых, этот индекс не учитывает количество аппроксимального и пришеечного кариеса. Эти деструктивные поражения твердых тканей зубов свидетельствуют об активности кариозного процесса. Поэтому такая локализация кариозных полостей должна обязательно отмечаться и учитываться при определении лечебных и профилактических мер [4, 7, 11]. В середине 40-х годов прошлого столетия в практическую стоматологию начали активно внедряться комплексные программы оценки состояния тканей пародонта, которые получили название эпидемиологических индексов. Но все эти индексы (СРITN, СРI, РМА и др.) отражают лишь распространенность патологического процесса при пародонтите и гингивите [8, 9, 10].

Цель исследования – разработать критерии оценки состояния тканей пародонтального сегмента с целью планирования и проведения индивидуальных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Объекты и методы исследования

Были обследованы 136 пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени в возрасте 19–35 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных клиничко-лабораторных исследований у 136-ти пациентов молодого возраста 19–25 лет с одинаковым диагнозом генерализованный пародонтит начальной–I степени была выявлена различная степень деструктивных поражений как в альвеолярной кости, так и в твердых тканях зуба (рис. 1.).

Установлено, что только у 19 % пациентов диагностировано от одного до трех пародонтальных карманов, тогда как в основной массе лиц (66 %) наблюдается от четырех до девяти пародонтальных карманов.



Рис. 1. Распределение пациентов с генерализованным пародонтитом начальной–I степени по количеству деструктивных поражений зубов и альвеолярной кости.

Характеристика деструктивных изменений в пародонте по степени интенсивности

Нижняя граница, баллы	ПК+АКП	Интенсивность	ПК+АКП	Верхняя граница, баллы
$0,036 \leq$	1	Низкая	6	$\leq 0,214$
$0,214 \leq$	6	Средняя	11	$\leq 0,393$
$0,393 \leq$	11	Высокая	22	$= 0,786$ и выше

Распределение больных с генерализованным пародонитом в зависимости от количества кариозных поражений также является неравномерным. Почти 64 % (63,97 %) обследованных имеют от двух до пяти кариозных поражений, среди них у 39 % обследованных выявлено от четырех до пяти кариозных поражений. Это в основном пришеечный и аппроксимальный кариес.

Анализируя графики распределения пациентов с генерализованным пародонитом начальной–I степени в зависимости от интенсивности деструктивных изменений альвеолярной кости и от количества кариозных поражений в пришеечной области и на аппроксимальных поверхностях, нельзя не отметить их схожесть. Очевидно, что эти два деструктивных процесса протекают синхронно, отличаясь только скоростью развития и характером тканей, в которых они протекают. В одном случае это альвеолярная кость, в другом – твердые ткани зуба.

Анализ полученных данных убедительно доказывает, что дистрофически-воспалительный процесс в пародонте уже при начальной–I степени генерализованного пародонта протекает неравномерно, его интенсивность зависит от интенсивности поражения как альвеолярной кости, так и твердых тканей зуба. Для оценки деструктивных изменений в пародонтальных карманах мы разработали индекс деструкции пародонта (ИДП), учитывая интенсивность поражения как альвеолярной кости, так и поражения твердых тканей зубов на аппроксимальных и пришеечных поверхностях [5].

При создании гигиенических и лечебно-профилактических программ необходимо учитывать степень интенсивности дистрофически-воспалительных процессов в тканях пародонта, т. е. количество кариозных полостей и пародонтальных карманов, характер распределения пародонтальных карманов (КП) и аппроксимальных кариозных полостей (АПК). Используя непараметрический метод статистического анализа – метод перцентилей, определили границы степеней интенсивности деструктивного поражения пародонта.

Для удобства работы врача-стоматолога мы создали таблицу с характеристикой деструктивных изменений в пародонте по степени интенсивности (табл. 1).

Низкая интенсивность поражения – значение ИДП находится в границах от 0,036 до 0,214 балла.

Границы средней интенсивности поражения – более 0,214 до 0,393 балла.

Границы высокой интенсивности поражения – от 0,393 до 0,786 балла и выше.

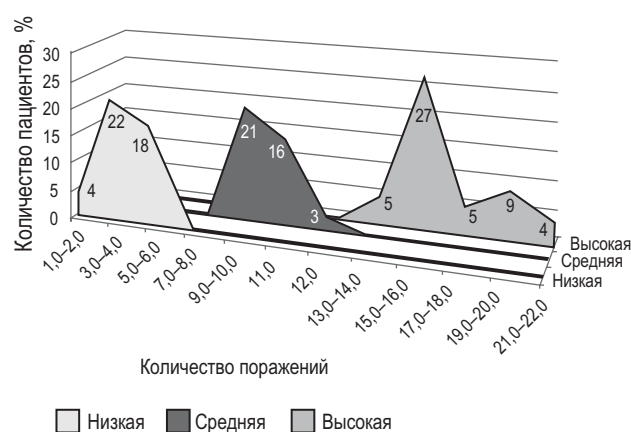


Рис. 2. Распределение больных с генерализованным пародонитом начальной–I степени в зависимости от степени интенсивности деструктивных поражений.

Распределение больных с генерализованным пародонитом начальной–I степени по количеству сочетанных деструктивных поражений в группах с различной интенсивностью поражения приведено на рис. 2.

Как видно из приведенных данных, для границы с низкой интенсивностью наиболее характерным является наличие 3–4-х поражений, которое встречается у 50 % пациентов. В группе со средней интенсивностью – 7–8 поражений, у 52,5 %; для группы с высокой интенсивностью характерно 13–14 поражений у 51,9 % пациентов. Полученные данные свидетельствуют о высокой информативности данного показателя, что дает возможность четко спланировать объем лечебных мероприятий и рассчитать время, необходимое для их реализации для каждого пациента индивидуально при одинаковом клиническом диагнозе.

Заключение

Разделение пациентов на группы по степени интенсивности деструктивных поражений пародонта и твердых тканей зубов является обоснованным и позволяет более четко планировать комплекс лечебных и профилактических мероприятий, индивидуально для каждого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Терапевтическая стоматология. Том 3 / Данилевский Н.Ф. и др. – Киев: Медицина, 2011. – 616 с.
2. Ткаченко А.Г. Особливості клінічного перебігу, лікування та профілактики генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку 18–25 років: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія». – Київ. – 2006. – С. 20.
3. Димитрова А.Г. Обоснование ранней диагностики заболеваний пародонта у лиц молодого возраста 18–25 лет / А.Г. Димитрова // Материали наукової конференції «Актуальні проблеми та перспективи розвитку стоматології». Збірник наукових праць. – Полтава, 2011. – С. 102–104.
4. Димитрова А.Г. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студентов НМУ / А.Г. Димитрова // Современная стоматология. – 2015. – № 3, с. 23–25.
5. Сидельникова Л.Ф., Димитрова А.Г., Антоненко М.Ю. Ранняя диагностика заболеваний пародонта у молодежи – основа профилактики та превентивного лікування генералізованого пародонтиту / Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Димитрова, М.Ю. Антоненко // Науковий вісник НМУ. – 2010. – № 4. – С. 99–102.
6. Спосіб оцінки ступеня тяжкості ураження тканин пародонту: патент на комплексну модель № 9334 / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Ткаченко // Промислова власність. – 2005. – № 9. – С. 5–121.

7. Димитрова А.Г. Контролируемая индивидуальная гигиена полости рта – важный этап противовоспалительной терапии генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста / А.Г. Димитрова // Современная стоматология. – 2015. – № 1, с. 23–26.

8. Димитрова А.Г. Эффективность місцевой етіотропної та патогенетично спрямованої терапії у комплексному лікуванні генерализованного пародонтита в осіб молодого віку / А.Г. Димитрова // Вісник проблем біології і медицини – Полтава. - 2015. – Вип. 3, том 1 (122), с. 343–346.

9. Carranza F.A. Clinical periodontology / F.A. Carranza. – Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2010. – P. 80–89.

10. Електронний ресурс. Доступно на http://infranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/stomat_pis/lectures_stud/uk.

11. Електронний ресурс. Доступно на <http://www.32top.ru/star/259/>.

Особенности планирования объема стоматологической помощи пациентам с генерализованным пародонтитом

А.Г. Димитрова

Мета: розробити критерії оцінки стану тканин пародонтального сегменту з метою планування і проведення індивідуальних схем лікувально-профілактичних заходів.

Об'єкти й методи. Обстежено 136 пацієнтів з генерализованим пародонтитом початкового–I ступеня у віці 19–35 років.

Результати. У роботі представлений новий індекс для оцінки інтенсивності запальних та деструктивних процесів у тканинах пародонта: індекс деструкції пародонту (ІДП), який дозволяє планувати індивідуальний обсяг лікувально-профілактичних заходів.

Висновок. Поділ пацієнтів на групи за ступенем інтенсивності деструктивних уражень пародонту та твердих тканин зубів є обґрунтованим і дозволяє більш чітко планувати комплекс лікувальних і профілактичних заходів індивідуально для кожного пацієнта.

Ключові слова: генерализований пародонтит, індекс деструкції тканин пародонту, лікувально-профілактичні заходи.

Especially planning amount of dental patients with generalized periodontitis

A. Dimitrova

Objective: to develop criteria for the assessment of periodontal tissue segment for the purpose of planning and carrying out individual schemes of treatment and preventive measures.

Objects and methods. We examined 136 patients with generalized periodontitis initial–I degree at the age of 19–35 years.

Results. This article presents a new index to estimate the intensity of inflammatory and destructive processes in periodontal tissues: the destruction of periodontal index (IDP), which allows to plan individual volume treatment and preventive measures.

Conclusion. The division of patients into groups according to the degree of intensity of destructive lesions of periodontal and hard tissues of the teeth is reasonable and allows to plan more precisely the complex of therapeutic and preventive measures for each patient individually.

Key words: generalized periodontitis, index of destruction of periodontal tissue, treatment and preventive measures.

Димитрова Алла Григорьевна – канд.мед.наук,

доцент кафедры терапевтической стоматологии Национального медицинского университета имени А.А.Богомольца.

Адрес: 03057, г.Киев, ул.Зоологическая, 1. Тел.: +38044-483-13-20. E-mail: a_dimitrova@ukr.net.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ЗУБНЫЕ ТЕХНИКИ ПОДВЕРЖЕНЫ ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ РАЗВИТИЯ МЕЗОТЕЛИОМЫ

Итальянские исследователи пришли к выводу, что зубные техники могут подвергаться повышенному риску развития рака, вызванного контактом с асбестом. Согласно полученным ими результатам, давний контакт с материалами, ранее использовавшимися при изготовлении зубных протезов, может спустя долгие годы спровоцировать развитие злокачественной мезотелиомы – вида рака, наиболее часто затрагивающего легочную плевру, и реже брюшину.

Асбест, являющийся причиной развития рака, широко использовался в строительной индустрии, особенно в 1960–1970-х годах. В стоматологии он использовался как связующее вещество в пародонтальных повязках и как футеровочный материал для литья.

Итальянские исследователи, эксперты в области гигиены окружающей среды и гигиены труда, проанализировали данные о более чем 5000 пациентах с мезотелиомой плевры за период с 2000 по 2014 год. Они выявили четыре случая, при которых пациенты контактировали с асбестом только на работе, будучи зубными техниками.

«Трое мужчин работали зубными техниками и контактировали с асбестом в течение 10, 34 и 4-х лет, а одна женщина помогала мужу на протяжении 30-ти лет в производстве зубных протезов», – сообщают авторы исследования. Мужчины сообщили, что применяли асбест как футеровочный материал для опокowych колец, в то время как женщина не смогла подтвердить его использование.

Зубные техники, которые в прошлом работали с асбестом, могли вдыхать микроскопические волокна этого канцерогенного материала, и это могло спровоцировать развитие мезотелиомы спустя многие годы.

Исследование «Случаи развития злокачественной мезотелиомы плевры у зубных техников» было опубликовано 13 апреля 2017 года в журнале «American Journal of Industrial Medicine».

www.dentalexpert.com.ua



4 НАЦІОНАЛЬНИЙ
УКРАЇНСЬКИЙ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ
КОНГРЕС

Запрошення

4-й НАЦІОНАЛЬНИЙ УКРАЇНСЬКИЙ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ КОНГРЕС

**“Мультидисциплінарний підхід
в діагностиці, лікуванні
та профілактиці стоматологічних
захворювань”**

20-21 жовтня 2017р.

м. Київ



Громадська організація
АСОЦІАЦІЯ
СТОМАТОЛОГІВ
УКРАЇНИ

М.Ю. Антоненко, А.М. Парій, Н.А. Зелінська, О.А. Значкова

Генетичні маркери системи P₁, MN, Le як конфігурація детермінованості до червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота

Національний медичний університет ім О.О. Богомольця, м. Київ, Україна;

Актуальність дослідження. В основу парадигми дослідження ролі й місця генетичних маркерів крові та слини/ротової рідини в патогенезі червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота (ЧПЛ СОПР) покладені дані бази джерел про відомі фактори системи АВО у формуванні схильності до розвитку значної кількості хронічних захворювань шкіри та СОПР, а також припущення про вірогідну роль P₁ – еритроцитарної системи в патогенезі ЧПЛ, яке базується на тому, що, знаходячись на 6-й хромосомі, поряд з головним локусом гістосумісності (МНС) і геном імунореактивності, остання може детермінувати як специфіку будови слизової оболонки порожнини рота, так і зміни в її імунологічній реактивності. Вивчення ролі групових антигенів біологічних рідин систем АВО(Н), Rh, P₁, MN, Levis, HLA можуть розкрити ключові причинно-наслідкові механізми виникнення, розвитку захворювання, слугувати для обґрунтування нових методичних підходів до профілактики й лікування ЧПЛ СОПР.

Мета: установлення ролі та місця антигенів систем P₁, MN, Le як вірогідних факторів генетичної детермінованості із ЧПЛ СОПР.

Матеріали та методи. Визначення генетичних маркерів крові та слини/ротової рідини проводилось у реакції гемаглютинації з використанням рідких абсорбованих сироваток анти-М, анти-Н, козячих рідких абсорбованих сироваток анти-Р, анти-Le^a та анти-Le^b, за показниками маркерів розраховували відносний ступінь ризику виникнення ЧПЛ СОПР.

Результати та їх обговорення. За показниками відносного ризику ЧПЛ СОПР у залежності від присутності та комбінацій еритроцитарних антигенів P₁, М, Le^(a-b+) були сформовані клінічні групи: з високим ризиком розвитку захворювання й відповідною комбінацією маркерів – антигени P₁⁺ та М, також Le^(a-b+) були віднесені до «критичних», де ризик захворювання становив 2,13, 3,30 та 1,83 відповідно; до «протективних» антигенів можна віднести фенотип P₁⁻, MN, N, Le^(a-b-); в умовах носійства яких ризик захворювання становив 0,47; 0,48; 0,53; 0,49 відповідно; у ролі «рівноважного» антигену можна розглядати генофенотипову комбінацію Le^(a-b-), де відносний ризик захворювання становив 0,9; а частота виявлення серед хворих на ЧПЛ СОПР і в контрольній групі були приблизно рівними й відповідали 9,3±2,1 та 10,3±3,0 %. Частота антигену P₁⁺ була вищою у хворих на ЧПЛ СОПР з ерозивною формою та становила 77,8 %, присутність антигену MN – у 46,2±6,8 %, фенотип Le^(a-b+) виявлений у 77,7±5,7 %.

Висновки. Групові антигени систем P₁⁺, М, Le^(a-b+) є маркерами генетичної детермінованості з ЧПЛ СОПР, висока частота яких у хворих дозволяє віднести їх до «критичних». Наявність «критичних» антигенів визначає тяжкість перебігу різних форм ЧПЛ СОПР і може слугувати поясненням терапевтичної резистентності та нетривалості ремісії.

Ключові слова: червоний плоский лишай, антигени систем P₁, MN, Le, генетична детермінованість.

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) є одним найпоширеніших захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР) [1]. Упродовж останнього десятиліття увага до цього захворювання помітно зростає. Це наочно підтверджено підвищенням частоти первинного діагностування ЧПЛ в осіб не тільки середнього віку в період інволютивних гормональних процесів, а й в осіб молодого, працездатного віку, у тому числі до 30-ти років [2, 3].

Серйозну настороженість стоматологів викликає зміщення акценту проявів ЧПЛ СОПР у бік більш агресивних форм перебігу захворювання із залученням у патологічний процес червоної облямівки губ [4]. Останній факт призводить до формування стійких, резистентних до терапії форм і розвитку передракової небезпеки [5]. Дослідники-клініцисти відмічають нівелювання гендерних переваг при ЧПЛ [3, 6], підвищення частоти деструктивних форм захворювання – ерозивної, виразкової, пемфігоїдної, що, безсумнівно, має негативний вплив на загальний стан здоров'я пацієнтів та якість їхнього життя [6]. Больовий синдром, не притаманний типовій формі ЧПЛ, з розвитком запально-деструктивних уражень СОПР і червоної облямівки губ не тільки підвищує страждання пацієнта, а й викликає страх мож-

ливої малігнізації вогнищ ураження, знижує комплайєнс і викликає незадоволеність результатами лікування, а короткі періоди ремісії хвороби та необхідність залучення додаткових, часто значних матеріальних і часових ресурсів слугують передумовою того, що пацієнти з ЧПЛ значною мірою обмежують активність життя, залишаючись поза соціумом на тривалий період [6]. Акцентація пацієнта на своїй патології має значний негативний психогенний вплив, що призводить до втрати віри в можливість одужання. Останній факт знижує мотиваційні важелі у взаємодії лікаря та пацієнта.

Проблемність питань патогенетичної терапії в її можливому розмаїтті – від медикаментозного до фізичного, у тому числі лазерного лікування, полягає у відсутності чітких уявлень про єдиний причинно-наслідковий шлях розвитку захворювання та спонукає до численних досліджень у цьому аспекті.

У попередніх публікаціях [7, 8] були наведені дані про доцільність припущень про роль імуногенетичних досліджень як імовірної ключової ланки парадигми вивчення ЧПЛ і вірогідної генетичної детермінованості ЧПЛ, зокрема ЧПЛ СОПР. На користь цього існують уже доведені факти про очевидну генетичну детермінованість більшості хронічних захворювань людини, у

тому числі і стоматологічних, що сприяло розробці нових ефективних шляхів терапії та профілактики [7, 9].

Можна припустити, що вивчення ролі групових антигенів біологічних рідин систем ABO(H), Rh, P₁, MN, Levis, так само як і HLA-системи, можуть розкрити ключові причинно-наслідкові механізми виникнення, особливості розвитку захворювання, запропонувати нові методичні підходи до профілактики й лікування ЧПЛ. Адже групові ізоантигени крові та антигени гістосумісності детермінують тканинну сумісність, ініціюючи процеси клітинного розпізнання «свій» – «чужий», визначають ефективну ланку клітинних взаємодій; також вони детермінують схильність до захворювань через біохімічну структуру своїх молекул і є «зберігачами» гену імунної відповіді (IR-гену), який визначає інтенсивність імунної реакції на різні інфекційні та неінфекційні антигени, характер імунного статусу організму, програмуючи рівень антитілогенезу та бластоутворення [10, 11].

Зазначимо, що вже отримано докази приналежності групових факторів крові ABO, Rh-фактора, групи Levis до систем тканинної сумісності (головний комплекс гістосумісності, major histocompatibility complex (MHC) [8].

Треба відзначити, що в літературі наявна певна кількість публікацій, що відображають роль і місце генетичних маркерів крові та слини як чинників генетичної детермінованості з ЧПЛ [12]. Ці дослідження в основному базуються на вивченні ролі ABO-системи. Зазначимо, що, хоча ця система є однією з найважливіших в організмі, тим не менше низка й інших систем може відігравати суттєву роль при ЧПЛ, зокрема СОПР [13]. Водночас відсутні роботи про роль P₁-еритроцитарної системи при ЧПЛ, між тим вона, знаходячись на 6-й хромосомі, поряд з головним локусом гістосумісності (MHC) і геном імунореактивності, може обумовлювати як специфіку будови слизової оболонки порожнини рота, так і зміни в її імунологічній реактивності.

Таким чином, *метою* даного фрагменту комплексного дослідження кафедри стоматології НМУ імені О.О. Богомольця є встановлення ролі та місця антигенів систем P₁, MN, Le як вірогідних факторів генетичної детермінованості з ЧПЛ СОПР.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі *завдання*:

1. Установити роль і місце еритроцитарної системи P₁ як фактора збудження генетичної детермінованості з ЧПЛ СОПР.
2. Визначити місце еритроцитарної системи MN при ЧПЛ СОПР.
3. Вивчити роль системи Levis при ЧПЛ СОПР.

Матеріал і методи дослідження

У ході виконання даного фрагменту були використані клінічні методи й імуногенетичні дослідження крові та слини/ротової рідини.

Для постановки діагнозу й уточнення клінічних форм ЧПЛ використовували класифікацію кафедри терапевтичної стоматології НМУ (2010).

Дослідження базувалось на динамічному клінічному спостереженні впродовж 2014–2017 років 251 пацієнта з ЧПЛ СОПР, які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань слизової оболонки порожнини рота Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця (директор – професор Копчак А.В.) і Центрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології (завідувач – Рибак В.А.) Київської обласної клінічної лікарні (головний лікар – професор Анкін В.Л.), які є клінічними базами кафедри.

Контрольну групу склали 90 осіб, яких співставляли з основною групою пацієнтів за віком і статтю, без

уражень слизової оболонки порожнини рота та соматичних захворювань (за даними висновків дільничного терапевта/лікаря загальної практики-сімейної медицини кожного пацієнта), за інформованою згодою.

Визначення генетичних маркерів крові та слини проводилось у реакції гемаглютинації в лабораторії імунного типування (зав. лабораторією – д-р мед. наук, професор Дизик Г.М.) ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України» (директор – д-р мед. наук, проф. Тимченко А.С.). Були використані рідкі абсорбовані сироватки анти-M, анти-N, козячі рідкі абсорбовані сироватки анти-P, козячі рідкі абсорбовані сироватки анти-Le^a й анти-Le^b. Кількість досліджень кожного маркера (n) визначалась на підставі попереднього розрахунку репрезентативності вибірки.

Вивчення маркерів систем P₁, MN у крові проводилося у день взяття її, у той час як змішана слина/ротова рідина досліджувалась у наступні дні. Для цього зібрану ротову рідину виливали на стерильну марлю, яку висушували у звичайних умовах до початку дослідження. Контролем була стерильна марля без ротової рідини, обидва клапти марлі знаходились до моменту дослідження в ідентичних умовах.

Відносний ступінь ризику ЧПЛ СОПР у залежності від присутності того чи іншого маркера крові та ротової рідини розраховували за формулою:

$$X = \frac{Pa(1-P_k)}{P_k(1-Pa)},$$

де – X – відносний ризик захворювання,
Pa – частота виявлення антигену у хворих,
P_k – частота виявлення антигену в осіб контрольної групи.

Статистичну обробку проводили з використанням програми Microsoft Excel XP і Statistica 6.0, включаючи описову статистику, оцінку достовірності відмінностей за Стьюдентом і кореляційний аналіз з оцінкою достовірності коефіцієнтів кореляції. При оцінці достовірності відмінностей використовували значення p < 0,05.

Результати та їх обговорення

Усі пацієнти з ЧПЛ СОПР склали три групи за розподілом генетичних маркерів. Умовно генетичні маркери, які асоціюються з високим ризиком ЧПЛ (понад 1,5), були визначені як «критичні». Маркери, що асоціюються з низьким ризиком ЧПЛ (до 0,75), були віднесені до «протективних», а маркери, які посідали нейтральне положення між «критичними» та «протективними», уважали «рівноважними». Дані про показники відносного ризику ЧПЛ в залежності від присутності еритроцитарних антигенів P₁, M, Le^(a-b+) наведені в таблицях 1 і 2.

Як видно з таблиці 2, частота антигену P₁⁺ була найвищою серед хворих на ЧПЛ СОПР і становила 77,77±5,62 % проти 62,06±9,20 % у контролі. Показник відносного ступеня ризику оцінений як високий і становив 2,13. Установлено, що присутність антигену MN у хворих на ЧПЛ СОПР спостерігалась у 46,22±6,82 % випадків, у той же час у контрольній групі цей показник відповідав 20,68±7,62 %, а ступінь відносного ризику дорівнював 3,30.

Фенотип Le^(a-b+) у хворих на ЧПЛ СОПР виявлений у 77,73±5,73 %, а в контролі цей показник дорівнював 65,53±8,95 % при ризику захворювання 1,83.

Таким чином, антигени P₁⁺ та M, а також Le^(a-b+) були віднесені до «критичних», де ризик захворювання становив 2,13; 3,30 та 1,83 відповідно.

Таблиця 1

Частота «критичних» фенотипових характеристик у хворих на ЧПЛ СОПР

Фенотипи	n	Частота фенотипу у здорових (контрольна група)		Частота фенотипу у хворих на ЧПЛ СОПР	
		абс.	%	абс.	%
P ₁ ⁺	60	18	62,1	42	77,8
M	31	6	20,7	25	46,2
Le ^(a-b⁺)	61	19	65,5	41	77,7

Таблиця 2

Показники відносного ризику захворювання на ЧПЛ СОПР у залежності від наявності «критичних» фенотипів

Еритроцитарна група	Частота еритроцитарних груп		Відносний ризик
	Хворі на ЧПЛ СОПР	контроль	
P ₁ ⁺	77,77±5,62	62,06±9,20	2,13
M	46,22±6,82	20,68±7,62	3,30
Le ^(a-b⁺)	77,73±5,73	65,53±8,95	1,83

Таблиця 3

Частота «протективних» генофенотипових характеристик у хворих на ЧПЛ СОПР

Фенотипи	n	Частота фенотипу в осіб контрольної групи		Частота фенотипу у хворих на ЧПЛ СОПР	
		абс.	%	абс.	%
P ₁ ⁻	23	11	37,92±9,24	12	22,21±5,81
N	12	6	20,69±7,62	6	11,23±4,31
MN	40	17	58,63±9,34	23	42,63±6,11
Le ^(a+b⁻)	14	7	24,23±8,14	7	13,04±4,64

Таблиця 4

Показники відносного ризику захворювання на ЧПЛ СОПР у залежності від «протективних» фенотипів

Еритроцитарна група	Частота еритроцитарних груп		Відносний ризик
	у хворих	у контрольній групі	
P ₁ ⁻	22,21±5,81	37,92±9,24	0,47
N	11,23±4,31	20,69±7,62	0,48
MN	42,63±6,11	58,63±9,34	0,53
Le ^(a+b⁻)	13,04±4,64	24,23±8,14	0,49

Як свідчать дані таблиці 3, до «протективних» антигенів можна віднести фенотип P₁⁻, MN, N, Le^(a+b⁻), які частіше реєстрували в умовно здорових осіб (контрольна група), ніж у хворих на ЧПЛ СОПР.

Так, частота носійства P₁-антигену при ЧПЛ становила 22,21±5,81 % випадків, а в контролі – 37,92±9,24 % при ризику захворювання 0,47. Значно рідше, ніж у контрольній групі, зустрічались антигени N, MN, Le^(a+b⁻) – в 11,23±4,31 %, 42,63±6,11 % та 13,04±4,64 % відповідно проти 20,69±7,62 %, 58,63±9,34, 24,23±8,14 % у контрольній групі. Ризик захворювання на ЧПЛ СОПР у випадку носійства цих антигенів при ЧПЛ становив 0,47; 0,48; 0,53; 0,49 відповідно (таблиця 4).

Таким чином, генофенотипи P₁⁻, N, MN, Le^(a+b⁻) обумовлюють захисну, протекторну роль у процесі розвитку ЧПЛ СОПР.

Установлено, що в ролі «рівноважного» антигену можна розглянути генофенотипову комбінацію Le^(a+b⁻), де відносний ризик захворювання становив 0,9; а частота виявлення у хворих на ЧПЛ СОПР (у 10-ти пацієнтів) і в контрольній групі була приблизно рівною й відповідала 9,3±2,1 та 10,3±3,0 %.

Щодо ролі та значення фенотипових комбінацій при різних формах ЧПЛ СОПР, було встановлено, що присутність «критичних» комбінацій була характерною для осіб з агресивними клінічними формами захворювання – виразковою й ерозивною формами та становила 51 і 46 % відповідно. Тільки у 3 % обстежених пацієнтів «критична» фенотипова комбінація була виявлена при типовій формі ЧПЛ.

При аналізі отриманих даних встановлено, що «протективна» фенотипова комбінація виявлена в більшості

пацієнтів з типовою формою ЧПЛ (87 %) і тільки у 13 % такий фенотип визначений в осіб з ерозивною формою захворювання.

Висновки

Таким чином, в результаті проведеного дослідження встановлено, що:

1. Групові антигени систем P_1^+ , M, $Le^{(a+b+)}$ були віднесені до маркерів генетичної детермінованості ЧПЛ СОПР, а висока частота їх поширеності дозволила віднести їх до «критичних».
2. Визначено високий відносний ризик захворювання на ЧПЛ СОПР у залежності від присутності групових антигенів P_1^+ , M, де ризик захворювання становив 2,13 і 3,30 відповідно.

3. Установлені «протекторні» маркери ЧПЛ СОПР – P_1^- , MN, N, $Le^{(a+b-)}$, за наявності яких ризик захворювання становив відповідно 0,47; 0,48; 0,53 та 0,49.
4. Систему $Le^{(a-b-)}$ недоцільно розглядати як маркер детермінованості, оскільки ризик розвитку захворювання на ЧПЛ СОПР становив 0,9.
5. Наявність «критичних» антигенів може визначати тяжкість ураження СОПР при ЧПЛ і вірогідно викликає терапевтичну резистентність і короткочасність тривалості ремісії.

Перспектива подальших досліджень полягає у вивченні клініко-імуногенетичних кореляцій при різних формах червоного плоского лишая різного ступеня тяжкості та поширеності уражень на СОПР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Boorghni M. Oral lichen planus: clinical features, etiology, treatment and management. A review of literature / M. Boorghni, N. Gholizadeh, A. Zenoyz, M. Vatankhak // J. Dental Res., Dental Clin., Dental Prospects. – 2010. – Vol. 4, N 1. – P. 3–9
2. Zakrzewska J.M. A systematic review of placebo-controlled randomized clinical trials of treatments used in oral lichen planus / J.M. Zakrzewska, E.S. Chan, M.H. Thornhill // Br. J. Dermatol. – 2005. – № 153 (2). – P. 336–341.
3. Castro Jacques C. De Moura. Oral lichen planus part I: epidemiology, clinics, etiology, immunopathogeny, and diagnosis / Castro Jacques C. De Moura, Cardozo Pereira A.L., Cabral M.G., Cardoso A.S. et al. // Skin med. – 2003. – № 2 (6). – P. 342–349.
4. Sugerman P.B. The pathogenesis of oral lichen planus / P.B. Sugerman, N.W. Savage, L.J. Walsh // Crit. Rev. Oral Biol. Med. – 2002. - Vol. 13, № 4. – P. 350–365.
5. Коленко Ю.Г. Состояние специализированной стоматологической помощи больным с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта в Украине / Ю.Г. Коленко // Современная стоматология. – 2017, № 1. – С. 42–44.
6. Юсупова Л. А. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии / Л. А. Юсупова, Э. И. Ильясова // Практическая медицина. – 2013, № 1–4 (73). – С. 13–16.
7. Antonenko M.Yu. The role and place of group blood isoantigens of ABO (H) system in the etiopathogenesis of lichen planus that is associated with the internal Organs diseases and with systemic diseases / M.Yu. Antonenko, A.M. Paryi, N.A. Zelinska, O.A. Znachkova, D.Yu. Malyi // International scientific professional periodical journal «THE UNITY OF SCIENCE». – December, 2016, January, 2017. – P. 85–87.
8. Антоненко М.Ю. Интеграція неспецифічних чинників захисту організму в патогенезі червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота / М.Ю. Антоненко, А.М. Парій, Н.А. Зелінська, О.А. Значкова // Современная стоматология. – 2016, № 5. – С. 16–19.
9. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник // Киев. – 2010. – 552 с.
10. Казмирчук В.Е. Клиническая иммунология и алергология / В.Е. Казмирчук, Л.В. Ковальчук, Ю.В. Мальцев // К. Феликс. – 2009. – 524 с.
11. Бутенко Г.М. Генетические и иммуногенетические механизмы возрастной патологии / Г.М. Бутенко, В.П. Войтенко // Здоров'я. – 1983. – 144 с.
12. Tarun Kumar. Association of ABO Blood Grouping with Oral Lichen Planus / Tarun Kumar, Gadan Puri Sunjeev Laller, Tajinder Bansal // Universal research Journal of dentistry / May-August, 2014. – Issue 2.
13. Mariam Moshaverina. The relationship Between oral Lichen Planus and Blood Group Antigens / Mariam Moshaverina, Fahimen Reraradeh, Fateme Dalvand, Sarah Moshaverina and Seyed Salman Samani // World Journal of Medical Sciences. – 2014. – 10(2). – P. 103–105.

Генетические маркеры системы P_1 , MN, Le как конфигурация детерминированности к красному плоскому лишая слизистой оболочки полости рта

М.Ю. Антоненко, А.М. Парий, Н.А. Зелинская, Е.А. Значкова

Актуальность исследования. В основу парадигмы исследования роли и места генетических маркеров крови и слюны/ротовой жидкости в патогенезе красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) положены данные базы источников об известных факторах системы ABO в формировании предрасположенности к развитию большого количества хронических заболеваний кожи и СОПР, а также предположение о вероятной роли P1-эритроцитарной системы в патогенезе красного плоского лишая, основанные на том, что, находясь на 6-й хромосоме, рядом с главным локусом гистосовместимости (MHC) и геном иммунореактивности, последняя может детерминировать как специфику строения слизистой оболочки полости рта, так и изменения в ее иммунологической реактивности. Изучение роли групповых антигенов биологических жидкостей систем ABO(H), Rh, P_1 , MN, Levis, HLA могут раскрыть ключевые причинно-следственные механизмы возникновения, развития заболевания, служить обоснованию новых методических подходов к профилактике и лечению КПЛ СОПР.

Цель: определение роли и места антигенов систем P_1 , MN, Le как возможных факторов генетической детерминированности при КПЛ СОПР.

Материалы и методы. Определение генетических маркеров крови и слюны/ротовой жидкости проводилось в реакции гемагглютинации с использованием жидких абсорбированных сывороток анти-M, анти-N, козых жидких абсорбированных сывороток анти-P, анти- Le^a и анти- Le^b , по показателям маркеров рассчитывали относительную степень риска возникновения КПЛ СОПР.

Результаты и их обсуждение. По показателям относительного риска возникновения КПЛ СОПР, в зависимости от присутствия и комбинаций эритроцитарных антигенов P_1 , M, $Le^{(a+b+)}$ были сформированы клинические группы: с высоким риском развития заболевания и соответствующей комбинацией маркеров – антигены P_1^+ и M, а также $Le^{(a+b+)}$ были отнесены к «критическим», где риск заболевания отвечал 2,13, 3,30 и 1,83 соответственно; к «протективным» антигенам можно отнести фенотип P_1^- , MN, N, $Le^{(a+b-)}$, при носительстве которых риск заболевания составил 0,47; 0,48; 0,53; 0,49 соответственно; в роли «равновесного» антигена можно рассматривать генофенотипическую комбинацию $Le^{(a-b-)}$, где относительный риск заболевания составил 0,9; а частота выявления среди больных КПЛ СОПР и в контрольной группе были примерно равными и соответствовали 9,3±2,1 и 10,3±3,0 %. Частота антигена P_1^+ была выше у больных КПЛ СОПР с эрозивной формой и составила 77,8 %, присутствие антигена MN зафиксировано в 46,2±6,8 %, фенотип $Le^{(a+b+)}$ обнаружен в 77,7±5,7 %.

Выводы. Групповые антигены систем P_1^+ , M, $Le^{(a+b+)}$ являются маркерами генетической детерминированности при КПЛ СОПР, высокая частота которых у больных позволяет отнести их к «критическим». Наличие «критических» антигенов определяет тяжесть течения различных форм КПЛ СОПР и может служить объяснением терапевтической резистентности и непродолжительности ремиссии.

Ключевые слова: красный плоский лишай, антигены систем P_1 , MN, Le, генетическая детерминированность.

Genetic markers system P₁, MN, Le how of configuration determination of lichen planus oral cavity

M. Antonenko, A. Pariy, N. Zelinska, O. Znachkova

Relevance of research. Based paradigm of research on the role and place of genetic markers of blood and saliva/oral fluid in the pathogenesis of lichen planus of the oral mucosa (CHPL oral mucosa) assigned data source database for known factors ABO system in formation of predisposition to the development of a significant number of chronic diseases of the skin and mucous membrane, and assumptions about the likely role of P₁ – red blood cells in the pathogenesis CHPL system, which is based on the fact that, while on chromosome 6, near the major histocompatibility locus (MHC) gene and immunoreactivity, those latter may determinate as the specific structure of the oral mucosa and changes its immunologic reactivity. Studying the role of biological fluids group antigens of the ABO(H), Rh, P₁, MN, Levis, HLA can reveal key causal mechanisms of origin and development of the disease, serve as a ground of new methodological approaches to the prevention and treatment of oral mucosa CHPL.

The goal: to establish the role and place of antigens P₁, MN, Le probable factors as genetic determinism CHPL to the oral mucosa.

Materials and methods. Identifying genetic markers of blood and saliva/oral fluid conducted in response hemagglutination using liquid absorbed serum anti-M, anti-N, goat liquid absorbed antiserum-P, anti-Le^a and anti-Le^b, in terms of markers calculated the relative risk CHPL oral mucosa.

Results and discussion. In terms of relative risk CHPL oral mucosa depending on the presence and combinations erythrocyte antigens P₁, M, Le^(a+b) were formed by the clinical groups: high risk of disease and the appropriate combination of markers, antigens P₁⁺ and M and also Le^(a+b) were classified as «critical», which was responsible risk 2.13; 3.30 and 1.83, respectively; the «protective» antigens include phenotype P₁⁻, MN, N, Le^(a+b-), for carriers which risk was 0.47; 0.48; 0.53; 0.49; respectively, as «equilibrium» antigen can be viewed genophenotype combinations Le^(a+b-), where the relative risk was 0.9, and the frequency of detection among patients CHPL oral mucosa and in the control group were approximately equal and consistent with 9.3±2.1 and 10.3±3.0 %. The frequency of antigen P₁⁺ was higher among patients with erosive oral mucosa CHPL form and was 77.8 % MN antigen presence – in 46.2±6.8 %, the phenotype Le^(a+b) was found in 77.7±5.7 %.

Conclusions. Group of antigens P₁⁺, M, Le^(a+b-) are markers of genetic determinism CHPL to the oral mucosa, the high frequency which allows patients to refer them to «critical». The presence of «critical» antigens determines the severity of various forms of oral mucosa and CHPL this explain therapeutic resistance and short remission.

Key words: lichen planus, antigens of P₁, MN, Le, genetic determinism.

Антоненко Марина Юрївна – д-р медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. **Адреса:** 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. **Тел.:** +38 (050) 6587625. **E-mail:** antonenko.nmu@gmail.com.

Парій Аліна Михайлівна – аспірант кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. **Адреса:** 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. **Тел.:** +38 (097) 4686368. **E-mail:** alina44.am@gmail.com.

Зелінська Наталія Антонівна – канд. мед. наук, доцент кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. **Адреса:** 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. **Тел.:** +38 (050) 3811330.

Значкова Олена Аркадійвна – кандидат медичних наук, асистент кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. **Адреса:** 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. **Тел.:** +38 (067) 2628332. **E-mail:** znachkova2008@gmail.com.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ЕВРОСОЮЗ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АМАЛЬГАМЫ

Европарламент принял законопроект, ограничивающий использование ртути и устраняющий противоречия между существующим законодательством Европейского союза и Минаматской конвенцией о ртути, ратифицированной большинством стран-членов ООН. Новый закон предусматривает поэтапное сокращение и полный отказ от использования ртути к 2030 году.

«Ртуть является чрезвычайно токсичной и входит в десятку самых вредных природных веществ на планете. Наибольший вред человеческому организму ртуть наносит в период внутриутробного развития, а также в младенчестве и детстве, поскольку в период роста и развития мозг и нервная система очень восприимчивы к ее воздействию», – говорит Штефан Экк, член Европарламента из Германии.

Наряду с прекращением использования ртути Минаматская конвенция рекомендует параллельную реализацию ряда мер, таких как профилактика стоматологических заболеваний и разработка новых стоматологических материалов, что позволит смягчить последствия отказа от использования амальгамы в стоматологии.

Британская стоматологическая ассоциация (BDA) отмечает, что стоматологическая амальгама не оказывает заметного влияния на загрязнение ртутью окружающей среды, при этом является надежным и экономически обоснованным реставрационным стоматологическим материалом уже более 150-ти лет. BDA последовательно выступает против полного запрета на использование стоматологической амальгамы.

Американская стоматологическая ассоциация также считает амальгаму безопасным, доступным и прочным материалом, подчеркивая, что он был использован для восстановления зубов более чем 100 миллионов американцев.

В декабре 2016 года Агентство по охране окружающей среды опубликовало окончательный регламент, обязывающий стоматологические клиники использовать сепараторы амальгамы, чтобы исключить попадание ртути в окружающую среду. Однако действие этого регламента было приостановлено вместе с рядом других 20 января 2017 года новой администрацией США.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ И ВЫСТАВКА



8 - 10 ИЮНЯ 2017

Palace Premier Hotel Kharkov

Генеральный спонсор



Золотой спонсор



Участие в конференции:

(067) 573-03-31, (093) 051-12-88

www.dentaldays.com.ua, www.facebook.com/Dental-Days

Участие в выставке:

(067) 579-64-46, (057) 781-00-21

www.adt.net.ua, www.facebook.com/Dental.Days

Организаторы



Ю.В. Філімонов, А.В. Пачевська, В.М. Истошин

Дослідження стану місцевого імунітету при ортодонтічному лікуванні в дітей

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна;

Вступ. Діагностична значущість оцінки рівня концентрації інтерлейкіну-4 полягає в констатації самого факту його підвищення або зниження в даного хворого з конкретним захворюванням, причому для оцінки важкості та прогнозування перебігу захворювання доцільно визначати концентрацію як про-, так і протизапальних цитокінів в динаміці розвитку патології.

Мета: вивчення рівня концентрації інтерлейкіну-4 при використанні незнімної та знімної ортодонтічної апаратури в дітей із зубощелепними аномаліями.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів (дітей віком від 10 до 15-ти років), які звертались по ортодонтічну допомогу у Вінницьку міську стоматологічну поліклініку. Дослідну групу 1 становили здорові діти без зубощелепних аномалій віком 10–15 років. Дослідну групу 2 становили пацієнти, в яких була застосована лікувальна незнімна ортодонтічна апаратура. Дослідну групу 3 становили діти із застосуванням знімної ортодонтічної апаратури. Слину збирали на початку лікування із застосуванням ортодонтічної апаратури (у перший день звернення в поліклініку) через три та шість місяців відповідно з початку лікування.

Результати дослідження. У слині дітей без зубощелепних аномалій динаміка зміни активності інтерлейкіну ІІ-4 не мала достовірних змін на 3 і 6-й місяці спостереження. У пацієнтів дослідної групи 2 (незнімна ортодонтічна апаратура) спостерігалось підвищення активності інтерлейкіну ІІ-4 у слині протягом періоду спостереження (на 3 і 6-й місяці). У пацієнтів дослідної групи 3 (знімна ортодонтічна апаратура) спостерігалось підвищення активності інтерлейкіну ІІ-4 у слині протягом періоду спостереження (на 3 і 6-й місяці).

Висновки. Використання ортодонтічної апаратури веде до активації місцевого імунітету. Найбільше активність інтерлейкіну-4 зростає при використанні незнімної ортодонтічної апаратури (на 6-й місяць лікування).

Ключові слова: ортодонтічне лікування, місцевий імунітет, інтерлейкін ІІ-4.

Вступ

Інтерлейкін-4 входить у групу цитокінів, які мають виражені протизапальні властивості. Ця їх особливість визначається здатністю до регуляції росту та диференціації В-лімфоцитів, участі у процесах біосинтезу та секреції антитіл. Він протидіє запальній активності макрофагів, пригнічуючи їх секрецію прозапальних інтерлейкінів. Установлено, що інтерлейкін-4 продукується активованими Т-лімфоцитами-хелперами, еозинофілами та тучними клітинами.

Протизапальна дія інтерлейкіну-4 пояснюється тим, що він підсилює еозинофілію, накопичення тучних клітин, секрецію IgG4, опосередковану Th2-клітинами гуморальну імунну відповідь; включає синтез IgE, активовані В-лімфоцитами; володіє місцевою протиопухлинною активністю, стимулюючи популяцію цитотоксичних Т-лімфоцитів та інфільтрацію пухлини еозинофілами; пригнічує звільнення цитокінів запалення (α -ФНП, ІЛ-1, ІЛ-8) і простагландинів з активованих моноцитів, продукцію цитокінів Th1-лімфоцитами (ІЛ-2, g-ІФН та ін.). Діагностична значущість оцінки рівня концентрації інтерлейкіну-4 полягає в констатації самого факту його підвищення або зниження в даного хворого з конкретним захворюванням, причому для оцінки тяжкості та прогнозування перебігу захворювання доцільно визначати концентрацію як про-, так і протизапальних цитокінів у динаміці розвитку патології.

Мета – вивчення рівня концентрації інтерлейкіну-4 при використанні незнімної та знімної ортодонтічної апаратури в дітей із зубощелепними аномаліями.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів (дітей віком від 10 до 15-ти років), які звертались по ортодонтічну допомогу у Вінницьку міську стоматологічну поліклініку. Дослідну групу 1 становили здорові діти без

зубощелепних аномалій віком 10–15 років. Дослідну групу 2 становили пацієнти, в яких була застосована лікувальна незнімна ортодонтічна апаратура. Дослідну групу 3 становили діти із застосуванням знімної ортодонтічної апаратури.

Слину збирали на початку лікування із застосуванням ортодонтічної апаратури (у перший день звернення в поліклініку) через три та шість місяців відповідно з початку лікування.

Вміст інтерлейкіну-4 (ІІ-4) у слині визначали імуноферментним методом з використанням комерційного набору «ІІ-4 ELISA» («Diacclone», Франція) у відповідності з інструкцією фірми-виробника. У лунки планшетів, на стінках яких адсорбовані антитіла ІІ-4, додавали по 100 мкл стандартних розчинів (з відомими концентраціями ІІ-4), контрольних проб і проб слини. Інкубували 2 год. при 18–25°C. Лунки відмивали від надлишку незв'язаних реагентів, вносили в них 50 мкл біотинолових антитіл та інкубували 1 год. при 18–25°C. Лунки відмивали від надлишку незв'язаних реагентів, вносили в них 100 мкл ензиму (стрептавідин – пероксидазу) та інкубували впродовж 30 хв. при 18–25°C для утворення на твердій фазі комплексу АТ-АГ-АТ-ензим. Потім лунки знову відмивали від надлишку незв'язаних реагентів і вносили 100 мкл ТМВ-субстрату (хромогену, який реагує зі зв'язаним на твердій фазі ензимом з утворенням забарвленої речовини), інкубували 15 хв. при 18–25°C, реакцію зупиняли за допомогою 100 мкл стоп-розчину й фотометрували при 450 нм (диференційний фільтр 630 нм) на автоматичному аналізаторі STAT FAX 303/PLUS.

Результати дослідження

У слині дітей без зубощелепних аномалій динаміка зміни активності інтерлейкіну ІІ-4 не мала достовірних змін на 3 і 6-й місяці спостереження. Тільки у хлопчиків

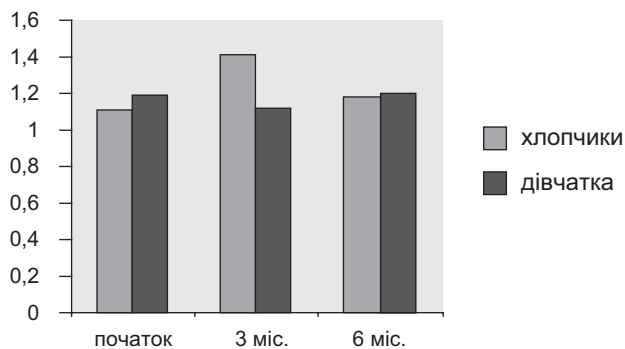


Рис. 1. Активність інтерлейкіну ІІ-4 (контроль).

цієї групи на 3-й місяць спостереженням виявили підвищення активності показника на 20 %, яке на 6-й місяць спостереження вже майже не відрізнялось від початкових даних (рис. 1).

У пацієнтів дослідної групи 2 (незмінна ортодонтична апаратура) спостерігалось підвищення активності інтерлейкіну ІІ-4 у слині протягом періоду спостереження (на 3 і 6-й місяці). Так, у хлопців активність інтерлейкіну-4 виявилась у 4,5 рази вище на 3-й місяць дослідження й у 5 разів на 6-й місяць дослідження. У дівчат в аналогічні періоди рівень протизапального ферменту збільшувався в 4 та 5 разів.

У пацієнтів дослідної групи 3 (змінна ортодонтична апаратура) спостерігалось підвищення активності інтерлейкіну ІІ-4 у слині протягом періоду спостереження (3 та 6 місяці).

Через три місяці після початку лікування за допомогою змінної ортодонтичної апаратури у хлопців спостерігалось підвищення активності імунферменту у 2,5 рази, а в дівчат у два рази. Через шість місяців після початку лікування цей показник у хлопців і дівчат відрізнявся від початкового у 3,4 рази (рис. 3).

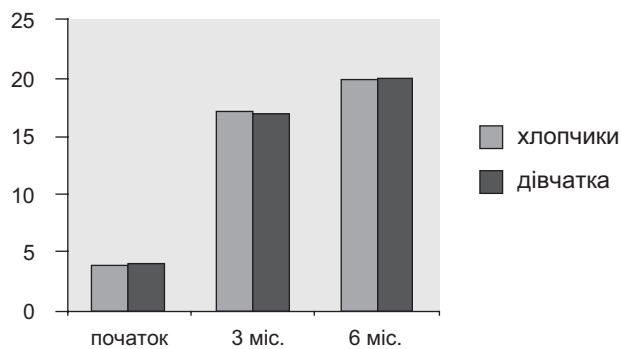


Рис. 2. Активність інтерлейкіну ІІ-4 у слині (незмінна апаратура).

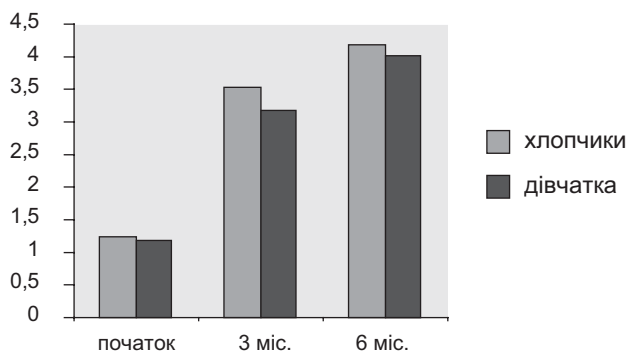


Рис. 3. Активність інтерлейкіну ІІ-4 у слині (змінна апаратура).

Висновки

Використання ортодонтичної апаратури веде до активізації місцевого імунітету. Найбільше активність інтерлейкіну-4 зростає при використанні незмінної ортодонтичної апаратури (на 6-й місяць лікування у хлопчиків).

ЛІТЕРАТУРА

1. Воронкова Г.В. Сучасне уявлення про стан тканин пародонту в пацієнтів із зубощелепними аномаліями під час ортодонтичного лікування незмінною технікою / Г.В. Воронкова // Український стоматологічний альманах. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 25–30.
2. Головка Н.В. Підвищення ефективності лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту в ортодонтичних пацієнтів / Н.В. Головка, А.Д. Бабенко // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 5. – С. 60–62.
3. Грудянов А.И. Результаты сравнительного изучения состава микробной флоры у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом с использованием различных микробиологических методик (предварительное сообщение) / А.И. Грудянов и соав. // Стоматология. – 2014. – № 5. – С. 29–31.
4. Гутор Н.С. Характеристика змін біохімічних показників ротової рідини у хворих на альвеоліт / Н.С. Гутор // Новини стоматології. – 2013. – Т. 76, № 3. – С. 56–58.
5. Деньга А.Э. Экспериментальное обоснование применения лечебно-профилактического комплекса для сопровождения ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у детей с начальным кариесом зубов / А.Э. Деньга, О.А. Макаренко // Вісник стоматології. – 2013. – № 2. – С. 22–25.

6. Петрушанко Т.А. Анализ факторов риска болезней пародонта при использовании брекет-систем / Т.А. Петрушанко, М.А. Кириленко // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 5. – С. 35–38.
7. Романенко Е.Г. Влияние взаимодействия неспецифических защитных факторов ротовой жидкости на состоянии тканей пародонта у детей / Е.Г. Романенко // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 1. – С. 96–99.
8. Смаглюк Л.В. Резистентність слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів із зубощелепними аномаліями / Л.В. Смаглюк, І.В. Петрушанко // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 2. – С. 65–70.
9. Смаглюк Л.В. Применение схемы индивидуальной профилактической программы при лечении брекет-технологией / Л.В. Смаглюк и соав. // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 31. – С. 65–68.
10. Шостенко А.А. Характеристика секреторного імунітету та методи його корекції у хворих з різними проявами генералізованого катарального гінгівіту / А.А. Шостенко // Вісник стоматології. – 2013. – № 3. – С. 38–43.

Исследование состояния местного иммунитета при ортодонтическом лечении у детей

Ю.В. Филимонов, А.В. Пачевская, В.М. Истошин

Вступление. Диагностическое значение оценки уровня концентрации интерлейкина-4 заключается в констатации самого факта повышения или снижения показателя активности у данного больного с конкретным заболеванием, причем для оценки тяжести и прогнозирования течения заболевания целесообразно определять концентрацию как про-, так и противовоспалительных цитокинов в динамике развития патологии.

Цель: изучение уровня концентрации интерлейкина-4 при использовании несъемной и съемной ортодонтической аппаратуры у детей с зубочелюстными аномалиями.

Материалы и методы. В исследованиях приняли участие 60 пациентов (детей в возрасте от 10 до 15-ти лет), которые обращались за ортодонтической помощью в Винницкую городскую стоматологическую поликлинику. Исследовательскую группу 1 составили здоровые дети без зубочелюстных аномалий в возрасте 10–15 лет. Исследовательскую группу 2 составили пациенты, у которых была применена лечебная несъемная ортодонтическая аппаратура. Исследовательскую группу 3 составляли дети с применением съемной ортодонтической аппаратуры. Слюну собирали в начале лечения с применением ортодонтической аппаратуры (в первый день обращения в поликлинику) через 3 и 6 месяцев соответственно с начала лечения.

Результаты исследования. В слюне детей без зубочелюстных аномалий динамика изменения активности интерлейкина И-4 не имела достоверных изменений на 3 и 6-й месяцы наблюдения. У пациентов опытной группы 2 (несъемная ортодонтическая аппаратура) наблюдалось повышение активности интерлейкина И-4 в слюне в течение периода наблюдения (на 3 и 6-й месяцы). У пациентов опытной группы 3 (съемная ортодонтическая аппаратура) наблюдалось повышение активности интерлейкина И-4 в слюне в течение периода наблюдения (на 3 и 6-й месяцы).

Выводы. Использование ортодонтической аппаратуры ведет к активации местного иммунитета. Больше всего активность интерлейкина-4 возрастает при использовании несъемной ортодонтической аппаратуры (на 6-й месяц лечения).

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, местный иммунитет, интерлейкин-4.

Investigation of the state of local immunity in orthodontic treatment in children

Yu. Filimonov, A. Pachevskaya, V. Istoshin

Introduction. The diagnostic value of the evaluation of the level of the concentration of interleukin 4 is to ascertain the very fact of an increase or decrease in the activity index for a given patient with a particular disease, and in order to assess the severity and prognosis of the course of the disease, it is expedient to determine the concentration of both pro- and anti-inflammatory cytokines in the dynamics of pathology development.

Goal: study of the level of interleukin-4 concentration during using non-removable and removable orthodontic equipment in children with dentoalveolar anomalies.

Materials and methods. The study involved 60 patients (children aged 10 to 15 years) who applied for orthodontic care on the basis of the Vinnytsia city dental polyclinic. Study group 1 consisted of healthy children without dentoalveolar anomalies at the age of 10–15 years. Study group 2 consisted of patients who were treated with therapeutic fixed orthodontic equipment. The study group 3 consisted of children using removable orthodontic equipment. Saliva was collected at the beginning of treatment with the use of orthodontic equipment (on the first day of treatment in the polyclinic), at 3 and 6 months, respectively, from the start of treatment.

Results of the study. In the saliva of children without dental-maxillary anomalies, the dynamics of IL-4 interleukin activity did not show significant changes at the 3-rd and 6-th months of follow-up. Patients in trial group 2 (non-removable orthodontic equipment) experienced an increase in IL-4 activity in saliva during the observation period (at the 3-rd and 6-th months). Patients in group 3 (removable orthodontic equipment) experienced an increase in IL-4 interleukin activity in saliva during the observation period (at the 3-rd and 6-th months).

Conclusions. The use of orthodontic equipment leads to the activation of local immunity. Most of all the activity of interleukin-4 increases with the use of non-removable orthodontic equipment (at the 6-th month of treatment).

Key words: orthodontic treatment, local immunity, interleukin-4.

Ю.В. Філімонов – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. Кафедра дитячої стоматології.

В.М. Істошин – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. Кафедра дитячої стоматології.

Пачевська Аліса Валеріївна – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. Кафедра дитячої стоматології.

Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 51/1. Тел.: (093) 527-63-88. E-mail: alisa.paczewska@gmail.com.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ДЕСЕНСИБИЛИЗАТОР КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО В БОРЬБЕ С ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗУБОВ

Когда пациенты обращаются с жалобой на повышенную чувствительность зубов, обычно врачи рекомендуют использовать концентрированные продукты с высоким содержанием фтора: фторлак и лечебную зубную пасту. Многие стоматологи также применяют профессиональную десенсибилизирующую пасту с аргинином, например, пасту «Pre-Procedural Desensitizing Paste от Colgate». Тем не менее в некоторых случаях перечисленных средств оказывается недостаточно, гиперчувствительность не пропадает, а наоборот, становится хронической и тяжелой. В такой ситуации целесообразно обратить внимание на десенсибилизаторы, такие как Tokuyama's Shield Force Plus.

Это светоотверждаемая паста, медленно выпускающая молекулы фтора. Для более легкого нанесения продукт выполнен в зеленом цвете, но после полимеризации поверхность десенсибилизатора становится прозрачной и прочной. Средство просто в смешивании и нанесении и при этом обеспечивает долговременный лечебный эффект при гиперчувствительности дентина. Отличительная особенность этого метода в том, что эффект проявляется сразу же после нанесения продукта. Одна из моих пациенток страдала от такой чувствительности зубов, что даже от легкого действия воздуходува каждый раз подпрыгивала на кресле, настолько ей было больно. После однократного нанесения десенсибилизатора «Shield Force Plus» она вообще не реагировала на направленные струи воздуха.

Десенсибилизатор обладает долгосрочным эффектом, препятствует дальнейшей абразии и эрозии дентина от чрезмерных движений зубной щетки и применения абразивных паст. Лечебный эффект может сохраняться в течение трех лет, а при необходимости новый слой легко наносится каждые шесть месяцев. Shield Force Plus эффективно справляется с проблемой гиперчувствительности дентина и работает даже тогда, когда другие средства оказываются бесполезны.

Автор: Colleen Olson, RDH, BBA

В.А. Кузьміна, І.І. Якубова, Т.О. Бучинська

Обґрунтування схеми профілактики раннього дитячого карієсу

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», м. Київ, Україна

Резюме. За результатами чисельних епідеміологічних досліджень, поширеність раннього дитячого карієсу в різних країнах світу досить висока. У розвинених західних державах цей показник коливається в межах від 1 до 20 %, а у країнах з низьким рівнем соціально-економічного розвитку рівень захворюваності раннім дитячим карієсом сягає понад 70–90 %. Серед дитячого населення України ранній дитячий карієс сягає 63–100 %.

Метою дослідження були вивчення та аналіз чинників ризику раннього дитячого карієсу й обґрунтування схеми профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей перших років життя.

Матеріал і методи дослідження. Було проведено пошук та аналіз даних літературних джерел про фактори ризику виникнення раннього дитячого карієсу, що дало змогу з'ясувати варіації досліджуваних показників і встановити кореляційну залежність.

Результати та їх обговорення. Важливим етапом планування профілактичних програм є дослідження етіологічних чинників та їх максимальне усунення як в анте-, так і в постнатальний період розвитку дитини. Серед найвагоміших некерованих чинників ризику виникнення карієсу в антенатальний період є: особливості перебігу вагітності, наявність супутніх хронічних захворювань органів і систем у жінки, порядковий номер вагітності, вік її під час вагітності. До керованих чинників ризику в антенатальний період відносяться харчування жінок та їх стоматологічний статус. У постнатальний період некеровані чинники – це стан немовляти при народженні та через 5 хв. за шкалою APGAR, її вага, наявність супутніх хронічних захворювань. Керованими чинниками ризику в постнатальний період є вигодовування (його вид і тривалість), стан гігієни порожнини рота, наявність дисбіозу, уживання дитиною надмірної кількості вуглеводів.

Висновки. При впровадженні схеми профілактики раннього дитячого карієсу в дітей від народження й до досягнення ними дворічного віку ставили за мету максимально усунути вплив керованих факторів ризику виникнення РДК.

Ключові слова: профілактика, ранній дитячий карієс, гігієна порожнини рота, фактори ризику.

Зважаючи на значне зростання поширеності та інтенсивності карієсу в дітей молодшого віку Американська академія дитячої стоматології (*American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD*) виділяє поняття «тяжкий ранній дитячий карієс», який включає в себе такі критерії: будь-яку гладку поверхню переднього або бокового зуба уражена каріозним процесом, або будь-яку поверхню, запломбовану в результаті карієсу в дитини молодше трьох років [26].

За результатами епідеміологічних досліджень, поширеність раннього дитячого карієсу (РДК) в різних країнах світу досить висока. У розвинених західних державах цей показник коливається в межах від 1 до 20 %, а у країнах з низьким рівнем соціально-економічного розвитку рівень захворюваності РДК сягає понад 70–90 %. На Європейському континенті були отримані наступні дані про поширеність РДК: у Норвегії – 11 % [57], у Нідерландах – 9,3 % [57], у Великій Британії від 6,8 до 12 % [31], у Греції – 16,5 % [36], у Німеччині від 7,3 до 20,3 % [50], в Італії – 19 % [41], у Франції – 18 % [49]. У Республіці Польща поширеність РДК у дітей 12-місячного віку складає 20,5 % [51]. Поширеність РДК у дітей від одного до трьох років у Швеції збільшується відповідно з 0,5 до 28 %, та складає в середньому 19 % [56]. У Бельгії [55], Швейцарії [32] та Іспанії [54] показники поширеності РДК є досить високими і складають відповідно 24; 24,8 та 28 %. За останні роки в Чехії збільшилась кількість дітей з інтактними зубами трирічного віку із 26,7 до 44,9 %; поширеність каріозного процесу складає 55,1 % [35]; у Боснії та Герцеговині в дітей до 5-ти років поширеність складає 83 % за інтенсивності 6,79 зуба [48]. Поширеність РДК у 2-річних дітей Російської Федерації та Республіки Білорусь складає 37 і 39,3 % за інтенсивності ураження 1,7 та 1,1 тимчасового зуба відповідно [4]. На «Близькому Сході» поширеність РДК висока, зокрема в Палестині цей показник складає 76 % [27], в Об'єднаних Арабських Еміратах – 83 % [33], в Ізраїлі – 64,7 % [39]. Серед іранських дітей поширеність РДК коливається в межах від 19,5 до 44 % [42].

Серед трьохрічних дітей в Індії поширеність карієсу коливається від 41,9 до 70 %, причому у хлопчиків зафік-

совано показник вище, ніж у дівчаток, – 44,8 та 39,9 % відповідно [45, 47]. У Китайській народній республіці поширеність РДК складає 56,4 % за інтенсивності 7,92 [43], а безпосередньо в Пекіні – поширеність 49 % за інтенсивності 4,5 зуба. Притому прослідковується регулярне погіршення цих показників з року в рік. [28].

Серед трьохрічних дітей острова Тринідад поширеність РДК складає 79,1 %. Слід зауважити, що майже у 100 % випадків діагностується ускладнений процес і 12 % таких дітей потребують невідкладної стоматологічної допомоги [38].

На американському континенті РДК є найпоширенішим хронічним захворюванням дитячого віку. Зокрема, у США зустрічається у 5 разів частіше за бронхіальну астму, в 14 разів частіше, ніж хронічний бронхіт, його поширеність коливається в межах від 11 до 72 % [44]. У Федеративній Республіці Бразилія поширеність РДК досягає 45,8 % [30].

Щодо країн Західної Африки, з'ясовано, що у Федеративній Республіці Нігерія поширеність РДК є дуже високою і складає 93,1 %. У 100 % випадків не проводиться лікування уражених тимчасових зубів і, як наслідок, у 6,9 % дітей відбувається раннє видалення тимчасових зубів [46].

За даними літератури, поширеність карієсу серед дитячого населення України сягає 63–100 % [10]. Вивченню РДК на Україні, його лікуванню та профілактиці присвячена велика кількість робіт [1, 3, 6, 13, 14, 17, 19, 20, 23, 25]. Проте, на жаль, немає достатньої кількості ґрунтовних праць, присвячених оцінці ефективності розроблених і впроваджених профілактичних схем РДК серед дітей перших років життя. Існує низка перешкод, що стають на заваді вирішення цієї проблеми, а саме відсутність єдиного погляду на анте- та постнатальну профілактику карієсу зубів, низький рівень співпраці дільничних педіатрів і дитячих стоматологів, а особливо відсутність диспансеризації дитячого населення, необізнаність батьків у питаннях дотримання гігієни порожнини рота та «інфантильним» або негативним ставленням до лікування зубів у своїх дітей [1, 21]. За спостереженнями ряду авторів, у дітей віком до трьох років відзначається значне ушкодження карієсом усіх анатомічних груп зубів. Найчастіше діагностується

карієс верхніх різців – центральних та латеральних (від 18,06 до 33,6 % та від 16,52 до 37,6 %), карієс перших тимчасових молярів зустрічається в цей період як на верхній, так і на нижній щелепі, практично з однаковою частотою (від 17,32 до 29,3 % та від 16,45 до 20,5 % відповідно). Низьким залишається відсоток ураження нижніх різців та іклів (0,92 та 1,76 %) на тлі високого ураження каріозним процесом верхніх іклів (5,9 %) [16, 22].

Важливим етапом планування профілактичних програм є дослідження етіологічних чинників. Виділяють дві основні групи чинників ризику виникнення карієсу зубів у дітей: *керовані* – ті, які можна усунути або послабити їх дію, й *некеровані*, вплинути на які неможливо [1]. Серед найвагоміших некерованих чинників ризику виникнення карієсу в антенатальний період є особливості перебігу вагітності, наявність супутніх хронічних захворювань органів і систем у жінки, порядковий номер вагітності, вік жінки під час вагітності. Так, за даними деяких авторів [3, 17], у дітей, матері яких мали гестоз, спостерігаються відхилення у строках, парності, а іноді й послідовності прорізування тимчасових зубів. У зв'язку з цим мінералізація твердих тканин відбувається в подовжені строки, незрілі структури зуба є особливо карієсприйнятними. При визначенні зв'язку віку батьків зі станом твердих тканин зубів з'ясовано: у дітей батьків старше за віком зуби прорізаються раніше, ніж у дітей молодих батьків. Найвища поширеність карієсу тимчасових зубів 68,18±5,73 % при інтенсивності 4,82±0,28 зуба серед дітей, матері яких були старше 30 чи молодше 20-ти років на момент народження дитини. У найстарших дітей у сім'ї зуби є більш стійкими до каріозного ураження. Так, виявлено, що поширеність карієсу в перших складає 37,14±4,71 %, у других і третіх відповідно 47,37±6,61 й 81,82±6,71 %. Водночас діти, народжені в багатодітних сім'ях, схильні до карієсу значно більше [17]. Трохи інші показники поширеності РДК залежно від аналогічних факторів ризику були отримані іншими авторами [6]. При патологічному перебігу вагітності поширеність складала 12,35 % на відміну від фізіологічного перебігу – 13,68 %. Автори пояснюють таку закономірність меншою увагою до свого стану здоров'я та харчування як самої жінки, так і відповідних спеціалістів. Відносно залежності порядкового номера вагітності та РДК були отримані такі результати: якщо дитина перша – поширеність 10,94 %, якщо друга й більше – 17,39 %. При фізіологічних пологах на відміну від кесаревого розтину поширеність карієсу тимчасових зубів складала відповідно 11,84 та 19,3 %.

До керованих чинників ризику в антенатальний період можна віднести харчування жінок та їх стоматологічний статус.

Серед чинників розвитку карієсу тимчасових зубів у постнатальний період особливої уваги заслуговують чинники ризику, серед яких стан немовляти при народженні та через 5 хв. після народження за шкалою *APGAR*, вага дитини при народженні. Найчастіше карієс спостерігається в дітей з великою (4 кг й більше) та малою (менше 2,7 кг) масою тіла [17], за спостереженнями інших авторів [6], не виявлена чітка залежність між вагою при народженні та поширеністю РДК. Результати окремих досліджень свідчать про взаємозв'язок високого рівня поширеності карієсу в дітей із супутніми хронічними захворюваннями. Найвища поширеність каріозних уражень зубів спостерігається в дітей із захворюваннями ЛОР-органів та сечостатевої системи, що сягає практично 100 % випадків, за найбільшою інтенсивністю – 5,43 зуба, на другому місці діти із захворюваннями органів дихання з поширеністю 92,22 %, далі діти з патологією ЦНС – 80,12 % та алергологічним станом в анамнезі життя – 68,18 % [15]. Поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей з ураженням опонорухового апарату (ОРА) складає 87,40 % при інтенсивності 6,12 зуба. Серед дітей з поєднаними ураженнями ОРА поширеність карієсу

є найвищою і становить 94,57 % при інтенсивності 6,47 зуба, а також частіше спостерігається субкомпенсований і декомпенсований ступінь активності каріозного процесу порівняно з дітьми з окремими ураженнями ОРА [18].

Керованими чинниками ризику в постнатальний період є вигодовування (його вид і тривалість), стан гігієни порожнини рота, наявність дисбіозу ПР, уживання дитиною надмірної кількості вуглеводної їжі.

Найоптимальнішим харчуванням для новонародженої дитини є грудне молоко. Грудне вигодовування є одним з основних факторів фізіологічного розвитку дитини та збереження її здоров'я. Вплив грудного вигодовування має різні види впливу на стан твердих тканин зубів, бо забезпечує надходження в оптимальному співвідношенні й у достатній кількості необхідні речовини, також сприяє підтриманню захисних властивостей безпосередньо порожнини рота та організму цілком [11]. У молоці здорових жінок присутні *L. gasseri*, *L. fermentum*, *E. Faecium*, які виконують функцію пробіотиків для новонароджених. Грудне молоко практично не впливає на кислотно-лужний баланс ПР і має оптимальне співвідношення Са:Р = 2:1 [12]. З іншого боку – неконтрольоване, тривале, особливо нічне годування може підтримувати життєдіяльність карієсогенних мікроорганізмів. У мікрофлорі кишківника дітей, які знаходяться на природному грудному вигодовуванні, переважають біфідобактерії (90 % від усіх мікроорганізмів), натомість при штучному вигодовуванні дана група мікроорганізмів не домінує [49].

При аналізі літературних джерел було з'ясовано, що ураженість раннім карієсом зубів у дітей залежить від періоду часу, протягом якого вони знаходились на грудному вигодовуванні [11]. Так, поширеність карієсу в дітей, які знаходились на грудному вигодовуванні, складала 56,29 % при інтенсивності 3,44±0,24 зуба та 7,29±0,67 поверхні. У дітей, які знаходились на штучному вигодовуванні, поширеність становила 61,11 % при інтенсивності 2,94±0,87 зуба та 6,22±1,84 поверхні. Щодо стосовується часу, протягом якого тривало вигодовування, автором були отримані такі результати: при грудному вигодовуванні у групі дітей від 6 до 12-ти місяців поширеність виявилась найнижчою – 35,5 % при інтенсивності 2,38±0,47 зуба та 4,69±0,98 поверхні. Причому в дітей при відсутності в цей період нічного годування каріозне ураження абсолютно не виявлено. Найвищою поширеність була у групі дітей, які знаходились на природному вигодовуванні понад один рік: показник становив 71,3 % при інтенсивності 4,57±0,39 зуба та 9,55±1,10 поверхні. Тривале грудне вигодовування призводить до дефіциту білків в організмі, розвитку залізодефіцитної анемії, порушення процесів росту. Однак, за даними [11], 20 % новонароджених ще в пологовому будинку з різних причин переходять на штучне вигодовування. Використання штучних молочних сумішей для вигодовування немовлят понад один рік є чинником ризику виникнення карієсу тимчасових зубів, тому що призводить до підвищення поширеності карієсу зубів на 30 %, а інтенсивності карієсу зубів на 44 % [12]. Для дітей грудного віку, які знаходяться на штучному вигодовуванні, має значення вибір молочної суміші, яка містить штами, такі як *B. Longum*, *B. Lactis*, *L rhammosus GG* з доведеним інгібуючим ефектом на *Str. mutans* для профілактики карієсу тимчасових зубів [13]. Відомо, що незалежно від виду вигодовування дітей ризик розвитку карієсу зубів підвищується в 6,5 разу при нічному годуванні дітей солодкими продуктами із пляшечки [22].

Відповідальними за проведення гігієни ПР дітей віком до двох років є батьки, звертає на себе увагу низький рівень санітарно-гігієнічних знань і навичок батьків, а також їх низька медична активність. 68 % батьків вважають основною причиною відвідування стоматологічного кабінету виключно наявність скарг у дитини й лише 22 % регулярно звертаються із профілактичною метою [5]. При вивченні

впливу різних чинників ризику розвитку карієсу зубів встановлено виражений взаємозв'язок індексу гігієни ПР з інтенсивністю карієсу [20].

При оцінці стану гігієни ПР у дітей до 3-х років [8] показник «хороша гігієна» був виявлений лише в 16,7 %, «задовільний» стан гігієни визначено в 73,3 % дітей, а «незадовільний» – у 10 % випадків. Поширеність карієсу в даній групі дітей склала $43,47 \pm 2,18$ %, інтенсивність каріозного процесу була $3,03 \pm 0,16$ зуба та $4,09 \pm 0,22$ поверхні, причому компонент «к» – карієс складав $93,1 \pm 5,17$ % і всього $6,9 \pm 0,38$ % складав компонент «п» – запломбовані зуби.

Зважаючи, що реакція змішаної слини в дітей перших місяців життя слабко кисла, у ПР дітей можливий ріст грибів роду *Candida albicans*, що є ознакою дисбіозу ПР. Доведено статистично значущий вплив дисбіозу ПР на розвиток каріозного процесу в дітей. Зокрема, між інтенсивністю карієсу (кп = $2,27 \pm 0,07$ зуба) тимчасових зубів у дітей двох років і ступенем дисбіозу в ПР немовлят спостерігався Spearman's і кореляційний помірний зв'язок ($r = 0,366$) [24].

Провідна роль у виникненні карієсу зубів, у тому числі в дітей раннього віку, належить стрептококовій

мікрофлорі, зокрема *Str. mutans* і *Str. sobrinus* [52]. Доведено, що частіше інфікування дитини карієсогенною мікрофлорою відбувається передусім від матері або інших людей, які за нею доглядають. Зазвичай це відбувається у віці від 19 до 31-го місяця (так зване вікно інфікування), але також можливе як у більш пізні, так і в більш ранні (6 місяців) строки. *Str. mutans* здатний утворювати колонії в борознах спинки язика ще до прорізування зубів. Вік, в якому відбулось інфікування дитини *Strep. mutans*, дуже важливий: чим раніше воно відбулось, тим вище ризик й інтенсивність каріозного процесу [40].

При розробці схеми профілактики РДК у дітей від народження й до досягнення ними дворічного віку ставили за мету максимально усунути вплив керованих чинників як в антенатальний, так і в постнатальний період розвитку дитини.

Автор висловлює подяку представництву торгової марки «R.O.C.S.» в Україні ТОВ «ВДС Фарма» за забезпечення засобами гігієни порожнини рота при проведенні клінічних досліджень.

ЛІТЕРАТУРА

- Біденко Н.В. Структура ураженості тимчасових зубів раннім карієсом / Н.В. Біденко // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 2. – С. 6–8.
- Біденко Н.В. Грудне вигодовування і ранній карієс тимчасових зубів / Н.В. Біденко // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2 (2). – С. 29–32.
- Дубецька-Грабуос І.С. Фактори ризику виникнення карієсу молочних зубів. Огляд літератури / І.С. Дубецька-Грабуос // Прак. медицина. – 2012. – Том 18, № 5. – С. 125–133.
- Іванов В.С. Показатели заболеваемости кариесом зубов у детей Украины, России и Белоруссии за 1990–2010 годы / В.С. Иванов, О.В. Денга, О.Э. Рейзвих // Инновации в стоматологии. – 2012. – № 2. – С. 30–36
- Казакова Р.В. Соціально-гігієнічна характеристика медичної активності батьків / Р.В. Казакова // Актуальні проблеми стоматології. Нові методики та технології: Матер. наук.-практ. конф. – Львів, 1998. – С. 63.
- Каськова Л.Ф. Вплив антенатальних та постнатальних факторів ризику на показники карієсу тимчасових зубів / Л.Ф. Каськова, А.В. Шепеля // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 5. – С. 42–46.
- Кисельникова Л.П. Современные возможности профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста / Л.П. Кисельникова, Н.В. Вагеманс // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 5. – С. 130–136.
- Ковач І.В. Захворювання карієсу зубів у дітей і рівень гігієни ротової порожнини в дітей дошкільного віку у Дніпропетровську / І.В. Ковач, А.В. Штомпель // Вісн. стоматології. – 2010. – № 3. – С. 75–78.
- Контроль над карієсом зуба: еволюція концепції / Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Остапок О.І. та ін. // Стоматология от науки к практике. – 2013. – № 1. – С. 53–65.
- Крупей В.Я. Карієзне ураження зубів у дітей – медико-соціальна проблема (огляд літератури) / В.Я. Крупей // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2012. – № 2. – С. 22–26.
- Няньковський С.Л. Профілактичне та лікувальне харчування дітей першого року життя / С.Л. Няньковський, А.П. Юрцева, Я. Зарічанський. – Львів: III Стіп, 2002. – 46 с.
- Підвищення ефективності профілактики раннього карієсу молочних зубів шляхом співпраці педіатрів та дитячих стоматологів / Смоляр Н.І., Солонько Г.М., Дубецька-Грабуос С.І. та ін. // Современная педиатрия. – 2012. – № 5 (45) – С. 51–54.
- Розповсюдженість та інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей залежно від характеру вигодовування / Кузняк Н.Б., Годованець О.І., Іваніцька О.В., Пенішкєвич А.Я. // Профілактика та дитяча стоматологія. – 2013. – № 1. – С. 38–40.
- Савичук Н.О. Інноваційні підходи до профілактики карієсу зубів у дітей та вагітних жінок / Н.О. Савичук // Современная стоматология. – 2013. – № 5 – С. 50–54.
- Смоляр Н.І. Поширеність та інтенсивність карієсу молочних зубів у дітей із загальносоматичною патологією / Н.І. Смоляр, Х.Г. Мусяй-Семенців // Клінічна стоматологія. – 2013. – № 3–4. – С. 32–33.
- Смоляр Н.І. Структура ураження тимчасових зубів карієсом у дітей, яким проводили лікування під загальним знеболюванням / Н.І. Смоляр, Г.М. Солонько // Новини стоматології. – 2013. – № 1. – С. 66–70.
- Смоляр Н.І. Чинники ризику виникнення карієсу молочних зубів у період закладки та мінералізації / Н.І. Смоляр, І.С. Дубецька-Грабуос // Профілактика та дитяча стоматологія. – 2009. – № 1. – С. 12–17.
- Смоляр Н.І. Стан твердих тканин тимчасових зубів у дітей з ураженнями опорно-рухового апарату / Н.І. Смоляр, Н.І. Боднарчук // Львівський клінічний вісник. – 2014. – № 3. – С. 35–38.
- Хоменко Л.О. Ранній карієс тимчасових зубів: перспективи вирішення проблеми / Л.О. Хоменко, Н.В. Біденко // Клінічна стоматологія. – 2011. – № 1–2. – С. 64–68.
- Чижевський І.В. Карієс зубів у дітей молодшої вікової групи / І.В. Чижевський, В.С. Стулікова, М.Д. Кириєнко // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2010. – № 1. – С. 38–41.
- Чухрай Н.Л. Карієс молочних зубів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку / Н.Л. Чухрай // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 2 (2). – С. 57 – 60.
- Шаковець Н.В. Захворюваність на карієс зубів у дітей раннього віку та її взаємозв'язок з різними факторами ризику / Н.В. Шаковець, Т.М. Терехова // Профілактика та дитяча стоматологія. – 2015. – № 1. – С. 38–42.
- Шепеля А.В. Карієс тимчасових зубів та його профілактика у дітей молодшого віку: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / А.В. Шепеля; ВДНЗ України «Укр. мед. стоматол. акад.». – Полтава, 2011. – 19 с.
- Якубова І.І. Обґрунтування схеми профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей перших років життя. / І.І. Якубова // Современная стоматология. – 2013. – № 4 – С. 89–92.
- Якубова І.І. Чинники ризику виникнення карієсу тимчасових зубів після народження дитини / І.І. Якубова // Современная стоматология. – 2012. – № 1 (60). – С. 69–71.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Reference manual // Pediatr. Dent. – 2009. Vol. 31–150 p.
- Azizi Z. The prevalence of dental caries in primary dentition in 4- to 5-year-old preschool children in Northern Palestine / Z. Azizi // Int. J. Dent. – 2014. – № 5. – P. 60–65.
- Cancan F. Risk factors of early childhood caries among children in Beijing: a case-control study / F. Cancan, W. Wenhui, X. Tao Z. Shuguo // BMC Oral Health. – 2016. – Vol. 16, № 2. – P. 98–104.
- Comparative Anatomy and Histology: A Mouse and Human Atlas / Piper M. Treuting, Suzanne M. Dintzis. – Ac. demic Pr. ss, 2012. – 474 p.
- Dental Caries in Paulinia, Sao Paulo State, Brazil, and WHO goals for 2000 and 2010 / P.R. Gomes S.C. Costa, S. Cypriano et al. // Cad Saude Publica. – 2004. – № 20. – P. 866–870.
- Dhruva V.N. Early Childhood Caries – an insight / V.N. Dhruva // Oral Health. – 2010. – № 2 (1). – P. 42–49.
- Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities / S. Baggio, M. Abarca, P. Bodenmann et al. // BMC Oral Health. – 2015. – № 13. – P. 92–96.
- El-Nadeef M.A. National survey of the oral health of 5-year-old children in the United Arab Emirates / M.A. El-Nadeef, H. Hassab & E. Al-Hosani // East Mediterr. Health. – 2010. – № 16. – P. 51–55.
- Factors increasing the caries risk of second primary molars in 5-year-old Dutch children / M.E. Efrink, A.A. Schuller, J.S. Veerkamp et al. // Int. J. Paediatr. Dent. – 2010. – № 20. – P. 151–157.
- Lencova E. Early childhood caries trends and surveillance shortcomings in the Czech Republic / E. Lencova, H. Pikhart, Z. Broukal // BMC Public Health. – 2012. – № 12. – 547 p.
- Mantonanaki M. Prevalence of dental caries in 5-year-old Greek children and the use of dental services: evaluation of socioeconomic, behavioural factors and living conditions / M. Mantonanaki, H. Koletsis-Kounari, E. Mamai-Homata, W. Papaioannou // Int. Dent. J. – 2013. – № 63 (2). – P. 72–9.
- McDonald R.E. Dentistry for the child and adolescent / R.E. McDonald, D.R. Avery, J.A. Dean // Mosby, 2004. – 848 p.
- Naidu R. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad / R. Naidu, J. Nunn, E. Donnelly-Swift // BMC Oral Health. – 2016. – Vol. 16, № 1. – P. 128–134.
- Natapov L. Caries prevalence among five-year-old children examined by the school dental service in Israel / L. Natapov, A. Sasson, S.P. Zusman // OHDMBSC. – 2007. – № 9. – P. 25–31.

40. Oral colonization of *Streptococcus mutans* in six-month-old preterm infants / Wan A.K., Seow W.K., Purdie D.M. et al. // *Journ. Dent. Res.* – 2001. – Vol. 80, № 12. – P. 2060–2065.
41. Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study / C. Nobile, L. Fortunato, A. Bianco et al. // *BMC Public Health.* – 2014. – № 14 (1). – P. 206–214.
42. Poursalami, H.R. Study of Early Childhood Caries in children of the Kerman (Iran) / H.R. Poursalami // *Europ. Archives Pediatr. Dent.* – 2006. – Vol. 2. – № 3. P. 6–13.
43. Prevalence and care index of early childhood caries in mainland China: evidence from epidemiological surveys during 1987–2013 / X. Zhang, S. Yang, Z. Liao et al. // *Scientific Reports.* – 2016. № 6. – P. 16–19.
44. Prevalence of Early Childhood Caries Among Very Young Urban Boston Children Compared with US Children / M.E. Nunn, T. Dietrich, H.K. Singh et al. // *J. Public Health Dent.* – 2009. – № 69 (3). – P. 156–162.
45. Prevalence of Early Childhood Caries in Children of West Godavari District, Andhra Pradesh, South India: An Epidemiological Study / S. Koya, K.S. Ravichandra, V.A. Arunkumar et al. // *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* – 2016. – № 9 (3). – P. 251–255.
46. Prevalence, and early childhood caries risk indicators in preschool children in suburban Nigeria / M.O. Folayan, K.A. Kolawole, E.O. Oziegbe et al. // *BMC Oral Health.* – 2015. – Vol. 16, № 2. – P. 98–104.
47. Primary Oral Health Care in India: Vision or Dream? / K.S. Suresh, P. Kumar, N. Javanaian et al. // *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* – 2016. – № 9 (3). – P. 228–232.
48. Sacic L. The prevalence and severity of early childhood caries in preschool children in the Federation of Bosnia and Herzegovina / L. Sacic // *Acta Med. Acad.* – 2016. – № 45 (1). – P. 19–25.
49. Santé bucco-dentaire des enfants: des inégalités dès le plus jeune âge. Paris: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques / L. Calvet, M. Moisy, O. Chardon et al. – 2013.
50. Splieth P. Orale Gesundheit im Kleinkindalter / P. Splieth, A. Treuner, C. Berndt // *Präv Gesundheitsf.* – 2009. – № 4 (2). – P. 119–124.
51. Stanczak-Sionek D. Usage of the Clinical Examination of Children and their mothers to assess risk of dental caries at children up to three years of age / D. Stanczak-Sionek, M. Szpringer-Nodzak, A. Remiszewski // *Nova Stomatologia.* – 2004. – Vol. 29. – P. 103–107.
52. Takahashi N. Caries ecology revisited: Microbial dynamics and the caries process / N. Takahashi, B. Nyvad // *Caries Res.* – 2008. – Vol. 42. – P. 409–418.
53. Tanaka K. Association between breastfeeding and dental caries in Japanese children / K. Tanaka, Y. Miyake // *Journ. Epidemiol.* – 2012. – Vol. 22, № 1. – P. 72–77.
54. Use of dental care and prevalence of caries among immigrant and Spanish-born children / M.A. Tapias-Ledesma, P.C. Garrido, M.E. Pena et al. // *J. Dent. Child.* – 2011. – № 78 (1). – P. 36–42.
55. Van den Branden S. Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient / S. Van den Branden, R. Leroy, D. Declerck et al. // *Eur. J. Pediatr.* – 2013. – № 172 (2). – P. 231–237.
56. Wendt L.K. Dental caries in one- and two-year-old children living in Sweden / L.-K. Wendt, A.-L. Hallonsten, G. Koch // *Swed. Dent. Journal.* – 2011. – Vol. 13. – P. 1–6.
57. Wigen T.I. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children / T.I. Wigen, N.J. Wang // *Community Dent and Epidemiol.* – 2010. – № 38 (1). – P. 19–28.

Обоснование схемы профилактики раннего детского кариеса

В.А. Кузьмина, И.И. Якубова, Т.О. Бучинская

Резюме. По результатам многочисленных эпидемиологических исследований распространенность раннего детского кариеса в разных государствах мира является достаточно высокой. В развитых западных странах этот показатель находится в пределах от 1 до 20 %, а в странах с низким уровнем социально-экономического развития уровень заболеваемости раннего детского кариеса составляет более 70–90 %. Среди детского населения Украины распространенность раннего детского кариеса достигает 63–100 %.

Целью исследования были изучение и анализ факторов риска раннего детского кариеса и обоснование схемы профилактики кариеса временных зубов у детей первых лет жизни.

Материал и методы исследования. Были проведены поиск и анализ данных литературных источников относительно факторов риска возникновения раннего детского кариеса, что позволило выявить вариации исследуемых показателей и установить их корреляционную зависимость.

Результаты и их обсуждение. Важным этапом планирования профилактических программ является исследование этиологических факторов и их максимальное устранение как в ante-, так и в постнатальный период развития ребенка. Среди наиболее значимых управляемых факторов риска возникновения кариеса в антенатальный период являются: особенности течения беременности, наличие сопутствующих хронических заболеваний органов и систем у женщины, порядковый номер беременности, возраст женщины. К управляемым факторам риска в антенатальный период относятся питание женщин и их стоматологический статус. В постнатальный период управляемые факторы – это состояние ребенка при рождении и через 5 мин. по шкале APGAR, его вес, наличие сопутствующих хронических заболеваний. Управляемыми факторами риска в постнатальный период являются вскармливание (его вид и продолжительность), состояние гигиены полости рта, наличие дисбиоза, употребление ребенком чрезмерного количества углеводов.

Выводы. При внедрении схемы профилактики раннего детского кариеса у детей от рождения и до достижения двухлетнего возраста целью было максимально устранить влияние управляемых факторов риска возникновения раннего детского кариеса.

Ключевые слова: профилактика, ранний детский кариес, гигиена полости рта, факторы риска.

The substantiation of the scheme of an early child caries prevention

I. Yakubova, T. Buchynska, V. Kuzmina

Resume. The prevalence of an early childhood caries in the world is quite high. It was growth by the results of the numerous epidemiological studies in different countries. This indicator is within 1–20 % for use developed Western countries and is more than 70–90 % in countries with a low level of socioeconomic development. The prevalence of the early childhood caries among the children's population of Ukraine reaches 63–100 %.

The aim of the researches was to study and to analyze risk factors of the early childhood caries and to substantiate the caries prevention of temporary teeth in children of the first years of life.

Results and its discussion. The study of etiological factors and their maximum elimination in ante- and postnatal periods of the child's development is an important stage in the planning of preventive programs. Among the most significant uncontrolled risk factors for the caries in the antenatal period are: the features of the course of pregnancy, the presence of concomitant chronic diseases of organs and systems in a woman, the serial number of the pregnancy, the age of a woman. The controlled risk factors in the antenatal period include the nutrition of women and their dental status. Uncontrolled factors in the postnatal period are the condition of the child at birth and after 5 minutes by the APGAR scale, its weight, the presence of concomitant chronic diseases. The managed risk factors in the postnatal period are feeding (its type and duration), a state of an oral hygiene, the presence of a dysbiosis, the use of excessive amounts of carbohydrates by the child.

Conclusions. Our goal was to maximally eliminate the effect of controlled risk factors for early childhood caries during introducing the scheme for the prevention of early childhood caries in children from birth to reaching the age of two.

Key words: prevention, early childhood caries, oral hygiene, risk factors.

В.А. Кузьмина – магистр, ассистент кафедры.

И.И. Якубова – д-р мед. н., профессор, заведующий кафедрой.

Т.О. Бучинська – канд. мед. наук, доцент кафедры.

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»,

кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань.

R.O.C.S.[®]

REMINERALIZING ORAL CARE SYSTEMS

SMART ORAL CARE**

Реклама.
** Умная гигиена полости рта.

Новинка!



ЗУБНАЯ ПАСТА ДЛЯ ДЕТЕЙ

R.O.C.S.[®] PRO Kids 3-7

- Клинически подтверждена эффективная защита зубов от кариеса.
- Гидроксиапатит заполняет микротрещинки, выравнивает поверхность эмали и защищает от кислоты.
- Кальций и фосфор проникают вглубь эмали и укрепляют ее изнутри.
- Экстракт жимолости защищает десны от воспаления, особенно в период смены зубов.
- Высокое содержание ксилита (10%) препятствует образованию зубного налета, нормализует баланс микрофлоры во рту.*

*Клинически подтверждено.

50%

СОДЕРЖАНИЕ СУСПЕНЗИИ
ГИДРОКСИАПАТИТА

BIO
friendly
НАТУРАЛЬНЫЕ
ИНГРЕДИЕНТЫ 97%



Представительство ТМ «R.O.C.S.» в Украине: ООО «ВДС Фарма»
Украина, 04053, г. Киев, ул. Вознесенский спуск, д.18, оф.3
Тел.: +38 044 272 17 60, e-mail: rocs.ua@globaldrc.com

www.rocs.ua

УДК 616.716.1/4-002-089.5:615.276

А.А. Тимофеев¹, А.А. Тимофеев¹, А.А. Савицкий²

Влияют ли нестероидные противовоспалительные препараты на эффективность местной анестезии?

¹Институт стоматологии НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина²Киевский медицинский университет УАНМ, Украина

Цель: провести сравнительную оценку эффективности действия местного анестетика (ультракаина) у больных на фоне регулярного использования нестероидных противовоспалительных препаратов и без их применения.

Методы. Обследованы 197 больных в возрасте от 16 до 69-ти лет с острыми (обострившимися хроническими) одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей.

Результаты. Использование ультракаина после регулярного применения НПВП – трометамин кеторолака обеспечивает более высокий обезболивающий эффект местной анестезии (в нашем исследовании – у 100 % пациентов), чем при использовании ультракаина без предварительного употребления НПВП.

Выводы. Применение НПВП (в виде трометамин кеторолака) до использования местных анестетиков (ультракаина) имеет потенцирующий эффект. Доказано, что данные лекарственные препараты обладают синергизмом. Использование ультракаина после регулярного применения больными трометамин кеторолака обеспечивает более высокий обезболивающий эффект местной анестезии (в нашем исследовании – у 100 % пациентов), чем без предварительного употребления НПВП.

Ключевые слова: трометамин кеторолака, ультракаин, обезболивание, острые воспалительные заболевания челюстей, периодонтит, периостит, перикоронит.

Введение

По частоте клинического использования в настоящее время нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) занимают одно из первых мест и доля их применения в Украине занимает более 25 % фармацевтического рынка. За последние годы арсенал НПВП пополнился значительным количеством новых лекарственных форм, причем поиск ведется в направлении создания препаратов, сочетающих высокую эффективность с улучшенной переносимостью. Высокий уровень применения НПВП обусловлен одновременным сочетанием в этой группе лекарственных средств нескольких важных терапевтических эффектов (аналгетического, противовоспалительного и жаропонижающего). Эти лекарственные средства приносят облегчение больному с соответствующими симптомами (воспаление, боль, повышенная температура), которые имеются при многих острых (обострившихся) воспалительных заболеваниях (одонтогенных, посттравматических и т.д.). Противовоспалительный и анальгетический эффекты НПВП обусловлен подавлением синтеза простагландинов посредством торможения активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2).

В настоящее время монотерапия, т. е. использование в динамике лечения различных заболеваний только одного лекарственного препарата, встречается достаточно редко. В большинстве случаев больному, в процессе лечения, применяются два и даже большее число различных лекарственных веществ одновременно. При этом препараты в одних случаях могут не оказывать никакого влияния друг на друга, а в других случаях могут проявлять различные варианты взаимодействия: синергизм, антагонизм или несовместимость.

Нас заинтересовал вопрос влияния НПВП на эффективность местных анестетиков. Для этого мы подобрали заболевания, при которых наиболее часто используются НПВП в сочетании с местными анестетиками. Этими заболеваниями являются острые (обострившиеся хронические) одонтогенные воспалительные процессы, кото-

рые наиболее часто встречаются в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. На фоне применения НПВП у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей в стоматологии очень часто используются местные анестетики (для удаления причинных зубов, вскрытия абсцессов). Одним из наиболее часто используемым НПВП, который больные используют для лечения одонтогенных болей и воспаления в челюстно-лицевой области, является кеторолака трометамин (торговые названия: кетанов, кеторолак, кеторол, долак). А наиболее часто применяемым анестетиком в стоматологии является ультракаин.

Трометамин кеторолака (ketorolak tromethamine) – это новая альфа-замещенная арилуксусная кислота, является сильнодействующим представителем нового класса нестероидных препаратов. Кетанов (кеторолака трометамин производства ООО «Ранбакси Фармасьютикалс Украина») – это нестероидный препарат, который применяется для купирования умеренных и сильных болей. Как известно, кетанов действует на циклооксигеназный путь обмена арахидоновой кислоты, ингибируя биосинтез простагландинов, являющихся медиаторами болевой чувствительности. Он ингибирует циклооксигеназу (ЦОГ) и не действует на опиатные рецепторы, поэтому не вызывает побочных эффектов в виде угнетения дыхания и пареза гладких мышц, седативного действия, ослабления перистальтики кишечника или задержки мочи, нарушений гемодинамики. Кетанов снижает периферическую ноцицептивную чувствительность, т. е. является периферическим анальгетиком. Учитывая, что данный препарат ингибирует биосинтез простагландинов, которые являются также медиаторами и воспаления, следует отметить у кетанова имеется и противовоспалительный эффект. Кетанов обладает выраженными анальгетическими свойствами и противовоспалительным действием, однако его системное обезболивающее действие значительно превышает противовоспалительное. Кетанов выпускается в виде таблеток по 10 мг ампул, содержащих 30 мг трометамин кеторолака. Период

полувыведения препарата составляет около шести часов. По сравнению с опиатами основными преимуществами кетанова являются: минимальное влияние на состояние системы кровообращения и дыхания, моторику желудочно-кишечного тракта, отсутствие наркотического потенциала. Препарат отличается высокой безопасностью. Доказано, что кетанов превосходит по анальгетическому эффекту практически все известные НПВП (А.А. Тимофеев и соавт., 2003).

Ультракаин – местный анестетик амидного типа и единственный из применяемых в настоящее время местных анестетиков, относящихся к ряду тиофена. Действующее вещество – *гидрохлорид артикаина*. Продолжительность анестезии 1–2 ч. Ультракаин в два раза токсичнее новокаина, т. е. малотоксичный и обладает большой широтой терапевтического действия. Обладает спазмолитическим (снижает артериальное давление), ганглиоблокирующим действием, уменьшает возбудимость моторных зон головного мозга. Для инфильтрационной анестезии используют 1–2 % раствор, для проводниковой – 4 % раствор ультракаина. Проводя сравнительное изучение ультракаина и других местных анестетиков, выявлено, что обезболивающий эффект ультракаина в 5–6 раз сильнее, чем у новокаина, в 3–4 раза, чем у тримекаина, в 2–3 раза, чем у лидокаина. Длительность эффективного обезболивания, т. е. достаточного для безболезненного удаления зуба, проведения ревизии челюсти или местнопластической операции на мягких тканях составляет до 1,5 ч. Ультракаин плохо проникает через гематоплацентарный барьер и является самым безопасным анестетиком для беременных, детей и пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Противопоказан при аллергии, сердечной недостаточности, пароксизмальной тахикардии, заболеваниях печени и почек. Синонимы: Артикаин, Брилокаин, Alphacaine, Septanest (препарат, содержащий артикаин), Primacaine, Supracain, Ubistesin и др.

Цель исследования – провести сравнительную оценку эффективности действия местного анестетика у больных на фоне регулярного использования нестероидных противовоспалительных препаратов и без их применения.

Материал и методы обследования

По наблюдением находились 197 больных в возрасте от 16 до 69-ти лет с острыми (обострившимися хроническими) одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей (обострившимся хроническим периоститом, острым серозным и гнойным периоститом, с осложнениями затрудненного прорезывания зубов мудрости – перикоронитом).

Всех обследуемых больных разделили на две группы: *1-я группа (основная)* – это 98 больных, которые до обращения к врачу-стоматологу-хирургу с ранее указанными воспалительными процессами на протяжении не менее 3-х дней регулярно принимали НПВП (кеторолака трометамин) четыре раза в сутки; *2-я группа (контрольная)* – 99 больных, которые до обращения к врачу-стоматологу-хирургу с ранее указанными заболеваниями НПВП не принимали (для уменьшения болевых ощущений принимали аналгин, а для снятия воспалительных явлений – сульфаниламидные препараты).

Всем больным обеих групп при обращении за медицинской помощью, проводили удаление причинных зубов и вскрытие субпериостальных абсцессов, используя для проводниковой анестезии 4 % раствор ультракаина, а для вскрытия гнойных очагов – 2 % раствор. Для объективизации исследования лечение данных больных занимались одни и те же врачи хирургических стоматологических отделений поликлиник.



Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

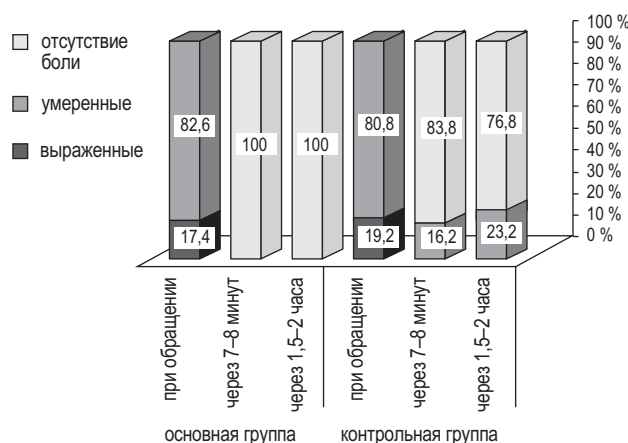


Рис. 2. Оценка эффективности местного обезболивания.

Проводилось общеклиническое обследование больных, которое включало: выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпация, рентгенографию челюстей. Из специальных методов обследования, для оценки эффективности проведенной местной анестезии, мы применили общеизвестную словесную оценку болей – **визуально-аналоговую шкалу (ВАШ)** – метод, доступный для любого врача. Визуально-аналоговая шкала представляет собой линейку длиной 10 см, по которой пациенту предлагается оценить свои болевые ощущения от 0 до 10 баллов. Отсутствие боли соответствует 0 баллов. Невыносимая боль – 10 баллам (рис. 1).

Оценка болевых ощущений следующая: очень сильные боли (10 и 9 баллов), сильные (8, 7, 6 баллов), средние (5, 4, 3 балла), слабые (2, 1 балл), отсутствие болей (0 баллов).

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных исследований были обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

При обращении к врачу у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей 1-й группы наблюдения (основная группа) болевые ощущения в области причинных зубов и гнойного очага (рис. 2) выраженного характера были выявлены у 17 из 98 обследуемых (17,4 %), а умеренного характера у 81 чел. (82,6 %). При обращении больных контрольной группы (2-я группа наблюдения) выраженные болевые

Таблица 1

**Выраженность болевого синдрома у больных
1-й (основной) группы наблюдения
(количество больных / процент обследованных в группе)**

Период обследования	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
При обращении больных	8/8,2 %	9/9,2 %	33/33,7 %	28/28,5 %	20/20,4 %			
Через 7–8 минут после местной анестезии								98/100 %
Через 1,5–2 часа после местной анестезии								98/100 %

Таблица 2

**Выраженность болевого синдрома у больных
2-й (контрольной) группы наблюдения
(количество больных/процент обследованных в группе)**

Период обследования	Баллы (ВАШ)							
	7	6	5	4	3	2	1	0
При обращении больных	11/11,1 %	8/8,1 %	37/37,4 %	27/27,3 %	16/16,1 %			
Через 7–8 минут после местной анестезии					5/5,1 %	6/6,0 %	5/5,1 %	83/83,8 %
Через 1,5–2 часа после местной анестезии						13/13,1 %	10/10,1 %	76/76,8 %

ощущения отмечены у 19 из 99 обследуемых (19,2 %), боли умеренного характера – у 80 чел. (80,8 %) (рис. 2). Через 7–8 минут после проведения местной (проводниковой) анестезии ультракаином, т. е. во время операции удаления зуба и вскрытия гнойного очага, в 1-й группе наблюдения полное обезболивание наблюдалось у 98 из 98 обследуемых (100 %), в контрольной группе – полное обезболивание было у 83 из 99 больных (83,8 %), а боли умеренного характера сохранились у 16 чел. (16,2 %). Через 1,5–2 часа после удаления зуба и вскрытия гнойного очага у обследуемых 1-й группы группы наблюдения боли отсутствовали у 98 из 98-и обследуемых (100 %). В контрольной группе наблюдения через 1,5–2 часа после удаления зуба боли отсутствовали у 76 из 99 чел. (76,8 %), боли умеренного характера наблюдались 23 больных (23,2 %).

Результаты обследования интенсивности болей у больных в основной и контрольной группах наблюдения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в послеоперационный период представлены в таблицах 1 и 2.

При обращении больных 1-й (основной) группы наблюдения сильные болевые ощущения диагностированы у 17 (17,4 %) обследуемых: в 7 баллов – у 8 больных (8,2 %) и в 6 баллов – у 9 чел. (9,2 %). Средние болевые ощущения в 1-й группе наблюдения наблюдались у 81 (82,6 %) обследуемого: в 5 баллов – у 33 больных (33,7 %), в 4 балла – у 28 чел. (28,5 %) и в 3 балла – у 20 чел. (20,4 %). Выполнение операции удаления причинного зуба и вскрытие абсцесса, т. е. через 7–8 минут после местной анестезии ультракаином, проходили при полном отсутствии болевых ощущения. Через 1,5–2 часа после местной анестезии болевые ощущения у всех обследуемых больных 1-й группы наблюдения также не выявлены.

При обращении больных 2-й (контрольной) группы наблюдения сильные болевые ощущения диагностированы у 19 (19,2 %) обследуемых: в 7 баллов – у 11 больных (11,1 %) и в 6 баллов – у 8 чел. (8,1 %). Средние болевые ощущения в контрольной группе наблюдения

были у 80 (80,8 %) обследуемых: в 5 баллов – у 37 больных (37,4 %), в 4 балла – у 27 чел. (27,3%) и в 3 балла – у 16 чел. (16,1 %). Выполнение операции удаления причинного зуба и вскрытие абсцесса, т. е. через 7–8 минут после местной анестезии ультракаином, проходили при полном отсутствии болевых ощущения у 83 чел. (83,8 %). Умеренные болевые ощущения в 3 балла встречались у 5 чел. (5,1 %), а незначительные боли: в 2 балла – у 6 чел. (6,0 %) и в 1 балл – у 5 чел. (5,1 %). Через 1,5–2 часа после местной анестезии болевые ощущения отсутствовали у 76 больных (76,8 %), а незначительные болевые ощущения в 2 балла наблюдались у 13 обследуемых (13,1 %) и в 1 балл – у 10 чел. (10,1 %).

На основании обследования больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей было установлено, что регулярное применение НПВП (в виде трометамин кеторолака) до использования местных анестетиков (ультракаина) имеет потенцирующий эффект, т. е. данные лекарственные средства обладают синергизмом.

Таким образом, использование ультракаина после регулярного применения НПВП – трометамин кеторолака обеспечивает более высокий обезболивающий эффект местной анестезии (в нашем исследовании – у 100 % пациентов), чем при использовании ультракаина без предварительного употребления НПВП.

Выводы

На основании обследования 197-и больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей установлено, что применение НПВП (в виде трометамин кеторолака) до использования местных анестетиков (ультракаина) имеет потенцирующий эффект, т. е. доказано, что данные лекарственные средства обладают синергизмом. Использование ультракаина после применения больными трометамин кеторолака обеспечивает более высокий обезболивающий эффект местной анестезии (в нашем исследовании – у 100 % пациентов), чем без предварительного употребления НПВП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – Москва: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: «Медицина», 2010. – 576 с.

Впливають чи нестероїдні протизапальні препарати на ефективність місцевої анестезії?

О.О. Тимофеев, О.О. Тимофеев, О.О. Савицкий

Мета: провести порівняльну оцінку ефективності дії місцевого анестетика (ультракаїну) у хворих на тлі регулярного використання нестероїдних протизапальних препаратів і без їх застосування.

Методи: Обстежено 197 хворих у віці від 16 до 69-ти років з гострими (загострими хронічними) одонтогенними запальними захворюваннями щелеп.

Результати: Використання ультракаїну після регулярного застосування НПЗП – трометаміну кеторолаку забезпечує більш високий знеболюючий ефект місцевої анестезії (у нашому дослідженні – у 100 % пацієнтів), ніж при використанні ультракаїну без попереднього вживання НПЗП.

Висновки: Застосування нестероїдних протизапальних засобів (у вигляді трометаміну кеторолаку) до використання місцевих анестетиків (ультракаїну) має потенціюючий ефект. Доведено, що дані лікарські препарати мають синергізм. Використання ультракаїну після регулярного застосування хворими трометаміну кеторолаку забезпечує більш високий знеболюючий ефект місцевої анестезії (у нашому дослідженні – у 100 % пацієнтів), ніж без попереднього вживання НПЗП.

Ключові слова: трометамін кеторолаку, ультракаїн, знеболювання, гострі запальні захворювання щелеп, періодонтит, періостит, перикороніт.

Does the nonsteroid anti-inflammatory drugs influence the effectiveness of local anesthesia?

O. Tymofiev, O. Tymofiev, O. Savitskiy

Purpose: to make a comparative assessment of the effectiveness of local anesthetic (ultracaine) in patients on the background of regular use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and without their use.

Methods. 197 patients aged 16 to 69 years with acute (exacerbated chronic) odontogenic inflammatory diseases of the jaws were examined.

Results. The use of ultracaine following the regular use of NSAIDs – ketorolac tromethamine provides a higher analgesic effect of local anesthesia (in our study – in 100 % of patients) than with the use of ultracaine without prior use of NSAIDs.

Conclusions: The use of NSAIDs (in the form of ketorolac tromethamine) prior to the use of local anesthetics (ultracaine) has a potentiating effect. It is proved that these drugs have a synergistic effect. Use of ultracaine after regular administration of ketorolac tromethamine to patients provides a higher analgesic effect of local anesthesia (in our study – in 100 % of patients) than without prior NSAID use.

Key words: ketorolac tromethamine, ultracaine, analgesia, acute inflammatory diseases of the jaws, periodontitis, periostitis, pericoronitis.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Тимофеев Александр Алексеевич – д-р мед. наук, доцент; кафедра стоматологии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Савицкий Александр Алексеевич – магистр, ассистент; кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ПАЦИЕНТЫ, СТРАДАЮЩИЕ ОТ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА, БОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ранее была доказана связь синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) – нарушения, проявляющегося периодическим частичным или полным прекращением дыхания во сне, с бруксизмом.

Недавнее исследование, опубликованное в журнале «Journal of Oral Implantology», показало наличие тесной взаимосвязи между СОАС и осложнениями дентальной имплантации.

В исследование были включены 67 пациентов, у 16-ти из которых наблюдались осложнения после дентальной имплантации, и 13 из них страдали СОАС.

Осложнения включали скол керамики, перелом винта/имплантата, ослабление винта и расцементирование. При этом в одном из случаев проблема проявилась спустя 73 месяца после установки имплантата.

«Стоматологи всё чаще обращают внимание на взаимосвязь обструктивного апноэ сна и стоматологических заболеваний, – пишут исследователи. – Новым объектом для изучения может стать частота технических осложнений при фиксированном протезировании.»

www.dentalexpert.com.ua

Н.А. Ушко

Изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей

Институт стоматологии НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: определить возможные изменения тактильной, болевой и температурной чувствительностей слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей.

Методы. Проведено исследование чувствительности слизистой оболочки полости рта у 96 больных с амелобластомами челюстей в возрасте от 19 до 58-и лет: I группа – 52 больных без наличия в полости рта металлических включений; II группа – 44 пациента с наличием в полости рта металлических включений.

Результаты: На основании обследования 96 больных с амелобластомами челюстей, при отсутствии у пациентов в полости рта металлических включений (52 чел.) и при их наличии (44 чел.), установлено, что у них встречались не только количественные, но и качественные нарушения разных видов чувствительности со стороны слизистой оболочки губ и других участков слизистой оболочки, которые расположены вокруг опухоли. При наличии в полости рта металлических включений отмечено увеличение числа качественных и количественных изменений чувствительности слизистой оболочки полости рта, что связано с наличием у этих больных гальванической патологии (атипичной и типичной форм гальваноза).

Выводы: Изменениями тактильной, болевой и температурной чувствительности можно объяснить незначительное количество жалоб и позднюю обращаемость пациентов с амелобластомами челюстей за медицинской помощью.

Ключевые слова: Амелобластомы челюстей, тактильная чувствительность, болевая чувствительность, температурная чувствительность, гальваноз.

Введение

Слизистая оболочка полости рта выполняет различные функции, одной из которых является чувствительная. Чувствительная функция слизистой оболочки полости рта осуществляется за счет наличия в ней большого количества различных рецепторов (болевых, тактильных, холодовых, тепловых, вкусовых). Число рецепторов в различных участках неодинаково. Наибольшее количество тактильных рецепторов находится на внутренней поверхности губ, кончике языка, маргинальных участках десны, а болевых – по переходной складке и в области мягкого нёба [1–3].

Изменение уровня чувствительности слизистой оболочки полости рта происходит не только за счет повышения или снижения порога чувствительности, но и за счет мобилизации (включения) или демобилизации (выключения) функциональных рецепторов. Процесс мобилизации и демобилизации функциональных элементов называется функциональной мобильностью. Снижение функциональной мобильности наблюдается при некоторых заболеваниях [4–5], связанных с гальванической патологией (гальванизме, гальванозе).

Ощущения, которые поступают к нашему сознанию от слизистой оболочки полости рта, делятся на три основных группы: болевые, температурные и тактильные. В зависимости от места воздействия соответствующих раздражителей различают поверхностную и глубокую чувствительности. Соответственно этим категориям ощущений поверхностную чувствительность делят на три подвиды: болевую, температурную и тактильную.

Тактильная чувствительность – это способность человека ощущать легкие прикосновения, а более энергичное прикосновение вызывает ощущение давления.

Чувство боли (болевая чувствительность) у человека появляется только тогда, когда раздражение по интенсивности превышает определенную величину.

Если в слизистую оболочку полости рта сделать легкий укол иглой, то ощущение от этого укола не вызывает боль, но как только мы сделаем это раздражение более сильным, то появляется чувство боли.

Термическая чувствительность заключается в способности воспринимать температурные воздействия (тепло и/или холод) и оценивать их количественно, т. е. отмечать разницу температур.

Болевой порог – это та «граница», при которой человек начинает чувствовать болевые ощущения. Если болевой порог повышен (т. е. чувствительность повышена), то боль минимальная. Если снижен порог болевой чувствительности, то человек в меньшей степени чувствует (ощущает) боль.

Различают количественные и качественные нарушения разных видов чувствительности. Количественными нарушениями тактильной чувствительности являются: гиперестезия (повышение), гипестезия (снижение) или анестезия (отсутствие). Повышение тактильной чувствительности, т. е. гиперестезия, связана со снижением порога восприятия для того или иного раздражения, понижение (гипестезия) – с повышением порога восприятия, а анестезия – с отсутствием восприятия. Применимо к болевой чувствительности это гипералгезия, гипалгезия и аналгезия, к температурной – термогиперестезия, термогипестезия и термоанестезия.

К качественным нарушениям чувствительности следует отнести извращенные восприятия внешних раздражений. К качественным нарушениям чувствительности следует отнести гиперпатию, парестезию, каузалгию. Гиперпатия – это своеобразное болезненное восприятие различных резких раздражений (легкие раздражения воспринимаются в зоне гиперпатии менее четко, чем в норме, а интенсивные раздражения, наоборот, – резко болезненными, крайне неприятными, мучительными). Парестезия – это не связанные с внешним

воздействием разнообразные ощущения (ползание мурашек, жжение, онемение, покалывание и т. п.). Появление чувствительности в виде сильных жгучих болей называется каузалгией. В стоматологической литературе каузалгию слизистой оболочки полости рта чаще всего связывают с повреждением тройничного нерва.

Цель исследования – определить возможные изменения тактильной, болевой и температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей.

Материал и методы обследования

Проведено исследование чувствительности слизистой оболочки полости рта у 96 больных с амелобластомами челюстей в возрасте от 19 до 58-т лет. В **I группе** находились 52 больных с амелобластомами челюстей без наличия в полости рта металлических включений (несъемных зубных протезов, изготовленных из неблагородных сплавов металлов, металлических внутризубных штифтов и др.). Во **II группу** были включены 44 пациента с наличием в полости рта металлических включений. Контрольную группу обследования составили 44 практически здоровых человека того же возраста и пола.

Тактильную, болевую и температурную чувствительность определяли на слизистой оболочке верхней и нижней губ, по переходной складке верхней и нижней челюстей, на слизистой оболочке дна полости рта и языке. Тактильную чувствительность определяли путем легкого прикосновения к слизистой оболочке кисточкой или ватой. Болевую чувствительность – при помощи иглы. Температурную чувствительность определяли по восприятию тепла и холода. Для восприятия температурной чувствительности «как тепло» пользовались температурой стеклянной пробирки с водой равной +38°C (согласно данных литературы, для этих целей нужно использовать температуру воды от +37°C до +40°C). Для восприятия температурной чувствительности «как холод» пользовались температурой стеклянной пробирки с водой с температурой, равной +18°C (по данным литературы, для этих целей нужно использовать воду температуры от +15 до +20°C). Измерение и оценивание разных видов чувствительности проводили согласно рекомендациям Е.З. Неймарк (1981).

Оценку чувствительности, т. е. объективизацию выявленной чувствительности, осуществляли по шкале, рекомендуемой Е.З. Неймарк:

- – чувствительность не нарушена;
- ± – сомнительное нарушение чувствительности;
- + – легкое (слабое) нарушение чувствительности;
- ++ – умеренное нарушение чувствительности;
- +++ – полное отсутствие чувствительности.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований были обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

На основании анализа результатов обследования больных **I группы** установлено, что нарушения тактильной чувствительности были выявлены на разных участках слизистой оболочки. Отмечено, что нарушение тактильной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы на + или ++ были обнаружены у 16 из 36-ти больных (в 44,4 %) с расположением опухоли на нижней челюсти. По переходной складке нижней

челюсти с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения тактильной чувствительности установлены у 14 (в 38,9 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади нижних зубов мудрости были у 16 больных (в 44,4 %) при расположении амелобластомы в нижнечелюстной кости.

При расположении амелобластомы на верхней челюсти у больных **I группы** на слизистой оболочке верхней губы положительные нарушения тактильной чувствительности обнаружены у 5 из 16-ти больных (в 31,3 %). По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и на твердом нёбе в области опухоли положительные нарушения тактильной чувствительности выявлены у 8 (в 50,0 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувствительности слизистой оболочки в ретромолярной области позади верхних зубов мудрости также были у 8-и больных (в 50,0 %) с расположением опухоли на верхней челюсти.

При расположении амелобластомы у больных **I группы** на нижней челюсти установлено, что нарушение болевой чувствительности на слизистой оболочке нижней губы выявлены у 18 из 36-ти больных (в 50,0 %). По переходной складке нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон положительные нарушения болевой чувствительности обнаружены у 14 (в 38,9 %) этих обследуемых. Нарушения болевой чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади нижних зубов мудрости выявлены у 16-ти больных (в 44,4 %).

При расположении амелобластомы на верхней челюсти положительные нарушения болевой чувствительности на верхней губе обнаружены у 6 из 16 больных **I группы** (в 37,5%). По переходной складке верхней челюсти и со стороны твердого нёба положительные нарушения болевой чувствительности выявлены у 9 (в 56,3 %) этих обследуемых. Нарушения болевой чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости были у 9-ти больных (в 56,3 %) при расположении опухоли на верхней челюсти.

Установлено, что нарушения температурной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы выявлены у 16 из 36 больных **I группы** (в 44,4 %) при расположении опухоли в области тела нижней челюсти. По переходной складке нижнечелюстной кости с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения температурной чувствительности обнаружены у 17 (в 47,2 %) данных обследуемых. Нарушения этого вида чувствительности слизистой оболочки в ретромолярной области позади нижних зубов мудрости выявлены у 17-ти больных (в 47,2 %) при расположении амелобластомы в области тела нижнечелюстной кости.

При расположении амелобластомы на верхней челюсти положительные нарушения температурной чувствительности верхней губы обнаружены у 8 из 16 больных **I группы** (в 50,0 %). По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и на твердом нёбе со стороны опухоли положительные нарушения температурной чувствительности выявлены у 9 (в 56,3 %) этих обследуемых. Нарушения температурной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости зарегистрированы у 8 из 16-ти больных (в 50,0 %) при расположении амелобластомы в верхнечелюстной кости.

Таким образом, на основании обследования 52 больных с амелобластомами в **I группе** наблюдения, т. е. при отсутствии у этих пациентов в полости рта металлических включений, установлены не только количественные, но и качественные нарушения разных

видов чувствительности со стороны слизистой оболочки губ и других участков слизистой оболочки в области опухоли. У 31,3–50,0 % обследуемых с амелобластомами тактильная чувствительность изменялась в сторону снижения интенсивности восприятия ощущения, т. е. появлялись гипестезия и анестезия губ и слизистой оболочки, окружающей опухоль (по переходной складке, а также с язычной и небной сторон). У 17,3 % больных встречалась парестезия губ (ползание мурашек, жжение, онемение, покалывание и т. п.). Парестезия наблюдалась только у пациентов с нарушением чувствительности на ++ (два плюса). У 37,5–56,3 % больных с амелобластомами выявлено снижение порога восприятия болевой чувствительности, т. е. появлялись участки слизистой оболочки с гипалгезией и анальгезией (губ, переходной складки, с язычной и небной стороны). В 44,4–56,3 % случаев выявлено снижение порога восприятия температурной чувствительности, появлялись участки слизистой оболочки с термогипестезией и термоанестезией (губ, переходной складки с язычной или небной стороны). Случаев изменений тактильной, болевой или температурной чувствительности в сторону их повышения (гиперестезии, гипералгезии, термгиперестезии) у больных с амелобластомами любой локализации не выявили.

Вышеперечисленными количественными изменениями тактильной, болевой и температурной чувствительности можно объяснить незначительное число жалоб и позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью. Нарушение разных видов чувствительности у обследуемых с амелобластомами челюстей, по нашему мнению, связано с особенностью роста данной опухоли в челюстных костях.

Во II-й группе наблюдения было обследовано 44 больных с амелобластомами. Из них у 18 чел. (в 40,9 %) имелись металлокерамические зубные протезы, а у 26 чел. (в 59,1 %) – несъемные зубные протезы, которые были изготовлены из неблагородных металлов и их сплавов (нержавеющая сталь, хромо-кобальтовые и хромо-никелевые сплавы). У 7 чел. (15,9 %) одновременно находились как металлокерамические зубные протезы, так и несъемные зубные протезы, изготовленные из неблагородных металлов и их сплавов. В зубах, на которых фиксировались несъемные зубные протезы, имелись металлические штифты (от 3 до 9 шт.). Зубные протезы у обследуемых данной группы были изготовлены в следующие сроки: у 29 чел. (65,9 %) – от одного года до 2-х лет, у 8 чел. (18,2 %) – от 3 до 4-х лет, у 7 чел. (15,9 %) – более 5-ти лет. В этой группе были обследуемые с разными формами гальваноза. Атипичная форма гальваноза установлена у 18 чел. (40,9 %), типичная форма – у 26 чел. (59,1 %).

При расположении амелобластомы на нижней челюсти у больных II-й группы отмечены нарушения тактильной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы на + или ++ у 16 из 29-ти больных (в 55,2 %). По переходной складке нижней челюсти с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения тактильной чувствительности выявлены у 14 (в 48,3 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади нижних зубов мудрости были обнаружены у 14 из 29-ти больных (в 48,3 %).

На верхней губе положительные нарушения тактильной чувствительности обнаружены у 6 из 15-ти больных (в 40,0 %) при расположении амелобластомы на верхней челюсти. По переходной складке верхней челюсти и на твердом небе положительные нарушения тактильной чувствительности выявлены у 8 (в 53,3 %) этих обследуемых. Нарушения тактильной чувстви-

тельности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости были у 9-ти больных (в 60,0 %).

Обнаружено, что нарушения болевой чувствительности на слизистой оболочке нижней губы были выявлены у 15 из 29-ти больных (в 51,7 %) с расположением опухоли на нижней челюсти. Положительные нарушения болевой чувствительности по переходной складке нижней челюсти с вестибулярной и язычной стороны, а также в области ретромолярной зоны (позади нижних зубов мудрости) были у 15 больных (в 51,7%) при расположении амелобластомы в нижнечелюстной кости.

На верхней губе положительные нарушения болевой чувствительности обнаружены у 7 из 15 больных II-й группы (в 46,7 %) при расположении амелобластомы на верхней челюсти. По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и со стороны твердого неба положительные нарушения болевой чувствительности выявлены у 8 (в 53,3 %) этих обследуемых. Нарушения болевой чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости были у 7 из 15-ти больных (в 46,7 %) при расположении амелобластомы в верхнечелюстной кости.

Установлено, что нарушения температурной чувствительности на слизистой оболочке нижней губы выявлены у 14 из 29 больных II-й группы (в 48,3 %) при расположении опухоли в области тела нижней челюсти. По переходной складке нижнечелюстной кости с вестибулярной и язычной стороны положительные нарушения температурной чувствительности были у 14 (в 48,3 %) данных обследуемых. Нарушения этого вида чувствительности слизистой оболочки в ретромолярной области позади нижних зубов мудрости обнаружены у 12 из 29 больных (в 41,4%).

При расположении амелобластомы на верхней челюсти положительные нарушения температурной чувствительности на верхней губе обнаружены у 7 из 15 больных II-й группы (в 46,7%). По переходной складке верхней челюсти с вестибулярной стороны и на твердом небе (со стороны расположения опухоли) положительные нарушения температурной чувствительности выявлены у 6 (в 40,0%) этих обследуемых. Нарушения температурной чувствительности слизистой оболочки ретромолярной области позади верхних зубов мудрости зарегистрированы у 7 из 15-ти больных (в 46,7 %).

Таким образом, на основании обследования 44 больных с амелобластомами, расположенными на нижней и верхней челюстях, при наличии у этих пациентов в полости рта металлических включений, были выявлены количественные и качественные нарушения разных видов чувствительности слизистой оболочки. У 40,0–60,0 % обследуемых с амелобластомами тактильная чувствительность изменялась в сторону снижения интенсивности восприятия ощущения, т. е. появлялись гипестезия и анестезия губ и слизистой оболочки, окружающей опухоль (по переходной складке, с язычной и небной стороны). У 22,7 % больных встречалась парестезия губ (ползание мурашек, жжение, покалывание и т. п.). У 46,7–53,3 % больных с амелобластомами выявлено снижение порога восприятия болевой чувствительности, т. е. появлялись участки слизистой оболочки с гипалгезией и анальгезией (губ, переходной складки, с язычной и небной стороны). У 40,0–48,3 % больных выявлено снижение порога восприятия температурной чувствительности, т. е. появлялись участки слизистой оболочки с термогипестезией и термоанестезией (губ, переходной складки, с язычной и небной сторон).

Участки слизистой оболочки с нарушением разных видов чувствительности находились в местах расположения зубных протезов, изготовленных из неблагородных металлов и их сплавов, или других металлических включений, а также рядом с «лысыми» зонами (очагами патологической стираемости нитрид-титанового МЗП). В этих же участках располагались и опухоли челюсти. Увеличение количества нарушений разных видов чувствительности у обследуемых II группы наблюдения связано с одновременным наличием у этих больных гальванической патологии (атипичной и типичной форм гальваноза).

Выводы

На основании обследования 96 больных с амелобластомами челюстей, при отсутствии у пациентов в полости

рта металлических включений (52 чел.) и при их наличии (44 чел.), установлено, что у них встречались не только количественные, но и качественные нарушения разных видов чувствительности со стороны слизистой оболочки губ и других участков слизистой оболочки, которые расположены вокруг опухоли.

Изменениями тактильной, болевой и температурной чувствительности можно объяснить незначительное количество жалоб и позднюю обращаемость пациентов с амелобластомами челюстей за медицинской помощью.

При наличии в полости рта металлических включений отмечено увеличение числа качественных и количественных изменений чувствительности слизистой оболочки полости рта, что связано с наличием у этих больных гальванической патологии (атипичной и типичной форм гальваноза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургии / А.А. Тимофеев. – Киев: ВСИ «Медицина», 2015. – 800 с.
3. Тимофеев А.А. Патогенез, лечение, профилактика патологии околочелюстных тканей и челюстей при гальванических проявлениях в полости рта: Дис. ... д-ра мед. наук: специальность 14.01.22 «Стоматология» / А.А. Тимофеев. – Киев, Национальная меди-

цинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 2015. – 442 с.

4. Тимофеев А.А. Патогенез, лечение, профилактика патологии околочелюстных тканей и челюстей при гальванических проявлениях в полости рта: Дис. ... д-ра мед. наук, Киев, НМАПО им. П.Л. Шупика, 2015, 425 с.
5. Тимофеев О.О. Патогенез, лікування, профілактика патології навколощелепових тканин і щелеп при гальванічних проявах у порожнині рота: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, Київ, НМАПО ім. П.Л. Шупика, 35 с.

Зміна чутливості слизової оболонки порожнини рота у хворих з амелобластомами щелеп

Н.О. Ушко

Мета: визначити можливі зміни тактильної, больової й температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота у хворих з амелобластомами щелеп.

Методи: проведено дослідження чутливості слизової оболонки порожнини рота у 96 хворих з амелобластомами щелеп у віці від 19 до 58-т років: I група – 52 хворих без наявності в порожнині рота металевих включень; II група – 44 пацієнта з наявністю в порожнині рота металевих включень.

Результати: на підставі обстеження 96 хворих з амелобластомами щелеп, при відсутності в пацієнтів у порожнині рота металевих включень (52 осіб) і при їх наявності (44 особи), встановлено, що в них зустрілися не тільки кількісні, а і якісні порушення різних видів чутливості слизової оболонки губ і інших ділянок слизової оболонки, які розташовані навколо пухлини. При наявності в порожнині рота металевих включень відмічено збільшення кількості якісних і кількісних змін чутливості слизової оболонки порожнини рота, що пов'язано з наявністю у цих хворих гальванічної патології (атипової й типової форм гальваноза).

Висновки: змінами тактильної, больової і температурної чутливості можна пояснити незначну кількість скарг і пізні звернення пацієнтів з амелобластомами щелеп по медичну допомогу.

Ключові слова: амелобластоми щелеп, тактильна чутливість, больова чутливість, температурна чутливість, гальваноз.

Changes of the sensitivity of the oral mucosa in patients with jaw ameloblastoms

N. Ushko

Purpose: to determine possible changes in the tactile, pain and temperature sensitivities of the oral mucosa in patients with jaw ameloblastoms.

Methods. The sensitivity of oral mucosa was studied in 96 patients with jaw ameloblastoms aged 19 to 58 years: group I – 52 patients without metal inclusions in the oral cavity; group II – 44 patients with metal inclusions in the oral cavity.

Results. Based on inspection of 96 patients with jaw ameloblastoms, with (52 p-pl.) and without (44 p-pl.) metallic implants, it's stated that there were differences not only in quantity but also in quality of various types of mucosa sensitivity disorders, which are located near the tumor. There is increased amount of quantity and quality sensitivity changes of oral mucosa, which is linked to a present galvanic pathology (typical and atypical form of galvanosis).

Conclusions. Changes in tactile, pain and temperature sensitivity can explain a small number of complaints and late treatment of patients with jaw ameloblastoms for medical care.

Key words: ameloblastoma of the jaws, tactile sensitivity, pain sensitivity, temperature sensitivity, galvanosis.

Ушко Наталя Алексеевна – канд. мед. наук, доцент;

доцент кафедри челюстно-лицьової хирургії Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Ефективне лікування хворих на перикоронарит в умовах амбулаторної практики

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія, м. Дніпро, Україна

Резюме. У дослідженні прийняли участь 58 хворих на перикоронарит віком від 18 до 32-х років. В основній групі лікувальний комплекс передбачав передопераційне використання комбінованого антибактеріального засобу «Цифран-СТ®» (Ranbaxy, Індія) 500/600 мг по 1 таб. два рази на добу, протягом 3 діб (до операції видалення зуба). У групі порівняння у схему лікування увійшов антибактеріальний препарат «Амоксил» (Київмедпрепарат, Україна) по 500 мг по 1 таб. два рази на добу протягом 5-ти діб (три доби до операції видалення зуба та дві доби після операції). В етіології та патогенезі гострого гнійного перикоронариту переважну роль відіграє стрепто- та стафілококова інфекція, у той час як при хронічних формах перикоронариту (й тому числі його загостренні) превалюють анаеробні мікробні асоціації. Використання комбінованого антимікробного засобу «Цифран-СТ®» протягом трьох діб до операції забезпечувало більш виражений антимікробний ефект у хворих з усіма формами перикоронариту, дозволило скоротити медикаментозне навантаження на організм хворого, строки амбулаторного лікування та його собівартість.

Ключові слова: перикоронарит, операція атипичного видалення, ретиновані треті моляри, запальні ускладнення, антибіотикотерапія, цифран СТ.

Актуальність дослідження обумовлена значною поширеністю даної патології серед населення. За даними авторів, ускладнене прорізування нижніх третіх молярів зустрічається в 73 % осіб молодого віку, тобто серед самого соціально активного прошарку населення [1, 2]. Це вимагає від закладів охорони здоров'я рішучих кроків, спрямованих на скорочення термінів лікування та розширення показань до надання хірургічної допомоги на амбулаторному етапі. Ще десять років тому більшість хворих із утрудненим прорізуванням третіх нижніх молярів лікувалась в умовах стаціонару, що складало 22–28 % від загальної кількості госпіталізацій, і серед практикуючих лікарів-стоматологів існувала думка, що всі випадки, пов'язані з ускладненим прорізуванням «восьмих зубів», вимагають надто складного оперативного лікування та саме тому такі хворі не повинні лікуватись в амбулаторії. Але вже зараз ситуація динамічно та істотно змінюється, поступово операція атипичного видалення зубів мудрості стає ординарним та розповсюдженим оперативним втручанням. Сьогодні досить активно йде формування цілого напрямку амбулаторної хірургічної стоматології «wisdom surgery». Такий стан питання має безперечні переваги (зручно, доступно), але з часом можна казати про тенденцію до виникнення певних проблем. У першу чергу вони пов'язані з розвитком гнійно-запальних післяопераційних ускладнень. Відомо, що чим більш травматичною є операція, тим вище ризик їх виникнення [3, 4].

З іншого боку, широка популяризація операції атипичного видалення призвела до переоцінки показань і протипоказань до оперативного лікування, інколи за рахунок необгрунтованого збільшення як тих, так і інших.

Не дивлячись на те що практично всі посібники з хірургічної стоматології чітко визначають тактику хірургічного лікування ретинованих зубів, у практикуючих лікарів залишаються певні стереотипи, які пов'язані з вибором помилкової тактики лікування, саме тому найбільш проблемною є група пацієнтів з тими чи іншими формами перикоронариту, коли необхідно вирішувати низку питань показань і протипоказань до збереження зуба чи його видалення, строків проведення операції, тактики до- та післяопераційного ведення хворого (з урахуванням тих чи інших додаткових втручань), добору медикаментозного лікування та строків призначення й відміни лікарських засобів та ін.

На підставі 20-річних спостережень та аналізу результатів досліджень і лікування у клініці щелепно-лицевої хірургії КМАПО (Українського центру щелепно-лицевої хірургії) Тимофеев О.О. (1995) визначив основні положення ведення хворих з «ускладненим прорізуванням зубів мудрості». Автор звертає увагу на той факт, що ретромоларний простір за третім моляром завжди сполучається з порожниною рота, навіть у випадках візуально неушкодженої слизової «капошону», й постійно інфікується. Виникає хронічне запалення, яке призводить до резорбції кісткової тканини позаду коронки нижнього зуба мудрості, унаслідок чого кісткова кишеня навколо коронки ретинованого зуба мудрості стає резервуаром мікроорганізмів [5].

Таким чином, ми маємо дві проблеми: по-перше, хронічне вогнище інфекції навколо напівпрорізаного(чи непрорізаного) зуба, яке має тенденцію до загострення й розв'язку у м'яких тканинах (перикоронарит, періостит, абсцес та ін.) – тобто мова йде про так звані «брудні» хірургічні умови, по-друге, оперативне втручання зазвичай є атипичним і досить травматичним, тому слід уникати його до ліквідації симптомів гострого запалення й досить чітко визначати післяопераційне ведення хворого. За таких умов треба заручитися протимікробною підтримкою протягом усього періоду лікування (як в до-, так і в післяопераційний період).

Навіть незважаючи на дискусію, що набирає оберти в останні роки про доцільність використання антибіотиків у стоматологічній практиці, рекомендації про їх уживання хворими з ускладненим прорізуванням не викликають жодних сумнівів. Такі відомі популяризатори зниження антибактеріального навантаження на пацієнтів, як Річард Уолтон (College of Dentistry, University of Iowa, Iowa City, IA, USA) та Марвін Зепп (College of Dentistry, University of Nebraska, Lincoln, NE, USA) одноставно вважають за необхідне призначати антибіотикопрофілактику після проведення складних оперативних втручань, таких як атипичне видалення зубів, дентальна імплантация, реконструктивні операції. На думку авторів, її необхідно розпочинати до операції з використанням коректних доз та належного антибіотика й закінчувати після завершення хірургічного втручання. За умов дотримання цих рекомендацій знижується ризик інфекційних ускладнень.

Щодо доречності мікробіологічних досліджень та ідентифікації анаеробної флори, яка зазвичай може тривати від декількох днів до кількох тижнів, то слід погодитися з думкою більшості експертів, що при необхідності невідкладної антибіотикотерапії вибір препарату слід проводити емпірично [6].

Ще десять років тому у світовій практиці антибіотиком вибору номер один для лікування перикоронариту був пеніцилін та його аналоги, оскільки, згідно з дослідженнями, які існували в той час, найчастіше у хворих на цю патологію визначали умовно патогенну мікрофлору ротової порожнини [7].

Мігель Бреско Салінас і співав. (2011) ідентифікували бактеріальну флору та визначили її чутливість до антибіотиків при одонтогенних інфекціях біляверхівкової локалізації та за наявності перикоронариту нижнього третього моляру. Незалежно від походження, найбільша чутливість штамів була визначена до амоксициліну/клавуланової кислоти та амоксициліну. Між тим відомо про чутливість амоксициліну до бета-лактамази мікроорганізмів і його руйнування під її впливом, тому до спектра активності цього антибіотику не належать мікроорганізми які синтезують цей фермент (*Staphylococcus aureus*, *Clebsiella spp*, *Proteus vulgaris* та інш.) [8].

Але зазвичай у нашій країні призначення антибактеріальних препаратів відбувається емпіричним методом і в першу чергу залежить від соціально-економічних факторів.

Варес Я.Е. і Кияк С.В. (2015) провели ретельний аналіз результатів хірургічного лікування 484 пацієнтів з нижніми ретенуваними третіми молярами. Найчастіше призначався антибіотик «Лінкоміцин» («Київмедпрепарат», Україна) у 40,9 % випадків. Середня тривалість курсу складала 5,4 доби, максимална – 8 дб. 9,3 % хворих призначався Зацеф («Борщагівський ХФЗ», Україна), у 6,6 % випадків призначався Метронідазол-дарниця («Дарниця», Україна) [9].

На превеликий жаль, діючими нормативами надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «хірургічна стоматологія» у хворого з «узагальненим» діагнозом перикоронарит передбачено призначення антибіотиків-макролідів (а саме олететрину, який, до речі, усе більше авторів відносять до застарілих і небезпечних) [10].

Таке начебто «протокольне», не скореговане за строками призначення зазвичай несучасних і малоефективних антибіотиків, поступово також призводить до збільшення частоти та важкості запальних ускладнень у хворих з ретенцією в післяопераційний період.

Аналіз 814 історій хвороб пацієнтів з ускладненим прорізуванням третіх молярів, який провели Гудар'ян О.О. і співавтори (2016), довів, що основною причиною під-

вищення строків одужання була наявність активного запалення в зоні ретенуваних третіх молярів і значні кісткові дефекти. У післяопераційний період лише в 76,1 % хворих загоєння відбувалось первинним натягом, у решти пацієнтів визначались нагноєння кісткової рани, розходження швів, нагноєння гематоми м'яких тканин та ін.

Таким чином, існує нагальна потреба в розробці оптимальної тактики амбулаторного ведення хворих на ерикоронарит, спрямованої на, з одного боку, зниження частоти запальних ускладнень і скорочення строків непрацездатності, а з іншого – зменшення медикаментозного навантаження на організм і собівартості лікування [11].

Спираючись на дослідження мікрофлори у хворих з різними формами перикоронариту, які відбувалися протягом останніх років, ми звернули увагу на те, що облігатні анаероби виявляються в більшості випадків. Тому найбільш ефективним до цієї мікрофлори слід уважати Метронідазол, окремо чи в комбінаціях з іншими антимікробними засобами, у той час як загальноприйнятий в європейській практиці Амоксицилін є ефективним лише за наявності аеробної флори, яка частіше виявляється під час гнійного загострення [12].

У зв'язку з вищенаведеним нашу увагу привернув сучасний комбінований антибактеріальний засіб «Цифран-СТ[®]», у склад якого входить 500 мг гідрохлориду ципрофлоксацину та 600 мг тинідазолу. Цей антибіотик добро вивчений, демонструє високу клінічну ефективність щодо збудників одонтогенних запальних процесів і пародонтиту та добре переноситься пацієнтами [13]. Вагомою причиною використання Цифрану-СТ[®] в амбулаторній практиці є можливість скорочення курсу його прийому до мінімуму (3 доби).

Мета дослідження – розробити оптимальну тактику амбулаторного ведення хворих на перикоронарит, що передбачає доопераційну підготовку, здійснення операції атипичного видалення зуба та післяопераційну терапію й визначити її клінічну ефективність.

Матеріали та методи

У дослідженні прийняли участь 58 хворих на перикоронарит віком від 18 до 32-х років (середній вік 26,5±7,6 року), серед яких було 36 жінок і 22 чоловіки. Інформована згода пацієнта на участь у дослідженні була обов'язковою.

Проводили загальне клінічне дослідження всіх хворих, рентгенографічне дослідження (ортопантомографію), мікробіологічне дослідження.

Під час діагностики використовували класифікацію перикоронаритів за О.О. Тимофєєвим (1995) [5]. Розподіл хворих за формами захворювання в залежності від віку та статі наведений у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з різними формами перикоронариту за віком і статтю (n = 58)

Форма перикоронариту	Вік (років)															
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
Гострий серозний	Ж:1 Ч:-	Ж:- Ч:1	Ж:2 Ч:-	Ж:- Ч:2	Ж:1 Ч:1	Ж:1 Ч:-	Ж:1 Ч:-	Ж:2 Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	
Гострий гнійний	Ж: Ч:-	Ж:1 Ч:-	Ж:2 Ч:-	Ж:2 Ч:-	Ж:2 Ч:2	Ж:1 Ч:-	Ж: Ч:1	Ж:2 Ч:-	Ж:3 Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:1 Ч:-	Ж:- Ч:1	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	
Загострення хронічного	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:2 Ч:2	Ж:1 Ч:-	Ж: Ч:3	Ж:3 Ч:3	Ж:1 Ч:3	Ж:4 Ч:-	Ж:3 Ч:-	Ж:- Ч:2	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:1	

Примітка: Ж – жінки, Ч – чоловіки.

Складаючи план лікування запальних ускладнень, які виникали на підґрунті утрудненого прорізування нижнього зуба мудрості, у першу чергу вирішували питання про необхідність його видалення чи збереження, оскільки в більшості випадків операція видалення була основним лікувальним заходом. Рішення питання про збереження нижнього третього моляра залежало від його положення в зубній дузі, наявності патологічних змін у навколійній кістковій тканині та виду ускладнення. Усі положення нижнього третього моляра, крім вертикального, а також виявлення на рентгенограмі вогнищ розрідження кісткової тканини у вигляді напівмісяця Васмунда, як і рецидиви запалення в анамнезі, уважали прямим показанням до видалення зуба. За наявності активних запальних ускладнень (перикоронарит (крім виразкового), абсцеси, флегмони, гнійний лімфаденіт) проводили хірургічне втручання – усували гнійні вогнища, дренивали їх, після чого призначали медикаментозне лікування, за таких обставин видалення зуба здійснювали лише після ліквідації гострих ознак запалення. Якщо запалення мало серозний характер, обмежувалися призначенням консервативної терапії, але до операції видалення вдавалися не раніше за 3 доби від початку лікування. У післяопераційний період призначали лише нестероїдний протизапальний засіб (Німесіл по 1 саше двічі на добу) та ротові ванночки із хлоргексидин-вмісним антисептиком.

Усі пацієнти були рандомізовані на дві групи, ідентичні за віком і статтю та формою захворювання: основну групу (29 пацієнтів) і групу порівняння (29 пацієнтів).

В основній групі лікувальний комплекс передбачав передопераційне використання комбінованого антибактеріального засобу «Цифран-СТ®» (Ranbaxy, Індія) 500/600 мг по 1 таб. два рази на добу протягом трьох діб (до операції видалення зуба).

У групі порівняння у схему лікування увійшов антибактеріальний препарат «Амоксил» (Київмедпрепарат, Україна) – 500 мг по 1 таб. два рази на добу протягом 5–ти діб (три доби до операції видалення зуба та дві доби після операції).

Визначення специфічних бактеріологічних збудників здійснювали методом ДНК-діагностики полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з наступною зворотною ДНК гібридизацією до початку лікування «під капюшоном» і після триденної антибіотикотерапії (до операції) із країв післяопераційної рани.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням пакета прикладних програм Statistica for Windows 6.0 на персональному комп'ютері. Отримані дані представляли у вигляді середнього арифметичного значення, стандартного відхилення помилки. Для оцінки достовірності між групами обчислювали t-критерій Ст'юдента. При $p < 0,05$ відмінності вважались достовірними [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені бактеріологічні дослідження 58 хворих на перикоронарит довели той факт, що різні форми цього захворювання характеризуються відмінностями етіологічних мікробних чинників.

У посівах матеріалу, забраного «під капюшоном» у хворих з гострим запаленням до початку лікування, найчастіше визначали аеробну мікрофлору, інколи в асоціації з анаеробами. Привертає увагу той факт, що серед визначених асоціацій переважну частину складала стрепто-стафілококова флора.

Слід відзначити, що у хворих на гострий серозний перикоронарит частіше спостерігали 3-компонентні асоціації стрепто-стафілококової флори з умовно-пато-

генними мікроорганізмами, у той час як при гнійному запаленні суттєво зростає частка так званих гнієрідних бактерій, серед яких найчастіше зустрічалися *Staphylococcus aureus* (у 77,8 % випадків), *Streptococcus spp.* (33,3 %) та пептострептококи (33,3 %). Анаероби у хворих на гострі форми перикоронариту виявляли значно рідше. Лише в одному випадку зустріли асоціацію: *Bacteroides forsythus*, *A. Actinomycetemcomitans* і *Porphyromonas gingivalis*.

Іншу бактеріологічну картину спостерігали у хворих під час загострення хронічного перикоронариту з переважно анаеробними мікробними асоціаціями. Найчастіше зустрічались: *Porphyromonas gingivalis* (у 35,7 % випадків), *Prevotella intermedia* (28,6 %), *A. Actinomycetemcomitans* (21,4 %) та *Bacteroides forsythus* (17,8 %). Зазвичай ці мікроорганізми виявляли в асоціаціях із *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Streptococcus intermedius*, *Peptostreptococcus* відповідно у 32,1 %, 21,4 %, 17,8 % та 17,8 % випадків. Нашу увагу привернув той факт, що у хворих на хронічний перикоронарит у 28,6 % випадків були виявлені ентерококи. Відомо, що ці мікроорганізми здатні посилювати запальні процеси і є антагоністами облігатної мікрофлори та стрепто-стафілококової флори й мають стійкість до більшості сучасних антибіотиків [15].

На момент звернення всі пацієнти мали клінічні ознаки запалення навколо напівпрорізаного нижнього моляра (набряк м'яких тканин, почервоніння слизової оболонки «капюшону», серозну або гнійну ексудацію). За показаннями було здійснено розтин слизового «капюшону» (у 28-и хворих). Хворі в обох групах отримали триденний курс передопераційної антибіотикотерапії. Після чого проводили операцію атипового видалення зуба. Перед операцією здійснювали забір матеріалу для бактеріологічного дослідження. Слід відзначити, що у п'яти пацієнтів із групи порівняння на цьому етапі зберігались помірна серозно-гнійна ексудація та запальна інфільтрація країв післяопераційної рани, тому було прийнято рішення утриматись від оперативного втручання та продовжити курс антибіотикотерапії (до 5-ти діб), атипове видалення в цих пацієнтів здійснили на 5-у добу. Навпаки, у всіх пацієнтів основної групи на третю добу були куповані провідні ознаки запалення, краї розтину мали рожевий колір, інколи була помітна їх незначна гіперемія, однак ексудат не виділявся, що дозволило здійснити атипове видалення на 3-ю добу з початку лікування у 100 % випадків. Стан мікробного пейзажу хворих з різними формами перикоронариту під впливом триденного курсу передопераційної антибактеріальної терапії наведений у таблиці 3.

При аналізі цих даних привертає увагу той факт, що у групі де застосовували антибіотик «Цифран СТ®» кількість представників стрепто- та стафілококової флори знизилась практично до нульових показників, у той час як у групі, де використовували Амоксил, такий результат спостерігався тільки у 24 (82,8 %) пацієнтів, у 5-ти (17,2 %) випадках зіткнулися з незначним зниженням щільності заселення *Staphylococcus aureus*, але в цих хворих відбулось помітне зростання щільності мікробної колонізації ентерококів (до 1,5 разу). Динаміка впливу на анаеробну флору переконаливо довела безумовні переваги вживання комбінації гідрохлориду ципрофлоксацину та тинідазолу над амоксициліном в усуненні мікробних асоціацій.

Таким чином, даний комплекс можна рекомендувати широко застосовувати у клінічній практиці в якості доступного та ефективного короткого курсу антибактеріальної терапії під час лікування та профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у хворих з ускладненим прорізуванням зубів мудрості.

Таблиця 2

Частота виявлення представників мікрофлори у хворих на різні форми перикоронариту

Вид та рід мікроорганізмів	Відношення частот виявлення мікроорганізмів		
	Перикоронарит, n = 58		
	Гострий серозний	Гострий гнійний	Загострення хронічного
<i>Staphylococcus aureus</i>	4/12	14/18	9/28
<i>Streptococcus spp.</i>	3/12	4/18	2/28
<i>Streptococcus intermedius</i>	1/12	6/18	5/28
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1/12	2/18	4/28
<i>Streptococcus viridans</i>	1/12	6/18	4/28
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	3/12	6/18	5/28
<i>A. Actinomycetemcomitans</i>	1/12	6/18	6/28
<i>Prevotella intermedia</i>	1/12	4/18	8/28
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	1/12	4/18	10/28
<i>Bacteroides forsythus</i>	1/12	3/18	5/28
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	1/12	2/18	3/28
<i>Candida albicans</i>	1/12	3/18	6/28
<i>Enterococcus spp.</i>	2/12	3/18	8/28

Примітка: * – у більшості випадків ідентифікували аеробно-анаеробні асоціації (із двома-трьома асоціантами).

Таблиця 3

Вплив триденної передопераційної антибактеріальної терапії на мікробний пейзаж у хворих з різними формами перикоронариту

Вид і рід мікроорганізмів	Відношення частот виявлення мікроорганізмів (%)			
	Основна група (n=29)		Група порівняння (n=29)	
	До лікування	На 3-ю добу	До лікування	На 3-ю добу
<i>Staphylococcus aureus</i>	48,3	3,5	44,8	17,2
<i>Streptococcus spp.</i>	13,8	0	17,2	0
<i>Streptococcus intermedius</i>	20,7	0	20,7	6,9
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	10,3	0	13,8	0
<i>Streptococcus viridans</i>	20,7	0	17,2	0
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	20,7	0	27,6	3,5
<i>A. Actinomycetemcomitans</i>	27,6	0	17,2	13,8
<i>Prevotella intermedia</i>	24,1	0	20,7	13,8
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	27,6	6,9	24,1	13,8
<i>Bacteroides forsythus</i>	10,3	0	17,2	3,5
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	10,3	0	10,3	0
<i>Candida albicans</i>	20,7	13,8	10,3	13,8
<i>Enterococcus spp.</i>	20,7	3,5	24,1	34,5

Примітка: * – у більшості випадків ідентифікували аеробно-анаеробні асоціації (із двома-трьома асоціантами).

Висновки

1. В етіології та патогенезі гострого гнійного перикоронариту переважну роль відіграє стрепто- та стафілококова інфекція, у той час як при хронічних формах перикоронариту (у тому числі його загостренні) преважують анаеробні мікробні асоціації.
2. Під час лікування запальних ускладнень, які виникли на підґрунті ускладненого прорізування, в першу чергу слід вирішити питання видалення чи збереження зуба. До видалення ретенуваного (дістопованого) зуба вдаються тільки за умов відсутності ознак гострого запалення в оточуючих тканинах.
3. За наявності активних запальних ускладнень спочатку усувають гнійні вогнища, дренують їх, призначають медикаментозну терапію та проводять операції видалення після купірування симптомів гострого запалення.
4. Використання комбінованого антимікробного засобу «Цифран СТ®» 500/600 мг по 1 таб. два рази на добу протягом трьох діб до операції забезпечує виражений антимікробний ефект у хворих з усіма формами перикоронариту, дозволяє скоротити медикаментозне навантаження на організм хворого, строки амбулаторного лікування та його собівартість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пиптюк Т.В. Хірургічні методи лікування пацієнтів з ускладненим прорізуванням нижніх третіх молярів / Т.В. Пиптюк Т.В., В.П. Пюрик, В.М. Пиптюк // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 1. – С. 161–164.

2. Complications in third molar removal: A retrospective study of 588 patients / Cintia-Mussi-Milani Contar, Priscila de Oliveira, Karina Kanegusuku et al. // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2010, Jan. 1; 15 (1). – PP. 74–8-e.

3. Effect of age, impaction types and operative time on inflammatory tissue reactions following lower third molar surgery / Seidu A. Bello, Wasiu L. Adeyemo, Babatunde O. Bamgbose et al. // Head & Face Medicine [Electronic resource]. – 2011, 7:8. – Access mode: <http://www.head-face-med.com/content/7/1/8>.

4. Blondeau F., Daniel N.G. Extraction of Impacted Mandibular Third Molars: Post-operative Complications and Their Risk Factors / François Blondeau, Nach G. Daniel // JCA [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.cda-adc.ca/jcda>. – May 2007, Vol. 73, No. 4. – PP. 325-325e.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. / А.А. Тимофеев. – 4-е изд. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс». – 2004. – С. 475–477.

6. Уолтон Р., Зерр М. Антибиотики в стоматологии: благо или зло? / Ричард Уолтон, Марвин Зерр, Дарри Петерсон // Стоматолог. – 2001. – №11 (43). – С. 28–30.

7. Peterson L.J. Microbiology of head and neck infections / L.J. Peterson // In: Laskin D.M., Straus RA, editors. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America. – Philadelphia: WB Saunders; 1991. –Vol 3. – P. 247–257.

8. Салинас М.Б. Чувствительность бактерий, вызывающих одонтогенные инфекции, к антибиотикам / Мигель Бреско Салинас, Нозлия Коста Риу, Леонардо

Берини Айтес, Косме Гай Эскода // Современная стоматология. – 2011. – 5 (59). – С. 67–71.

9. Варес Я.Е., Кияк С.В. Структура та особливості перебігу ретенції нижніх третіх молярів / Я.Е. Варес, С.В. Кияк // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2, том 3 (120). – С. 355–358.

10. Додаток до наказу МОЗ України від 22.11.2000 № 305 «Медико-економічні критерії надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях (амбулаторна допомога)».

11. Гудар'ян О.О. Особливості лікування хворих з ускладненою ретенцією третіх молярів на стаціонарному етапі / О.О. Гудар'ян, Н.Г. Ідашкіна, Ж.М. Неханевич // Медичні перспективи. – 2016. – Т. XXI, № 3. – С. 47–50.

12. Evaluation of the Mandibular Third Molar Pericoronitis Flora and Its Susceptibility to Different Antibiotics Prescribed in France / Jean-Louis Sixou, Christophe Magaud, Anne Jolivet-Gougeon, Michel Cormier, Martine Bonnaure-Mallet // J. Clin. Microbiology, Dec. 2003, Vol. 41, No. 12. – PP. 5794–5797.

13. Чарушин В.Н. Фторхинолоны: синтез и применение / В.Н. Чарушин, Э.В. Носова, Г.Н. Лтпунова, О.Н. Чупахин. – М.: Физматлит, 2013. – 320 с.

14. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т.А. Ланг, М. Сессик; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.: ил.

15. Рузін Г.П. Мікробіологічне обґрунтування диференційного підходу до застосування антибактеріальної терапії при лікуванні переломів нижньої щелепи в осіб молодого віку / Г.П. Рузін, О.І. Чирик, Є.М. Бабич, Н.І. Скляр // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 4, том 1 (104). – С. 335–341.

Эффективное лечение больных перикоронаритом в условиях амбулаторной практики

Н. Г. Идашкіна, А.А. Гудар'ян, Ж.М. Неханевич

Резюме. В исследовании приняли участие 58 больных перикоронаритом в возрасте от 18 до 32-х лет. В основной группе лечебный комплекс предусматривал предоперационное использование комбинированного антибактериального средства «Цифран-СТ®» (Ranbaxy, Индия) 500/600 мг по 1 таб. два раза в сутки в течение 3 суток (до операции удаления зуба). В группе сравнения в схему лечения вошел антибактериальный препарат «Амоксил» (Киевмедпрепарат, Украина) по 500 мг по 1 таб. два раза в сутки в течение 5-ти суток (трое суток до операции удаления зуба и двое суток после операции). В этиологии и патогенезе острого гнойного перикоронарита преобладающую роль играет стрепто- и стафилококковая инфекция, в то время как при хронических формах перикоронарита (и том числе его обострени) преобладают анаэробные микробные ассоциации. Использование комбинированного антимикробного средства «Цифран-СТ®» в течение трех дней до операции обеспечивало более выраженный антимикробный эффект у больных со всеми формами перикоронарита, что позволило сократить медикаментозную нагрузку на организм больного, сроки амбулаторного лечения и его себестоимость.

Ключевые слова: перикоронарит, операция атипичного удаления, ретинированные третьи моляры, воспалительные осложнения, антибиотикотерапия, «Цифран-СТ®».

Effective treatment of pericoronitis conditions in ambulatory practice

N. Idashkina, O. Gudar'yan, Zh. Nekhanevich

Summary. In study involved 58 patients with pericoronitis, aged 18 to 32 years. In the basic group provided medical complex preoperative use of combination antibacterial agent Cifran CT® (Ranbaxy, India) 500/600 mg 1 tab. 2 times a day for 3 days (before tooth extraction). In comparison group entered to the regimen antibiotic Amoxil (Kievmedpreparat. Ukraine) 500 mg 1 tab. 2 times a day for 5 days (3 days before surgery and tooth removal to 2 days after surgery). In the etiology and pathogenesis of acute purulent pericoronitis predominant role strepto- and staphylococcal infection, while chronic forms of pericoronitis (including its exacerbation) prevailing anaerobic microbial associations. Using a combination of antimicrobial agents Cifran-CT® for 3 days before surgery ensures more pronounced antimicrobial effect in patients with all forms of pericoronitis, has reduced medicine load on the patient, the timing of patient treatment and its cost.

Key words: pericoronaritis, operation of the atypical traction, impacted third molars, inflammatory complications, antibiotic therapy, Cifran CT.

Н.Г. Ідашкіна – канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрою хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». Адреса: м. Дніпро, 49044 вул. Вернадського, 9. E-mail: idadshkina@ukr.net

О.О. Гудар'ян – д-р мед. наук, професор кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». Адреса: м. Дніпро, 49044 вул. Вернадського, 9.

Ж.М. Неханевич – асистент кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». Адреса: м. Дніпро, 49044 вул. Вернадського, 9.



Главный редактор

Алексей А. Тимофеев

Профессор, д. мед. н., Заслуженный деятель науки и техники Украины. Заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии НМАПО имени П. Л. Шупика. Главный специалист МЗ Украины по специальности «Челюстно-лицевая хирургия». Президент Украинской ассоциации челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов. DG(USA). DDG (England).

tymofeev@gmail.com

**Приглашаются авторы к публикациям статей
на английском языке
в международный журнал
«Diagnostics and Treatment of Oral and Maxillofacial Pathology»**

Редакционный совет состоит из ведущих челюстно-лицевых хирургов мира:
prof. Fernandes R. P. (USA), prof. Chichua Z. (Georgia), prof. Zhang C. P. (China) и др.

Журнал цитируется в международных системах **Crossref** и **Google Scholar**



info@dtjournal.org | www.dtjournal.org | +38 (097) 301 55 92



М.В. Мельничук, В.І. Палійчук

Особливості конструювання фронтальної групи зубів при лікуванні за допомогою повних знімних пластинкових протезів

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: підвищити ефективність ортопедичного лікування пацієнтів за допомогою повних знімних пластинкових протезів шляхом удосконалення способу конструювання фронтальної групи зубів з урахуванням закономірностей мовної артикуляції.

Матеріали та методи. Проведено оцінку вимови звуків «С», «Ш» на основі запису вимови тестових складів «ИС», «ИШ», у 44 хворих з повною втратою зубів. З них 12 осіб були запротезовані повторно і для 32-х осіб повні знімні пластинкові протези виготовлялись уперше. Якість вимови перевіряли з використанням розробленого спеціалізованого програмного забезпечення WavAnaliser v1.2, яке дозволяє реалізувати розрахунок оцінок ентропії та операції порівняння в автоматичному режимі з подальшим представленням результатів у вигляді цифрових наборів, зручних для графічного представлення та аналізу.

Результати. Ентропійне значення вимови приголосних звуків «С» і «Ш» на клінічному етапі перевірки конструювання штучних зубних рядів, ортопедичне лікування яких проводилось повторно, становило $0,07 \pm 0,006$ і $0,06 \pm 0,004$ відповідно. Вони не потребували корекції та конструювання зубних рядів. Серед 32-х пацієнтів, для яких ортопедичні конструкції виготовлялись уперше, у 27 осіб (84 %) ентропійне значення «С» і «Ш» не перевищувало 0,1. У 5-ти випадках (16 %) ентропійне значення вимови приголосних звуків «С» і «Ш» коливалось від 0,12 до 0,33 і від 0,12 до 0,41 відповідно. У цих осіб проводили корекцію конструювання фронтальної групи зубів, оскільки відхилення від прямої було досить суттєвим і суб'єктивно вимова звуків «С» і «Ш» була ускладненою, спотвореною.

Висновки. Активна фонетична участь хворого у виготовленні протезів на етапі перевірки постановки штучних зубів на твердому базисі й використання ентропійної оцінки вимови приголосного звуку сприяє швидшій мовній адаптації до протезів у процесі їх виготовлення.

Ключові слова: повний знімний протез, мовна функція.

Постановка проблеми

Для відновлення якісної мовної функції при ортопедичному лікуванні за допомогою повних знімних пластинкових протезів особливе значення необхідно надавати конструюванню штучних зубних рядів особливо фронтальної групи.

Багато авторів рекомендують конструювати штучні зубні ряди так, щоб максимально відтворити ознаки жувального апарату в нормі. На думку ряду дослідників [1, 2], ідеальні оклюзійні співвідношення – це теоретична модель, що не є біологічною реальністю чи необхідністю. При конструюванні штучних зубних рядів необхідно враховувати особливості статусу й індивідуальні характеристики жувального апарату хворого з повною відсутністю зубів на момент лікування, анатомо-топографічні й функціональні орієнтири.

Для створення сагітальних і трансверзальних кривих у повних знімних пластинкових протезах М.Е. Васильєв, ґрунтуючись на анатомічних правилах розміщення штучних зубів, сформульованих А. Гізі, запропонував конструювати штучні зубні ряди щодо площини скла [3]. Ряд авторів [4] указують на те, що дана методика не завжди забезпечує добрі естетичні та фонетичні результати оскільки сконструйовані зв середньоанатомічними принципами фронтальної групи штучних зубів верхньої та нижньої щелеп, не завжди відповідають індивідуальним особливостям вимови.

Використання твердого базису дає змогу провести перевірку конструювання штучних зубних рядів у ротівій порожнині на клінічному етапі виготовлення повного знімного пластинкового протезу, під час якої формують індивідуальні оклюзійні поверхні та проводять у кожного пацієнта в індивідуальному порядку корекцію мовної

функції шляхом запису та аналізу за допомогою розробленої комп'ютерної програми WavAnaliser v1.2 [5]. Перевіряючи вимову звуків, у кожного пацієнта в індивідуальному порядку перевіряли, чи відповідає конструювання штучних зубних рядів його індивідуальним особливостям. У випадку спотвореної вимови звуків проводили корекцію і знову контролювали, доки не буде досягнутий бажаний результат.

Мета роботи – підвищити ефективність ортопедичного лікування пацієнтів за допомогою повних знімних пластинкових протезів шляхом удосконалення способу конструювання фронтальної групи зубів з урахуванням закономірностей мовної артикуляції.

Матеріал і методи дослідження

У клініці кафедри стоматології ФПО ІФНМУ було обстежено 44 особи з повною відсутністю зубів. З них 12 осіб були запротезовані повторно і для 32-х осіб повні знімні пластинкові протези виготовлялись уперше.

Хворим пропонували мовне завдання. Воно полягало у вимові складів «ИС» та «ИШ» української мови, оскільки особливістю вимови цих складів є контакт бокової поверхні язика з піднебінними горбиками бокових зубів та утворенням щілини між спинкою (звук «С»), кінчиком (звук «Ш») язика й передньою частиною твердого піднебіння із прилягаючою до них частиною коміркового відростка, при цьому утворюючи посередині вузьку щілину, через яку повітряний струмінь із силою виривається між передніми зубами, виникає різкий шум, що нагадує свист (неритмічні коливання). Тому від положення фронтальних зубів на верхньому та нижньому базисі залежать чіткість і чистота вимови приголосних звуків С і Ш.

Показники середнього квадратичного відхилення (σ) ентропійних оцінок приголосних звуків «С» і «Ш»

Приголосні звуки	Етап перевірки конструювання штучних зубних рядів, ортопедичне лікування яких проводилось повторно, n = 12	Етап конструювання штучних зубних рядів, ортопедичне лікування яких проводилось уперше, n = 32	Етап конструювання штучних зубних рядів, ортопедичне лікування яких проводилось уперше (потребували корекції), n = 5	Після корекції конструювання штучних зубних рядів, ортопедичне лікування яких проводилось уперше, n = 5
«С»	0,07±0,006	0,10±0,011	0,22±0,041	0,07±0,011 $p_2 < 0,05$
«Ш»	0,06±0,004	0,11±0,015	0,22±0,05	0,07±0,010 $p_2 < 0,05$

Примітки: p_2 – до величини показників, етап перевірки конструювання зубних рядів, первинно запротезовані (потребували корекції, n = 5).

Для аналізу використовували розроблене спеціалізоване програмне забезпечення WavAnaliser v1.2, що дозволяє реалізувати розрахунок оцінок ентропії та операції порівняння в автоматичному режимі з подальшим представленням результатів у вигляді цифрових наборів, зручних для графічного представлення та опрацювання. Використання ентропійних характеристик дозволяє розглянути досліджуваний звуковий сигнал як імовірно-часову послідовність, що у свою чергу призводить до формування різних за формою представлень, більш придатних для кореляційного аналізу порівняно з амплітудно-частотними характеристиками.

Для перевірки та корекції вимови звуків на клінічних етапах виготовлення повних знімних пластинкових протезів було використано твердий базис протеза, виготовлений із твердої еластичної пластинки Біокрил «С», який відповідав певним вимогам: він мав мінімальну товщину, є рівномірним за товщиною по всій поверхні твердого піднебіння, міцний, не деформується від температури в ротовій порожнині, добре фіксується в ротовій порожнині, відтворює анатомічний рельєф твердого піднебіння.

Результати дослідження та їх обговорення

Із 44 осіб, для яких було виготовлено повні знімні конструкції удосконаленим методом, 12 (27 %) осіб були запротезовані повторно і для 32-х (73 %) осіб повні знімні пластинкові протези виготовлялись уперше. Характер зміни середньо квадратичного відхилення оцінок ентропії вимови приголосних звуків «С» і «Ш» після корекції конструювання фронтальної групи зубів показано в таблиці.

При аналізі даних таблиці 1 видно, що ентропійне значення вимови приголосних звуків «С» і «Ш» на клінічному етапі перевірки конструювання штучних зубних рядів, ортопедичне лікування яких проводилось повторно, становило 0,07±0,006 і 0,06±0,004 відповідно. Вони не потребували корекції, оскільки ентропійне значення незначно відхилялось від прямої й суб'єктивно при оцінці на слух вимова тестових складів була не дуже чіткою з додатком незначного шуму. Серед 32-х пацієнтів, для

яких ортопедичні конструкції виготовлялись уперше, у 27 осіб (84 %) ентропійне значення «С» і «Ш» не перевищували 0,1. У 5-ти випадках (16 %) ентропійні значення вимови приголосних звуків «С» і «Ш» коливалось від 0,12 до 0,33 і від 0,12 до 0,41 відповідно. У цих осіб проводили корекцію конструювання фронтальної групи зубів, оскільки відхилення від прямої було досить суттєвим і суб'єктивно вимова звуків «С» і «Ш» була ускладненою та спотвореною. Зокрема, вимова звуку «С» з домішками свисту й заміною на букву «Ц», а вимова звуку «Ш» шепелявою. За допомогою розігрітого шпатель розм'якували віск на верхньому та нижньому твердих базисах і незначно нахилиємо фронтальні верхні й нижні штучні зуби в губну або язикову сторони, при цьому необхідно зберігати проміжок між фронтальними зубами при вимові.

Цей проміжок є індивідуальним за величиною для кожної людини й саме він характеризує якість вимови. Крім того, у залежності від нахилу штучних зубів підвищували або знижували висоту нижніх фронтальних зубів. При нахилі в губну сторону висоту нижніх фронтальних зубів збільшували, а при нахилі в язикову – зменшували.

Після корекції фронтальної групи зубів ентропійне значення вимови приголосних звуків «С» і «Ш» зменшилось у три рази і становило 0,07 ($p_2 < 0,05$). Суб'єктивно при прослуховуванні звуків «С» і «Ш» відмічалось наявність незначного шуму.

Висновки

Активна фонетична участь хворого у виготовленні протезів на етапі перевірки установки штучних зубів на твердому базисі й використання ентропійної оцінки вимови приголосного звуку сприяє швидшій мовній адаптації до протезів у процесі їх виготовлення. Пацієнт поступово звикає до вимови в нових умовах. Важливо те, що корекція конструювання відбувається у присутності лікаря. Така фонетично контрольована бездефектна вимова під час побудови протезу попереджає у хворих відпрацювання неправильних мовних навичок і зменшує період адаптації до знімних конструкцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Цимбалистов А.В. Современные методы окклюзионной реабилитации больных в клинике ортопедической стоматологии / А.В. Цимбалистов, Е.Е. Статовская // Кафо сервис. – 2005. – № 2. – С. 2–4.
2. Войтяцкая И.В. Новые технологии в конструировании зубных протезов при лечении больных с полным отсутствием зубов / И.В. Войтяцкая, Г.П. Фисенко, Т.К. Ястребов // Материалы 5-го науч. форума «Стоматология». – М., 2004. – С. 13–15.
3. Воронов А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием

зубов: учеб. пособие / А.П. Воронов, И.Ю. Лебедеко И., А. Воронов. – М., 2006. – 320 с.

4. Нестеров А.М. Оптимизация ортопедического лечения больных с одиночно стоящими зубами на челюстях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология» / А.М. Нестеров. – С. 2010. – С. 24.
5. Мельничук Н.В. Разработка нового способа коррекции голосовой функции при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными протезами // Медицинские новости (Беларусь, Минск). – 2013. – № 11. – С. 80.

Особенности конструирования фронтальной группы зубов при лечении с помощью полных съемных пластиночных протезов

Н.В. Мельничук, В.И. Палийчук

Цель: повысить эффективность ортопедического лечения пациентов полными съемными пластиночными протезами путем усовершенствования способа конструирования фронтальной группы зубов с учетом закономерностей речевой артикуляции.

Материалы и методы. Проведена оценка произношения звуков «С» и «Ш» на основе записи произношения тестовых составов «ИС» и «Иш» 44-я больными с полной потерей зубов. Из них 12 человек были запротезированы повторно, и тридцать второй лицам полные съемные пластиночные протезы изготавливались впервые. Качество произношения проверяли с использованием разработанного специализированного программного обеспечения WavAnalyser v1.2, которое позволяет реализовать расчет оценок энтропии и операции сравнения в автоматическом режиме с последующим представлением результатов в виде цифровых наборов, удобных для графического представления и анализа.

Результаты. Энтропийное значение произношения согласных звуков «С» и «Ш» на клиническом этапе проверки конструирования искусственных зубных рядов, ортопедическое лечение которых проводилось повторно, составило $0,07 \pm 0,006$ и $0,06 \pm 0,004$ соответственно. Они не нуждались в коррекции и конструировании зубных рядов. Среди 32-х пациентов, для которых ортопедические конструкции изготавливались впервые, у 27 человек (84 %) энтропийное значение «С» и «Ш» не превышало 0,1. В 5-ти случаях (16 %) энтропийное значение произношения согласных звуков «С» и «Ш» колебалось от 0,12 до 0,33 и от 0,12 до 0,41 соответственно. У этих лиц проводили коррекцию конструирования фронтальной группы зубов, поскольку отклонения от прямой было весьма существенным и субъективно произношение звуков «С» и «Ш» была затрудненной и искаженной.

Вывод. Активное фонетическое участие больного в изготовлении протезов на этапе проверки постановки искусственных зубов на твердом базисе и использования энтропийной оценки произношения согласного звука способствует быстрой языковой адаптации к протезам в процессе их изготовления.

Ключевые слова: полный съемный протез, речевая функция.

Features of the construction of the frontal group of teeth in the treatment of complete removable plate prostheses

N. Melnychuk, V. Paliichuk

Aim. To increase the effectiveness of orthopedic treatment of patients with complete removable plate prosthetics by improving the method of constructing the frontal group of teeth, taking into account the patterns of speech articulation.

Materials and methods. The pronunciation of the sounds «S» and «SH» on the basis of the recording of the pronunciation of test compounds «IS» and «ISH» in 44 patients with complete loss of teeth was evaluated. Of these, 12 people were retested, and the thirty-second person had complete removable plate prostheses for the first time. The pronunciation quality was checked using the developed specialized software WavAnalyser v1.2, which allows calculating the entropy estimates and comparison operations in automatic mode with subsequent presentation of the results in the form of digital sets convenient for graphical representation and analysis.

Results. The entropic value of the pronunciation of the consonant sounds «S» and «SH» at the clinical stage of testing the construction of artificial dentition, whose orthopedic treatment was repeated was 0.07 ± 0.006 and 0.06 ± 0.004 respectively. They did not need correction, the construction of dentition. Among the 32 patients who had orthopedic constructions for the first time, in 27 people (84 %) the entropic values «S» and «SH» did not exceed 0.1. In 5 cases (16 %) the entropic value of the pronunciation of the consonant sounds «S» and «SH» ranged from 0.12 to 0.33 and from 0.12 to 0.41 respectively. These individuals were corrected the design of the frontal group of teeth because the deviation from the straight line was very significant and subjective pronunciation of the sounds «S» and «SH» was difficult, distorted.

Conclusion. The active phonetic participation of the patient in the manufacture of prostheses during the verification of the placement of artificial teeth on a solid basis and the use of an entropic evaluation of the pronunciation of the consonant sound promotes rapid language adaptation to the prosthesis in the process of their manufacture.

Key words: complete removable denture, speech function.

Мельничук Микола Васильович – канд. мед. наук, доцент кафедри стоматології ПО ІФНМУ.

Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. В. Стуса, д. 43, кв. 53. **Тел.:** 097-681-11-66. **E-mail:** biden@ukr.net.

Палийчук Володимир Іванович – канд. мед. наук, асистент кафедри стоматології ПО ІФНМУ.

Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. В. Стуса, д. 43, кв. 53. **Тел.:** 099-071-56-25. **E-mail:** biden@ukr.net.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

НОВЫЙ ПЛОМБИРОВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИЙ ВТОРИЧНЫЙ КАРИЕС

Вторичный кариес и повышенная кислотность, вызванная действием бактерий ротовой полости, часто приводят к необходимости заменить пломбу. Сегодня исследователи разных стран прилагают попытки для создания полимерных пломбировочных материалов нового поколения, способных бороться с кариесогенными факторами.

В частности, один из таких материалов был представлен на ежегодной встрече Международной ассоциации стоматологических исследователей. По словам разработчиков, материалу присущи следующие свойства: реминерализующее действие, активация антибактериальных агентов при низком рН, подавление возбудителей пародонита и разрушение микробных биопленок.

www.dentalexpert.com.ua

INTERNATIONAL
ORTHODONTIC
SYMPOSIUM

IOS

KIEV 2017

Ортодонтія сьогодні

Теми симпозіуму :

Відкритий прикус

Мезіальний прикус

СНЩС - діагностика та лікування

Нейром'язова ортодонтія

2017 КИЇВ, УКРАЇНА

3-5 ЖОВТНЯ

5 ЖОВТНЯ

Секція для зубних техніків-ортодонтів

Міжнародний Виставковий Центр, Броварський пр-т, 15
ст. метро "Лівобережна"



Організатори: Асоціація Ортодонтів України
Євразійська Асоціація Ортодонтів



Інформаційні партнери:

СОВРЕМЕННАЯ
ОРТОДОНТИЯ

СОВРЕМЕННАЯ
СТОМАТОЛОГИЯ

ДЕНТА
КЛУБ

зубное
протезирование

СОВРЕМЕННАЯ
СТОМАТОЛОГИЯ
НС

GALDENT
PUBLISHING

ОРТОДОНТИИ
СВІТ

И.В. Ковач, А.Ю. Биндюгин, А.В. Вербицкая

Роль цефалометрических характеристик в дифференциальной диагностике клинических форм прогенического прикуса

ДЗ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр, Украина

Цель: повышение эффективности диагностики различных клинических форм прогенического прикуса путем определения и систематизации цефалометрических показателей.

Материалы и методы. Обследовано 43 пациента в возрасте от 9 до 32-х лет (23 женского пола и 20 мужского) с различными клиническими формами прогенического прикуса. При исследовании применялись клинические и рентгенологические методы исследования. Клинический метод заключался в обследовании пациентов с зубочелюстными аномалиями класса 3 аномалий окклюзии. Рентгенологический метод состоял в исследовании латеральных цефалограмм пациентов и цефалометрического анализа по Бюрк, Мак-Лафлину с помощью компьютерной программы. Проведен сравнительный анализ следующих показателей: углов ANB, SNA, SNB, ILS/NL, ILi/ML, ILS/ILI, WITS.

Результаты. На основании проведенных клинических исследований и анализа боковых цефалограмм пациентов удалось определить, что при клинических формах прогенического (прогенический мезиальный прикус и прогенический нейтральный прикус) прикуса существуют ожидаемые различия цифровых параметров параллельно с морфологическими изменениями, что достоверно указывает на степень выраженности аномалии в зависимости от вариантов взаиморасположения различных анатомических структур.

Выводы. Таким образом, в процессе проделанной работы установлено, что значения цефалометрических параметров, необходимых для постановки диагноза при рассмотрении зубочелюстных аномалий в сагиттальной плоскости (прогенический прикус), являются основными для уточнения нозологических форм заболеваний в зависимости от значения угловых параметров.

Ключевые слова: прогенический мезиальный прикус, прогенический нейтральный прикус, цефалометрические исследования.

Актуальность темы

В диагностике зубочелюстных аномалий частота проявлений прогенического прикуса в структуре зубочелюстных аномалий составляет 2–6 % (Л.П. Григорьева, 1976; Ю.Д. Образцов, 1980).

Причинами, вызывающими нарушение прикуса подобного рода, могут быть разнообразными: наследственная предрасположенность, адентия и ретенция зубов на верхней челюсти, хронические воспалительные процессы на верхней челюсти, травмы, макроглоссия, как предопределяющий фактор патологического развития нижней челюсти, преждевременная потеря молочных зубов на верхней челюсти, раннее оперативное вмешательство на верхней челюсти по поводу одной и двусторонних расщелин неба, избыточная антериальная ротация нижней челюсти.

Развитие прогенического прикуса может проходить как с нарушением роста в области верхней и нижней челюсти, так и с комбинацией нормального роста одной челюсти и атипичного роста другой.

Прогенический прикус формируется в результате нарушения развития как верхней челюсти в целом (микрोगнатия в/ч), нарушения развития фронтального участка верхней челюсти, ретропозиции верхней челюсти по отношению к структурам передней мозговой ямы (ретрогнатия в/ч), ретрузии зубов фронтального участка верхней челюсти при нормальной позиции верхней и нижней челюстей в лицевом скелете, так и в результате нормального роста верхней челюсти и симметричной гиперплазии нижней челюсти (нижнечелюстная прогнатия, истинная прогения, макрогнатия нижней челюсти. Также проявления мезиальной окклюзии в ротовой полости будут наблюдаться при сочетании ретропозиции верхней челюсти и прогнатической позиции ниж-

ней челюсти, что будет представлено выраженной клинической формы прогенического мезиального прикуса. Дифференциальная диагностика клинических форм прогенического прикуса будет проходить с формами аномалийного нейтрального прикуса.

В диагностике зубочелюстных аномалий телерентгенография – дополнительный метод исследования в стоматологии – играет одну из ведущих ролей.

Т-рентгенологический метод исследования, принцип которого заключается в увеличении расстояния между трубкой и пленкой до 1,5 м, при расположении кассеты с пленкой вплотную к голове обследуемого, за счет чего сводится к минимуму пространственные искажения получаемого объекта.

Анализ цефалограмм (рентгенограмм головы) являет собой рентгенцефалометрический анализ, который позволяет:

1. Определять направление роста лицевого скелета.
2. Дифференцировать анатомические варианты и различные клинические формы зубочелюстных аномалий.
3. Определять гнатические и зубоальвеолярные доминанты в формировании зубочелюстной аномалии.
4. Изучать соотношения мягких тканей с лицевым скелетом.

Расчет латеральных цефалограмм позволяет определить патологию в сагиттальной и вертикальной плоскостях и будет являться одним из определяющих диагностических критериев, определяющих клиническую форму ЗЧА.

Цель исследования – повышение эффективности диагностики различных клинических форм прогенического прикуса путем определения и систематизации цефалометрических показателей.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 43 пациента в возрасте от 9 до 32-х лет (23 женского пола и 20 мужского) с различными клиническими формами прогенического прикуса. При исследовании применялись клинические и рентгенологические методы исследования.

Клинический метод заключался в обследовании пациентов с зубочелюстными аномалиями класса 3 аномалий окклюзии. Рентгенологический метод состоял из исследования боковых цефалограмм пациентов и цефалометрического анализа по Бюрк, Мак-Лаффлину с помощью компьютерной программы. Изменение показателей углов ANB, SNA, SNB, ILS/NL, ILI/ML, ILS/ILI, WITS.

Результаты исследования

В результате проделанной работы были определены и изучены следующие цефалометрические характеристики.

Угол ANB (ss-n-sm) – межчелюстной угол, характеризующий взаиморасположение базисов верхней и нижней челюстей в сагитальном направлении. При верхней ретро- или микрогнатии величина данного угла уменьшается или приобретает отрицательное значение. Отрицательное значение формируется в ситуациях, когда апикальный базис нижней челюсти располагается впереди апикального базиса верхней челюсти (норма 3).

Угол SNA (s-n-ss) – характеризующий расположение переднего отдела апикального базиса верхней челюсти в сагитальном направлении (норма 82).

Угол SNB (s-n-sm) – характеризующий расположение переднего отдела апикального базиса нижней челюсти в сагитальном направлении (норма 79).

Угол ILS/NL – резцово-челюстной угол, образующийся в результате пересечения плоскости центральных резцов в/ч с плоскостью основания верхней челюсти и характеризующий наклон резцов верхней челюсти по отношению к плоскости верхней челюсти (норма 110).

Угол ILI/ML – нижний резцово-челюстной угол, образующийся в результате пересечения плоскости резцов н/ч с плоскостью основания нижней челюсти и характеризующий наклон резцов нижней челюсти по отношению к плоскости нижней челюсти (норма 94).

Показатель WITS измеряется как проекционное расстояние ss и sm на окклюзионной плоскости. При переднем расположении проекции точки ss величину расстояния считают положительной, при противоположном расположении – отрицательной.

На основании проведенных клинических исследований и анализа боковых цефалограмм пациентов удалось определить, что при клинических формах прогенического прикуса существуют ожидаемые различия цифровых параметров параллельно с морфологическими изменениями, что будет достоверно указывать на степень выраженности аномалии в зависимости от вариантов взаиморасположения различных анатомических структур.

Выводы

Таким образом, в процессе проделанной работы установлено, что значения цефалометрических параметров, необходимых для постановки диагноза при рассмотрении зубочелюстных аномалий в сагитальной плоскости (прогенический прикус), являются основными для уточнения нозологических форм заболеваний в зависимости от значения угловых параметров и их взаимоотношения.

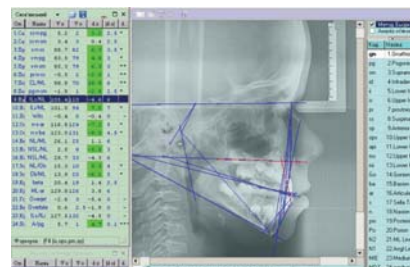
Клинические случаи

(представлено семь клинических случаев)

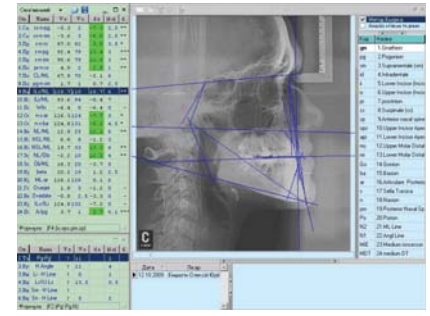
1. Цефалометрические показатели при исследовании боковой ТРГ в данном клиническом случае: ANB 2,9, SNA 79,5, SNB 82,4, ILS/NL 101,9, ILI/ML 90,9, WITS 10,5, ILS/ILI 142,1, A/PG 2,7, что свидетельствует о: верхнечелюстной ретрогнатии, нижнечелюстной прогнатии, декомпенсационной ретрузии зубов фронтального участка в/ч, близкой к норме позиции зубов фронтального участка н/ч, что в целом будет определять патологию как прогенический мезиальный прикус.



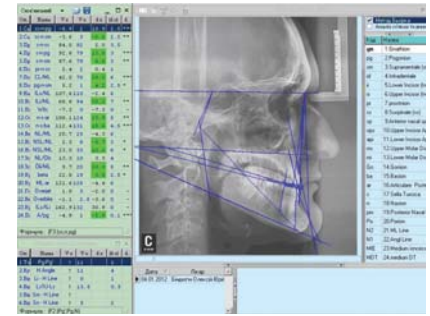
2. Цефалометрические показатели при исследовании боковой ТРГ в данном клиническом случае: ANB 3,4, SNA 88,7, SNB 85,3, ILS/NL 105,4, ILI/ML 101,0, WITS 0,4, ILS/ILI 127,5, A/PG 5,7, что свидетельствует о гармоничном расположении челюстей, ретрузии зубов фронтального участка в/ч, протрузии зубов фронтального участка н/ч, что определяет патологию как прогенический нейтральный прикус.



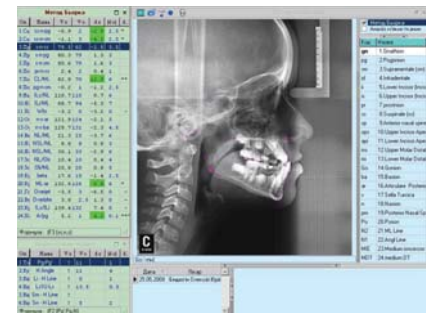
3. Показатели NB 3.6, SNA 87.0, SNB 90.6, ILS/NL 128.7, ILI/ML 93.6, WITS 6.4, ILS/ILI 124.8, A/PG 3.7, свидетельствующие о нижнечелюстной прогнатии, ретрогнатии в/ч, компенсаторной протрузии зубов фронтальной группы в/ч, что в комплексе с клиническими методами обследования определяет патологию как прогенический мезиальный прикус.



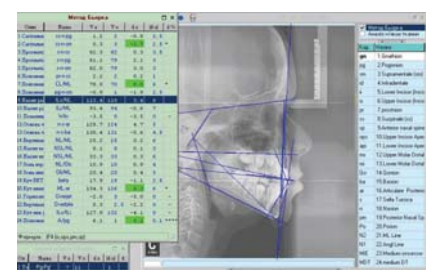
4. Показатели NB 3.6, SNA 84.0, SNB 87.6, ILS/NL 107.6, ILI/ML 68.8, WITS 7.3, ILS/ILI 162.9, A/PG 3.7, свидетельствующие о нижнечелюстной прогнатии, компенсаторной ретрузии зубов фронтального участка н/ч, что в комплексе с клиническими методами обследования определяет патологию как прогенический мезиальный прикус.



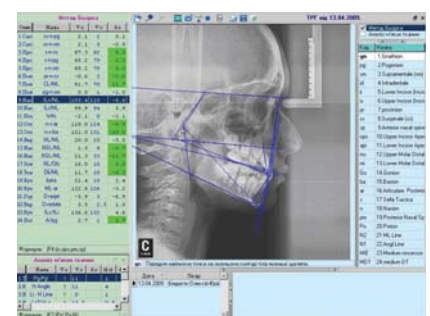
5. Показатели ANB 1.1, SNA 79.5, SNB 80.6, ILS/NL 110.7, ILI/ML 88.7, WITS 3.2, ILS/ILI 139.4, A/PG 5.2, свидетельствующие о верхнечелюстной ретрогнатии, нижнечелюстной нормогнатии, компенсаторной ретрузии зубов фронтальной группы н/ч, что в комплексе с клиническими методами обследования определяет патологию как прогенический нейтральный прикус.



6. Показатели ANB 0.3, SNA 82.3, SNB 82.0, ILS/NL 113.4, ILI/ML 93.4, WITS-3.5, ILS/ILI 127.9, A/PG 6.1, свидетельствующие о нормальном расположении верхней челюсти в лицевом скелете, нижнечелюстной прогнатии, нормальном наклоне зубов фронтального участка в/ч и н/ч, что в комплексе с клиническими методами обследования определяет патологию как прогенический мезиальный прикус.



7. Показатели ANB2.1, SNA 87.3, SNB 85.2, ILS/NL 103.4, ILI/ML 99.9, WITS-2.1, ILS/ILI 136.6, A/PG 2.7, свидетельствующие о нормальном взаиморасположении челюстей в лицевом скелете, ретрузии зубов фронтального участка верхней челюсти и протрузии зубов фронтального участка нижней челюсти, что в комплексе с клиническими методами обследования определяет патологию как прогенический нейтральный прикус.



ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева Л.П. Прикус у детей. – Полтава, 1999.
2. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. – Москва, 2006.
3. Проффит Уильям Р. Современная ортодонтия. – Москва, 2006.
4. Нетцель Шульц. Руководство по ортодонтической диагностике. – Львов, 2007.
5. Герасимов С.Н. Ортодонтическое лечение взрослых пациентов. – С.-Петербург, 2004.
6. Фадеев Р.А., Кузакова А.В. Клиническая цефалометрия. – С.-Петербург, 2009.
7. Головкин Н.В. Ортодонтия. – Полтава, 2007.
8. J.M. Kamaluddin*, M.T. Cobourne*, M. Sherriff** and D. Bister*. Does the Eastman correction over- or under-adjust ANB for positional changes of N // European Journal of Orthodontics, 34 (2012), p. 719–723. Advance Access, publication 16, September 2011.

Роль цефалометричних характеристик в диференційній діагностиці клінічних форм прогенічного прикусу

І.В. Ковач, О.Ю. Біндюгін, А.В. Вербицька

Мета: підвищення ефективності діагностики різних клінічних форм прогенічного прикусу шляхом визначення і систематизації цефалометричних показників.

Матеріали та методи. Обстежено 43 пацієнта віком від 9 до 32-х років (23 жіночої статі і 20 чоловічої статі) з різними клінічними формами прогенічного прикусу. При дослідженні застосовувалися клінічні і рентгенологічні методи дослідження. Клінічний метод полягав в обстеженні пацієнтів з зубощелепними аномаліями класу 3 аномалій оклюзії. Рентгенологічний метод полягав у дослідженні латеральних цефалограм пацієнтів і цефалометричного аналізу по Бьорк, Мак-Лафліну за допомогою комп'ютерної програми. Проведено порівняльний аналіз наступних показників: кутів ANB, SNA, SNB, ILs / NL, Ili / ML, ILs / Ili, WITS.

Результати. На підставі проведених клінічних досліджень і аналізу бічних цефалограм пацієнтів вдалося визначити, що при клінічних формах прогенічного (прогенічного мезіального прикусу і прогенічного нейтрального прикусу) прикусу існують очікувані відмінності цифрових параметрів паралельно з морфологічними змінами, що достовірно вказує на ступінь важкості аномалії в залежності від варіантів взаємного розташування різних анатомічних структур.

Висновки. Таким чином, в процесі проведеної роботи встановлено, що значення цефалометричних параметрів, необхідних для постановки діагнозу при розгляді зубощелепних аномалій в сагітальній площині (прогенічний прикус), є основними для уточнення нозологічних форм захворювань в залежності від значення кутових параметрів.

Ключові слова: прогенічний мезіальний прикус, прогенічний нейтральний прикус, цефалометричні дослідження.

Cephalometric dimension methods role in the differential diagnosis of clinical forms of the progenic bite

I.Kovach, O. Bindiuhin, A.Verbycka.

Aim: improve the efficiency of diagnosis of various clinical forms of progenic bite by identifying and systematizing of the cephalometric indicators.

Materials and Methods. The study involved 43 patients aged 9 to 32 years (23 females and 20 males) with different clinical forms of the progenic bite. In the study used clinical and X-ray methods. Clinical method consisted in examining patients with dentition abnormalities Class 3 occlusion anomalies. X-ray method was to study the lateral x-rays of patients and analysis by Bjork, Mc Lafflin by a computer soft. A comparative analysis of the following parameters: angles ANB, SNA, SNB, ILs / NL, Ili / ML, ILs / Ili, WITS.

Results. Based on clinical studies and analysis of X-rays of the patients unable to determine that when clinical forms of progenic (progenic mesial bite and progenic neutral occlusion) occlusion are expected difference of digital options along with morphological changes that reliably indicates the severity of the anomalies based on variants of mutual location of various anatomical structures.

Conclusions. Thus, in the course of the work found that the value tsefalometrychny parameters necessary for diagnosis when considering teeth anomalies in the sagittal plane (prohenichnyy occlusion), are essential to clarify nosology forms of diseases depending on the value of angular parameters.

Keywords: Progenic mesial bite, progenic neutral bite, cephalometric dimensions.

Ковач Ілона Василівна – доктор мед. наук, професор,
зав. кафедри дитячої стоматології ДЗ «ДМА МОЗ України».

Адреса: м. Дніпро, Слобожанський проспект, 42. Кафедра дитячої стоматології.

Тел.: 097-437-84-55.

E-mail: detstom-dnpr-kaf@ukr.net.

Біндюгін Олександр Юрійович – асистент кафедри дитячої стоматології ДЗ «ДМА МОЗ України».

Адреса: м. Дніпро, Слобожанський проспект, 42. Кафедра дитячої стоматології.

Тел.: 067- 632-04-76.

E-mail: dentum76@ukr.net.

Вербицька Анна Віталіївна – канд. мед. наук,
доцент кафедри дитячої стоматології ДЗ «ДМА МОЗ України».

Адреса: м. Дніпро, Слобожанський проспект, 42. Кафедра дитячої стоматології.

Тел.: 067-565-55-96.

E-mail: detstom-dnpr-kaf@ukr.net.

Досвід імплементації інноваційних педагогічних методів на етапі післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. Післядипломна освіта, як один із «заключних» етапів освітнього процесу, потребує специфічного педагогічного підходу та потребує її розвитку до статусу «перманентного процесу» або «освіти впродовж усього життя». Мотивація на це повинна бути сформована на всіх етапах професійного навчання, починаючи з додипломного. На етапі безпосередньо післядипломної освіти, під час інтернатури, акцент слід фокусувати на розширенні діапазону професійного мислення, більш тонкому осмисленні й розумінні лікарями-інтернами фундаментальних і прикладних знань, отриманні та поглибленні уявлень про менеджмент та юридичні аспекти медичної діяльності, гуманізації лікарської практики.

Мета: підвищення якості післядипломної освіти лікарів-інтернів шляхом розробки та застосування аудиторних і позааудиторних форм навчання на основі принципів науково-практичного партнерства кафедри з науково-дослідними інститутами та приватними лікувальними високотехнологічними закладами.

Матеріали та методи. Для досягнення мети були залучені провідні професори та доценти кафедри стоматології, фахівці суміжних кафедр фундаментальних дисциплін НМУ імені О.О. Богомольця та науково-дослідних інститутів, проведена інтеграція в сумісну роботу з кафедрою провідних приватних стоматологічних клінік і лікувальних центрів міста Києва у формі рівноцінного партнерства.

Результати та їх обговорення. У переважній кількості лікарів післядипломної освіти була сформована стійка конфігурація якості нового рівня клінічного мислення, а також мотивація на необхідність перманентного вивчення лікарської майстерності. Поняття «заключний етап» навчання в інтернатурі для лікарів-інтернів став певною мірою умовним. Результати анонімного анкетування свідчать про високий рівень індивідуальної освітньої мотивації та впевненість у успішному працевлаштуванні у приватному секторі стоматологічних послуг із сучасним високотехнологічним рівнем забезпечення лікувально-діагностичного процесу.

Висновки. Вибрані стратегія й тактика імплементації комбінативних технологій у педагогічному процесі навчання лікарів-інтернів-стоматологів дозволить їм досягти професійного рівня та конкурентоспроможності на світовому ринку праці. Перспектива подальших досліджень полягатиме в порівняльному аналізі кількісних та якісних показників рівня післядипломної освіти лікарів-інтернів-стоматологів з урахуванням диференційованого вибору інноваційних методів і технологій навчання.

Ключові слова: післядипломна освіта, комбінативні технології, «освітня субота», лікарі-інтерни-стоматологи.

На теперішній час безсумнівно є факт, що основним завданням вищої школи медичної освіти є не тільки отримання фундаментальних уявлень про хвороби людини, а й інтеграція їх у розуміння категорій причинно-наслідкових зв'язків захворювань, особливостей профілактики та лікування патологічних процесів [1, 2]. Цілком зрозуміло, що така парадигма є базисом для формування стійкої конфігурації високоерудованого, професійно кваліфікованого, конкурентоспроможного фахівця на ринку праці – як державних/комунальних, приватних клінік, так і роботи в умовах екстремальних умов мирного й військового часу [3, 4].

Зазначимо, що сучасна педагогіка є базисом авторитетної думки, основним інструментом навігаційного процесу на шляху формування майбутнього професіоналу [5, 6]. Так, поворот від примітивних, фрагментарних, стереотипних методів викладання в бік інноваційних педагогічних підходів є суттєвим проривом, який дозволив запровадити нові контекстні формати для формування майбутнього фахівця [6].

Запровадження інтерактивних методів навчання, зокрема «мозкового штурму», кейс-методу, методу конкурентних груп, «круглих столів», дискусії та інших дозволило отримати потужну відповідь на бажання студентів пізнавати, аналізувати, критикувати інформацію, висловлювати свою точку зору та особистісну позицію, пропонувати власну альтернативну думку про рішення проблеми [7, 8]. Інноваційні педагогічні підходи дозволили відійти від старих кліше викладання, але в той же час залишитись толерантним до багатьох корисних елементів і форм викладання з минулого.

Таким чином, нова педагогіка – це не конфронтація зі старим, а скоріше доповнення й пошук нової, більш адекватної конфігурації викладання. І якщо ще кілька років тому було розуміння, що професійне вміння лікаря включало тільки категорію професійних знань, професійного та

практичного вміння [9, 10], то на сьогодні – це перманентний пошук нових технологій, адекватних протоколів, світових стандартів, розвиток комунікативних спроможностей, досвіду. Відійшло в минуле уявлення, що майбутній лікар – це «сосуд», який слід наповнити інформацією. Сьогодні освіта, насамперед післядипломна, – це інтерактивний процес, динамічна взаємодія саморозвитку молодого фахівця в колі професіоналів-викладачів і старших колег.

Отже, на наш погляд, на етапі післядипломної освіти акцент уваги треба фокусувати на розширенні діапазону лікарського мислення, потенціюванні більш тонкого осмислення та розуміння лікарями-інтернами вже наявних фундаментальних і прикладних знань, на отриманні й поглибленні уявлень про менеджмент та юридичні аспекти медичної, зокрема стоматологічної, діяльності, гуманізації лікарської практики.

Вочевидь, післядипломна освіта повинна взяти на себе роль відповідального лідера у формуванні конкурентоспроможних фахівців, перспективних, затребуваних як вітчизняними, так і європейськими клініками світового рівня [2, 4].

Зазначимо, що кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця, використовуючи всі інноваційні технології інтерактивного навчання, поставила за мету підвищення якості післядипломної освіти лікарів-інтернів шляхом розробки та застосування аудиторних і позааудиторних форм навчання на основі принципів науково-практичного партнерства кафедри з науково-дослідними інститутами та приватними лікувальними високотехнологічними закладами.

Матеріали та методи

Усвідомлюючи роль особистості у викладанні, для навчання лікарів-інтернів були залучені не тільки провідні професори та доценти кафедри стоматології Інституту після-

дипломної освіти, а і спеціалісти з високим рівнем знань із суміжних кафедр фундаментальних дисциплін НМУ імені О.О. Богомольця та науково-дослідних інститутів, відомі у світі вчені дослідники та клініцисти – у галузі імунології, генетики, нормальної та патологічної гістології, біохімії, онкології, офтальмології, оториноларингології тощо.

При поданні лекційного матеріалу співробітники кафедри стоматології повністю відійшли від установчих, оглядових, інформаційних лекцій і зосередили увагу на проблемних інтерактивних лекціях. На наш погляд, такий формат лекції мотивує розвиток інтересу до проблеми, забезпечує професійну мотивацію, корпоративність, виховує альтернативність контекстних уявлень.

Суттєву роль, яка підвищує ефективність навчання, відіграє інтегрованість провідних приватних стоматологічних клінік і центрів міста Києва в сумісну роботу з кафедрою у формі рівноцінного партнерства, проведення спільних клінічних семінарів зі спеціалістами інших профілів, майстер-класів, тематичних дискусій, обговорення дисертаційних і науково-дослідних робіт, що виконуються на кафедрі.

Результати та їх обговорення

Інтеграція із приватними клініками Києва дозволила кожному лікарю-інтерну на практиці зрозуміти менеджмент приватних лікувальних закладів, усвідомити важливість юридичних та етичних особливостей роботи з пацієнтами. Для доповнення цих аспектів формування майбутнього лікаря переважною приватної стоматологічної практики в контексті освітнього співробітництва було запроваджено викладання спеціальних питань менеджменту та економіки стоматологічної діяльності на кафедрі охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти НМУ (завідувач кафедри – професор Парій В.Д.).

Проведення майстер-класів спільно із провідними професійними лідерами дозволило лікарю-інтерну покращити свої мануальні навички, ознайомитися та самостійно апробувати передові стоматологічні матеріали й технології (для пломбування каріозних порожнин/реставрацій, кореневих каналів, протезування, періапикальної та пародонтальної мікрохірургії), оцінити доцільність та ефективність спеціального обладнання, що використовується у прогресивних стоматологічних клініках.

Для досягнення поставленої мети впродовж трьох років успішно впроваджена та застосовується така форма позааудиторної підготовки молодих лікарів, як «освітня субота». Суть цієї новації полягає в тому, що в позаурочний час, у вихідний день, суботу, професіонали – учені, викладачі, практики – благадно та добровільно діляться своїми знаннями й досвідом про актуальні питання й тонкощі професійної майстерності з лікарями-інтернами, молодими фахівцями, студентами старших курсів.

Сьогодні проект «освітні суботи» – це постійно діючий лекторій для лікарів-інтернів, студентів і лікарів-стоматологів за участю як викладачів кафедри стоматології ІПО НМУ, так і провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців. Він був заснований з перших місяців існування кафедри стоматології, у вересні 2014 року, як форма позааудиторного безперервного навчання від студента до професійного лікаря.

За даними перманентного анонімного анкетування учасників цього проекту (678 лікарів-інтернів і студентів як потенційного контингенту післядипломної освіти), ця форма позааудиторного добровільного навчання завоювала своє законне місце у графіку навчального процесу, стала невід'єм-

ною складовою професійної освіти майбутніх лікарів і, у свою чергу, міцною платформою для розширення спектра професійних знань, дискусій, апробації лекторської майстерності викладачів-початківців і нерідко й самих інтернів.

Так, увазі слухачів уже були представлені лекційні програми з демонстрацією практичних навичок: «Цифрові можливості у стоматології», «Робота з індивідуальними лінгвальними брекетами: принципи, переваги», «Основи реставрації бокових зубів», «Пряма реставрація бокових зубів», «Актуальні питання ендодонтії та реставрації», «Професійна гігієна порожнини рота як невід'ємна складова успішної стоматології», «Принципи надання допомоги постраждалим з поєднаною вогнепальною травмою», «Мультидисциплінарний підхід до лікування пацієнтів із травматичними ушкодженнями орбіти та органу зору», «Мікотичні ураження щелепно-лицевої ділянки: міждисциплінарний підхід», «Тяжкі запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки: від періодонтиту до медіастиніту. Міждисциплінарний підхід». Важливо зазначити, що такі заходи були проведені із залученням науково-практичних партнерів кафедри стоматології ІПО НМУ – кафедри онкології, кафедри оториноларингології НМУ, Центру щелепно-лицевої хірургії та стоматології Київської обласної клінічної лікарні, кафедри офтальмології, кафедри оториноларингології НМАПО імені П.Л. Шупика та інших. Наукові та практичні контакти кафедри стоматології ІПО реалізуються у спільних лекційних програмах з партнерами-юристами («Правовий захист лікарів і пацієнтів»), Національного дитячого спеціалізованою лікарнею «ОХМАТДИТ» («Судинні новоутворення щелепно-лицевої ділянки: нові підходи до діагностики та лікування») тощо. Важливо, що в освітніх заходах лекторами виступають не тільки відомі фахівці – професори, доценти, керівники клінік, а й лікарі-інтерни, які беруть участь у наукових розробках кафедри в зазначених питаннях.

Проведення клінічних семінарів і тематичних дискусій під час «освітніх субот» не тільки мотивувало лікарів-інтернів не бути пасивними слухачами та спостерігачами, а і спонукало до участі в полеміці, давало можливість висловлювати свою, інколи альтернативну точку зору, аргументувати її, побажити деталі, в яких ще належить розібратися, почути авторитетну думку старших і більш досвідчених колег.

Досвід навчання лікарів-інтернів на кафедрі стоматології ІПО НМУ імені О.О. Богомольця свідчить, що більшість інтернів від пасивних накопичувачів інформації «інсталивались» у когорту активних у прогредієнтному освітньому процесі лікарів, із креативним мисленням, спроможних до конкуренції з лікарями-інтернами інших ВНЗ, у тому числі європейських.

У переважній більшості лікарів післядипломної освіти було сформовано стійку конфігурацію якісно нового рівня клінічного мислення, а також мотивацію на необхідність перманентного вивчення лікарської майстерності.

Висновки

Уважаємо, що вибрані нами стратегія й тактика імплементації комбінативних технологій у педагогічному процесі навчання лікарів-інтернів-стоматологів сприяють досягненню ними достойного професійного рівня та конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці.

Перспектива подальших досліджень полягає в порівняльному аналізі кількісних та якісних показників рівня післядипломної освіти лікарів-інтернів-стоматологів з урахуванням диференційованого вибору інноваційних методів і технологій навчання.

ЛІТЕРАТУРА

- Андрух В.С. Засади післядипломної медичної освіти лікарів України в аспекті Болонського процесу / В.С. Андрух, М.В. Слободян // Практикуючий лікар. – 2013. – №1. – С. 89–93.
- Antonenko M.Yu. Interactive forms of study on stage Postgraduate studies of Dentists / M.Yu. Antonenko, L.M. Sayapina, O.A. Znachkova // Nowoczesna edukacja: filozofia, innowacja,

doświadczenie. – 2016. – Nr 2 (6). – Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki i Umiejętności. – S. 123–130.

- Бужас Т.М. Процесс обучения как диалог между профессиональным и личностным становлением / Т.М. Бужас // Вестник МГУ: Психология. – 2011. – № 2. – С. 69–77.

4. Antonenko M. Modern educational technologies in the postgraduate training of stomatologists / M. Antonenko, O. Znachkova // Nowoczesna edukacja: filozofia, innowacja, doświadczenie. – Nr 1. – Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki ta Umiejętności. – S. 198–202.

5. Максименко С.Д. Педагогіка вищої медичної освіти / С.Д. Максименко М.М. Філо-ненко // Підручник. – К.: ТОВ «Видавництво «Центр навчальної літератури». – 2014. – 286 с.

6. Antonenko M.U. Innovative methodical approaches in postgraduate education of dentist from basis structure of tooth enamel to clinical concept of caries / M.U. Antonenko, T.A. Melnichuk, N.A. Zelinskaya // Nowoczesna edukacja: filozofia, innowacja, doświadczenie – 2015. – Nr 2. – Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki ta Umiejętności. – S. 149–152.

7. Сисоева С.О. Інтерактивні технології навчання дорослих: навчально-методичний

посібник / НАПН України, Педагогічної освіти й освіти дорослих. – К.: ВД «ЕКМО», 2011. – 211 с.

8. Antonenko M. «Discussion» as a strategy for non-interactive simulation training dentists in step postgraduate education / M.U. Antonenko, N.A. Zelinskaya T.A. Melnichuk, O.A. Znachkova // International scientific professional periodical journal «THE UNITY OF SCIENCE» / Publishing office Friedrichstrabe 10. – Vienna, Austria. – ISSN 9091–1752. – February, 2016. – Volume 1. – P. 16–19.

9. Тетенев Ф.Ф. Формирование и развитие клинического мышления – важнейшая задача медицинского образования / Ф.Ф. Тетенев, Т.Н. Бодрова, О.В. Калинина // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 4. – С. 63–65.

10. Мухина С.А. Современные инновационные технологии обучения / С.А. Мухина, А.А. Соловьева. – Москва: «Гэотар-Медиа». – 2008. – 360 с.

Опыт имплементации инновационных педагогических методов на этапе последипломного образования врачей-стоматологов

М.Ю. Антоненко, Н.А. Зелинская, Л.М. Саяпина, Е.А. Значкова, Т.А. Шуминская

Актуальность. Последипломное образование, как один из «заключительных» этапов образовательного процесса, требует специфического педагогического подхода и требует его развития до статуса «перманентного процесса» или «образования в течение всей жизни». Мотивация на это должна быть сформирована на всех этапах профессионального обучения, начиная с додипломного. На этапе непосредственно последипломного образования, во время интернатуры, акцент следует фокусировать на расширении диапазона профессионального мышления, более тонком осмыслении и понимании врачами-интернами фундаментальных и прикладных знаний, получении и углублении представлений о менеджменте и юридических аспектах медицинской деятельности, гуманизации врачебной практики.

Цель: повышение качества последипломного образования врачей-интернов путем разработки и применения аудиторных и внеаудиторных форм обучения на основе принципов научно-практического партнерства кафедры с научно-исследовательскими институтами и частными лечебными высокотехнологичными заведениями.

Материалы и методы. Для достижения цели были привлечены ведущие профессора и доценты кафедры стоматологии, специалисты смежных кафедр фундаментальных дисциплин НМУ имени А.А. Богомольца и научно-исследовательских институтов, проведена интеграция в совместную работу с кафедрой ведущих частных стоматологических клиник и лечебных центров города Киева в форме равноценного партнерства.

Результаты и их обсуждение. У подавляющего числа врачей последипломного образования была сформирована устойчивая конфигурация качественно нового уровня клинического мышления, а также мотивация на необходимость перманентного обучения врачебному мастерству. Понятие «заключительный этап» обучения в интернатуре для врачей-интернов стал в определенной степени условным. Результаты анонимного анкетирования показали высокий уровень индивидуальной образовательной мотивации и уверенность в успешном трудоустройстве в частном секторе стоматологических услуг с современным высокотехнологичным уровнем обеспечения лечебно-диагностического процесса.

Выводы. Выбранная стратегия и тактика имплементации комбинативных технологий в педагогическом процессе обучения врачей-интернов-стоматологов позволит им достичь профессионального уровня и конкурентоспособности на мировом рынке труда. Перспектива дальнейших исследований будет заключаться в сравнительном анализе количественных и качественных показателей уровня последипломного образования врачей-интернов-стоматологов с учетом дифференцированного выбора инновационных методов и технологий обучения.

Ключевые слова: последипломное образование, «образовательная субота» комбинативные технологии, врачи-интерны-стоматологи.

Experience of implementation innovative teaching methods on stage of dentists postgraduate education

M. Antonenko, N. Zelinska, L. Sayapina, O. Znachkova, T. Shuminskaya

Topicity. Postgraduate education as one of the «final» stages of the educational process requires specific pedagogical approach and needs to develop its status of «permanent process» or «lifelong education». The motivation for this should be established at all stages of training, to graduate from. In step directly postgraduate education during the internship, the emphasis should focus on expanding the range of professional thinking, more subtle comprehension and understanding of medical interns fundamental and applied knowledge, and getting deeper ideas about management and legal aspects of medical practice, humanization of medical practice.

The goal: improving the quality of postgraduate education of interns through the development and application of classroom learning and extracurricular on the basis of scientific and practical partnership department with research institutes and high-tech private medical institutions.

Materials and methods. To achieve the goal were involved leading department and associate professor of dentistry, professionals related departments of basic disciplines Bogomolets NMU and research institutes conducted integration in the joint operation with the Department of the leading private dental clinics and medical centers in Kyiv in the form of equal partnership.

Results and discussion. In most doctors postgraduate education we formed the stable configuration of a new level of clinical thinking and motivation for the need of permanent medical training skills. The term «final stage» internship for medical interns became to some extent arbitrary. The results of anonymous survey showed a high level of individual educational motivation and confidence in successful employment in the private sector of dental services in modern high-level software diagnostic and treatment process.

Conclusions. The chosen strategy and tactics of combinative implementation of technology in the educational process of training of interns dentists will allow them to reach the professional level and competitiveness in the global labor market. The prospect of future research will be in the comparative analysis of quantitative and qualitative indicators of postgraduate education of interns dentists considering a differentiated choice and innovative learning technologies.

Key words: postgraduate education, combinative technology, «educational Saturday», interns dentists.

Антоненко Марина Юріївна – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри стоматології;

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1.

Тел.: +38 (050) 6587625. E-mail: antonenko.nmu@gmail.com.

Зелінська Наталія Антонівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри стоматології;

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: +38 (050) 3811330.

Саяпина Лада Михайлівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: +038 (050) 9341952. E-mail: lada_2248@mail.ru.

Значкова Олена Аркадіївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: +38 (067) 2628332. E-mail: znachkova2008@gmail.com.

Шумінська Тетяна Анатоліївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри стоматології; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: +38 (050) 3300480. E-mail: shuminskaya1968@gmail.com.

Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні



31 березня під егідою Громадської організації «Асоціація стоматологів України» та головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за фахом «Стоматологія» було проведено спільне засідання «круглого столу» на тему «Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні» за адресою: м. Київ, вул. Госпітальна, 12, «Президент Отель», зал «Предслава».

До участі в цьому заході було запрошено представників Координаційної ради ГО «АСУ», регіонального відділення ГО «АСУ» м. Києва та Київської області, головних позаштатних спеціалістів у стоматології МОЗ України, Києва та Київської області, представники вищих медичних навчальних закладів, професійних стоматологічних асоціацій, а також медичних фахівців, науковців, експертів і представників ЗМІ.

На засіданні були підняті питання нормативно-правового забезпечення стоматологічної допомоги в Україні в доповіді головного позаштатного спеціаліста за фахом «стоматологія» професора О.В. Павленко. Про роль та завдання ГО «Асоціації стоматологів України» в період реформування медицини в Україні було висвітлено в доповіді президента ГО «АСУ» професора І.П. Мазур. Захист професійної діяльності лікаря-стоматолога – одне з першочергових завдань асоціації. Питання підвищення якості підготовки лікарів – стоматологів шляхом їх підготовки в університетських клініках висвітлено в доповіді директора стоматологічної клініки НМУ імені О.О. Богомольця, професора А.В. Копчака. Про стан матеріально-технічного забезпечення лікувального процесу, особливості діяльності стоматологічних закладів в умовах реформування було висвітлено в доповідях головного позаштатного спеціаліста м. Києва В.А. Мохорєва та головного позаштатного спеціаліста Харківської області В.Є. Волосова. На засіданні свою активну позицію в реформуванні заявили молоді лікарі-стоматологи в доповіді В.Е. Новошицького.

Запровадження сучасних протоколів діагностики і лікування стоматологічних захворювань на засадах доказової медицини, фармакоекономічні аспекти надання стоматологічної допомоги, застосування вітчизняних лікарських засобів, а саме препаратів компанії «Дарниця» було висвітлено в доповіді викладача Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика Хлебас С.В.

Про зміни, що відбуваються у країні, чого очікувати лікарю, про першочергові законопроекти Верховної Ради України щодо медичної діяльності йшлося у виступі помічника народного депутата пана К.О. Надутого.



Друга половина заходу була присвячена дискусії, питанням та відповідям найбільш болючих тем для лікаря. Основними питаннями для дискусії були: роль громадських організацій в реформуванні та правовому захисті професійної діяльності лікарів-стоматологів; обговорення нагальних питань розвитку охорони здоров'я в регіоні та прийняття виважених висновків про вирішення проблемних питань; обговорення регіональних нормативно-правових і стратегічних документів, чинної нормативно-правової бази щодо фінансування охорони; державне управління – особливості впровадження децентралізації управління, кадрове забезпечення, лікарське самоврядування, між-

народна співпраця; недостатній рівень фінансування галузі здоров'я внаслідок невизначеності гарантованого рівня медичної допомоги, яка надається безоплатно; запровадження сучасних ефективних методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань.

На питання лікарів відповідали організатори охорони здоров'я – професор О.В. Павленко, С.В. Скульська, В.П. Мірза, О.П. Гуменюк. На запитання юридичних аспектів діяльності лікаря відповідала канд. мед. наук, адвокат Р.Ю. Гревцова. Про безперервний професійний розвиток лікарів-стоматологів йшлося у виступі директора Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика



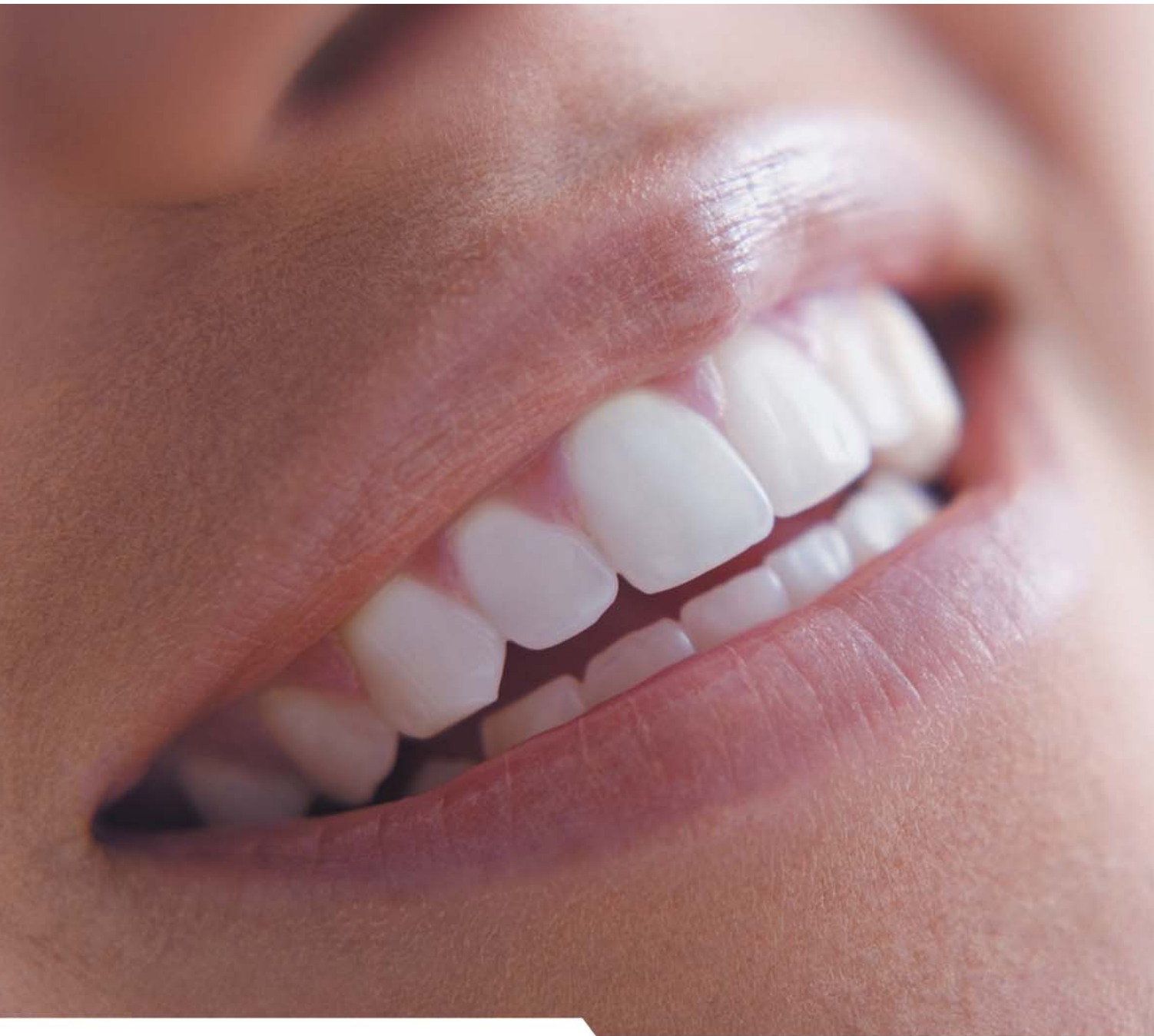


професора О.М. Дорошенка. Етичні питання діяльності лікаря-стоматолога, дотримання етичного кодексу – на всі ці питання дала відповідь О.В. Гордієнко (НМАПО імені П.Л. Шупика, комітет з етики). Найбільше запитань про майбутнє медицини, практичну діяльність і розвиток стоматології було до Костянтина Олександровича Надутого – представника комітету Верховної Ради з охорони здоров'я.

Пом'якшували атмосферу дискусії та невирішених проблем ошатний зал «Президент Отелю» та запропонований організаторами фуршет з українськими стравами та напоями. Дякуємо компанії «Дарниця» за підтримку цього заходу. Адже переважна більшість лікарів пришли на засідання після робочої зміни. Лікарям була надана можливість спілкуватись на професійні теми й поза дискусійним залом.

У медичній галузі, що реформується вже багато років в умовах недостатнього фінансування та економічної кризи, сформувалося значне коло проблем, що накопичувались у галузі протягом багатьох попередніх років. І вирішити тільки їх не просто – і організаторам охорони здоров'я, і урядовцям, а лікарям необхідно працювати, надавати допомогу кожного дня в умовах недофінансування. Проведення засідання «круглого столу», де лікарі мали змогу хоча б висловитись, поділитися проблемами, бути почутими, було вперше за багато років. Але разом з тим це тільки початок діалогу. І я вірю, що лікарі-стоматологи є елітою України й разом ми зможемо збудувати дім, де буде комфортно працювати, розкривати свої професійні можливості та надавати якісну стоматологічну допомогу українцям!

*Президент ГО «Асоціація стоматологів України»
професор Ірина Петрівна Мазур.*



СВЕТОТВЕРЖДАЕМЫЙ МИКРОГИБРИДНЫЙ КОМПОЗИТ

- Износоустойчивые реставрации
- Удобное внесение и адаптация слоёв
- Великолепная эстетика, соответствует по цвету тканям зуба
- Сохранение эстетики на протяжении многих лет
- Подходит для фронтальных, жевательных зубов и вкладок
- Легко полируется до живого блеска

Polofil Supra



Официальные дистрибьюторы в Украине:
Дентал депо Запорожье · Медсервис · Меридиан ·
Оксамат-Дент · Оксия · Стамил · Укрмед · Усмішка

Підтримайте Ваших пацієнтів на шляху до здорових ясен



Кровоточивість ясен

Гінгівіт

Галітоз

Рецесія ясен

Періодонтит

Втрата зуба

Ваша професійна рекомендація

У середньому

50%



*Схематичне зображення крові

серед усього дорослого населення світу

страждають від гінгівіту¹, і при цьому 2 з 3 не вживають ніяких заходів²

Захворювання ясен негативно впливають на якість життя хворих.

Результати опитування пацієнтів із захворюваннями ясен продемонстрували, що гінгівіт може негативно вплинути на якість життя, спричиняючи занепокоєння, тривожність та дискомфорт, особливо тоді, коли симптоми стають помітними для оточуючих.³

Щоденне використання зубної пасту Пародонтас ЕКСТРА СВІЖІСТЬ допомагає запобігти розвитку можливих ускладнень.³

Через 30 днів використання зубної пасту ПАРОДОНТАКС ЕКСТРА СВІЖІСТЬ пацієнти відзначили:



Зменшення тривожності

2 з 3 пацієнтів не тривожаться щодо стану здоров'я ясен⁴



Покращення комфорту в суспільстві

2 з 3 пацієнтів перестали уникати зустрічей в суспільних місцях⁴



Підвищення впевненості в собі

2/3 пацієнтів почали відчувати себе більш впевнено⁴

Рекомендація для підтримання здоров'я ясен

У доповнення до якісної гігієни ротової порожнини та професійних процедур у кабінеті стоматолога рекомендуйте Вашим пацієнтам, схильним до захворювань ясен, щоденне використання зубної пасту Пародонтас ЕКСТРА СВІЖІСТЬ, щоб підтримувати оптимальний стан здоров'я ясен між візитами до стоматолога.^{5,6}

у 4 рази

краще видалення зубного нальоту⁷

на 48%

зменшення кровоточивості ясен⁷

Рекомендуйте зубну пасту ПАРОДОНТАКС ЕКСТРА СВІЖІСТЬ, щоб допомогти Вашим пацієнтам підтримувати оптимальний стан здоров'я ясен між візитами до стоматолога.

Здорові ясна



*Видаліть більше зубного нальоту після професійної чистки зубів та з подальшим чищенням зубів зубною пастою Пародонтас, що містить 67% бікарбонату натрію, у порівнянні з використанням зубної пасту, що не містить бікарбонату натрію, протягом 24 тижнів, за умови щоденного чищення двічі на день.
Література: 1. CDC Perio 2016; Half of American Adults have Periodontal disease. 2. Неопубліковані дані GSK, parodontax® Segmentation, Серпень 2015. 3. Неопубліковані дані GSK, Firefish: Putting the patient first. Life impact of gum disease, березень 2016. 4. Неопубліковані дані GSK, Taste Adoption study (n=600), Italy 2016. 5. Kakar A, et al. Evaluate the Efficacy of Different Concentrations of Sodium Bicarbonate Toothpastes. IADR General Session and Exhibition, Cape Town, South Africa, 2014. Abstract No: 754. 6. Неопубліковані дані GSK, RH01530, сень 2013. 7. Звіт компанії GSK "Дослідження ефективності і переносимості зубної пасту, що містить бікарбонат натрію", 2015, RH02434.
Засоби parodontax® пройшли експертизу санітарно-епідеміологічної служби. Parodontax є зареєстрованим торговим знаком, права на який належать групі компаній GSK. Імпортер та уповноважена організація в Україні: ТОВ "ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрейн Т.О.В.", Україна. Адреса: 02152, м. Київ, проспект Павла Тичини, 1-В. Повідомити про небезпечне явище чи омаргу на якість продукту Ви можете в ТОВ "ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрейн Т.О.В." за тел. (044) 585-51-85 або на e-mail: oax/0065@gsk.com. Інформаційний матеріал NACHUKR/CHPDХ/0033/16. Дата виготовлення: жовтень 2016 р.

ЦИФРАН СТ

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/6375/01/01 від 03/08/2012 р.



Рационально підбране поєднання **ципрофлоксацину** і **тинідазолу** в антибактеріальному препараті **Цифран СТ** дозволяє рекомендувати його для широкого використання в щелепно-лицевій хірургії*

Хороша дифузія препарату зумовлена високою ліпофільністю і більш тривалим постантибіотичним ефектом*

Цифран СТ є ефективним антибіотиком, який дозволяє досягти успіху не тільки при лікуванні гнійно-запальних захворювань (абсцеси і флегмони щелепно-лицевої області), але і для профілактики розвитку ранніх запальних ускладнень*

Препарат володіє широким спектром антимікробної активності до мікрофлори, яка найчастіше зустрічається у хворих в щелепно-лицевій області*

*А.А.Тимофеев, Е.В.Горобец, Е.П.Весова, С.В.Витковская, Мазен Штай Тамими, М.В.Ковалев, В.Л.Леснухин, С.М.Тимошук

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ЦИФРАН СТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Склад:

діючі речовини: ципрофлоксацину гідрохлорид, тинідазол;

1 таблетка, вкрита оболонкою, містить ципрофлоксацину гідрохлориду еквівалентно ципрофлоксацину 500 мг; тинідазолу 600 мг.

Показання.

Лікування змішаних інфекцій, викликаних чутливими анаеробними і аеробними мікроорганізмами (повний перелік показань наведено в інструкції для медичного застосування).

Побічні реакції.

Спричинені ципрофлоксацином. Інфекції та інвазії: кандидоз – нечасто; антибіотикоасоційований коліт – рідко.

Спричинені тинідазолом. Небажані ефекти відзначали нечасто, вони були легкими та минали самостійно.

Порушення загального стану та пов'язані зі способом застосування препарату: підвищення температури тіла, підвищена втомлюваність (повний перелік показань наведено в інструкції для медичного застосування).

Повна інформація про лікарський засіб – в інструкції для медичного застосування.

Дана інформація призначена виключно для дипломованих фахівців медичної сфери, а також для поширення на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

Увага! Є протипоказання. Рекомендовано ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування препарату.

ТОВ "Ранбаксі Фармасьютикалс Україна" (група компаній "САН ФАРМА").

02121, Україна, м. Київ, вул. Харківське шосе, 175, оф. 14. Тел: +38044 3717721; факс: +38044 3717725.

Вартість дзвінка – згідно з тарифами вашого оператора.