

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

# КЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Щоквартальний  
науково-практичний журнал

Заснований у грудні 2010 року

- Експериментальні дослідження
- Терапевтична стоматологія
- Хірургічна стоматологія
- Ортопедична стоматологія
- Дитяча стоматологія

**№ 3–4 (12–13), 2015**

<i>Гасюк Н. В., Левків М. О.</i> Вплив вогнища пародонтальної інфекції на клітинний склад слизової оболонки порожнини рота.....	105
<i>Мисула Н. І.</i> Індексна оцінка стану пародонта та слизової оболонки порожнини рота у хворих на гастродуоденіт.....	105
<i>Скрипников П. М., Непокупна-Слободянюк Т. С., Шинкевич В. І.</i> Пролонгований курс азитроміцину підвищує ефективність лікування хронічного генералізованого пародонтиту.....	106
<i>Кузняк Н. Б., Кіцак Т. С.</i> Стан гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів.....	107
<i>Кузняк Н. Б., Шостенко А. А.</i> Вплив імунокорегуючої терапії на стан секреторного імунітету в комплексному лікуванні хворих із різними проявами генералізованого катарального гінгівіту	108
<i>Кузняк Н. Б., Дроник І. І.</i> Визначення бактеріального складу вмісту пародонтальних кишень у хворих на хронічний генералізований пародонтит.....	109
<i>Антонишин І. В., Бржиський А. В., Лоза Є. О.</i> Особливості структурної організації твердих тканин зубів білих щурів за умов аліментарного ожиріння.....	110
<i>Бойцянук С. І., Фалінський М. М., Островський П. Ю.</i> Об'єктивна візуалізація як фактор мотивації пацієнта до комплексної санації порожнини рота.....	111
<i>Семенюк Г. Д.</i> Віддалені результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит із застосуванням симбіотика.....	112
<i>Герелюк В. І., Кобрин О. П., Кукурудз Н. І., Павелко Н. М., Кобрин Н. Т.</i> Стан неспецифічної резистентності, вираженість запального процесу та інтоксикації у хворих на генералізований пародонтит.....	113
<i>Бандрівський Ю. Л., Бандрівська О. О., Бандрівська Н. Н.</i> Зміни показників вуглеводного метаболізму в сироватці крові й ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із різною груповою приналежністю крові.....	114

#### ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Аветіков Д. С., Гутник А. А.</i> Планування та проведення верхньої ретидектомії з урахуванням антропометричних показників.....	115
<i>Шувалов С. М., Нагайчук В. В., Кузняк Н. Б., Паліс С. Ю.</i> Кісти та пухлиноподібні ураження щелепних кісток, які розвиваються із залишкового залозистого епітелію.....	115
<i>Кузняк Н. Б., Трифаненко С. І., Бойчук І. Т.</i> Застосування місцевої сорбційної терапії при лікуванні альвеолітів.....	116
<i>Ліхницький О. О.</i> Вивчення впливу кріоконсервованої плаценти на процес репаративної регенерації кісткової тканини.....	118
<i>Хомич Н. М., Огоновський Р. З., Сороківський І. С.</i> Ефективність застосування дексаметазону після атипичного видалення нижніх зубів мудрості.....	118
<i>Ружицька О. В.</i> Антиоксидантний статус у хворих із післяопераційними дефектами м'яких тканин альвеолярних відростків щелеп.....	120
<i>Нагірний Я. П., Гутор Н. С.</i> Вікові особливості реакції імунної системи у постраждалих із травматичними переломами нижньої щелепи.....	120
<i>Скочило О. В.</i> Морфологічна оцінка процесів репаративної регенерації кісткової тканини щелеп у ранні терміни експерименту.....	122
<i>Олійник А. Г.</i> Обстеження пацієнтів, яким проведено дентальну імплантацію.....	123
<i>Вітковський О. О.</i> Лікування переломів нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами.....	124
<i>Льницький Я. М.</i> Результати застосування нового методу ураноальвеолостеопластики у дітей...	125
<i>Мельничук Ю. М.</i> Оцінка ефективності комбінованого методу профілактики формування патологічних рубців за допомогою удосконаленої Ванкуверської шкали.....	127

#### ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Гасюк П. А., Воробець А. Б., Радчук В. Б.</i> Методика отримання відтисків при протезуванні з використанням дентальних імплантатів.....	129
<i>Радчук В. Б., Гасюк П. А., Росоловська С. О.</i> Вплив одонтопрепарування під металокерамічні конструкції на стан тканин зуба.....	129
<i>Бандрівська О. О., Бандрівський Ю. Л., Беденюк О. А.</i> Особливості лікування генералізованого пародонтиту знімними ортопедичними конструкціями.....	130
<i>Беденюк О. А., Щерба В. В., Беденюк О. С.</i> Роль гіпофункції слинних залоз у розвитку системних захворювань організму.....	131

Стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова–Володкіної у досліджуваних групах наступний: у віці 19–24 роки в основній групі оцінений як задовільний, а в контрольній – хороший, у віці 25–34 років у основній групі – як незадовільний (2,32), а у контрольній – хороший (1,20). У третій і четвертій вікових групах із збільшенням віку відмічено погіршення гігієнічного стану порожнини рота як у основній (2,55 і 2,78 відповідно), так і контрольній групі (1,39 і 1,43 відповідно). Він оцінюється в основній групі як незадовільний, а у контрольній як задовільний. При цьому слід зазначити, що величина індексу в контрольній групі знаходиться на межі оцінки «задовільна».

Детальнішу інформацію про стан гігієни порожнини рота працівників дозволяє отримати дослідження індексу гігієни ОНІ-S. У віці 19–24 роки у всіх оглянутих

гігієна порожнини рота оцінена як «задовільна». Проте складова індексу СІ – «тверді зубні відкладення» в основній групі на 33 % вища, ніж у контрольній ( $p < 0,05$ ), а у віці 25–34 і 35–44 роки оцінка гігієни для осіб основної групи – на межі «незадовільна», у контрольній – «задовільна». В обох цих групах діагностуються тверді зубні відкладення, але в основній групі їх більше на 34,16 % та 27,51% відповідно. У пацієнтів віком 45 років і старше в основній групі оцінка гігієни наближається до межі «погана», у контрольній – «задовільна». Кількість твердих зубних відкладень в основній групі на 27,14 % вища, ніж в осіб, не пов'язаних із виробничими шкідливостями ( $p < 0,05$ ).

Стан гігієнічного догляду за порожниною рота в основній групі обстежених набагато гірший, про те як в контрольній групі оцінюється у всіх обстежених як «задовільна».

УДК 616.311.2-002-085:615.37]:612.017

©Н. Б. Кузняк, А. А. Шостенко

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

## **Вплив імунокорегуючої терапії на стан секреторного імунітету в комплексному лікуванні хворих із різними проявами генералізованого катарального гінгівіту**

У розвитку різних форм перебігу генералізованого катарального гінгівіту одним із провідних етіологічних чинників є дефіцит секреторного імунітету. Це спонукає поряд із моніторингом місцевого імунітету проводити пошук більш ефективних методів лікування, що підвищують ефективність базової терапії. В комплексному лікуванні різних форм катарального гінгівіту перспективним є застосування сучасних протизапальних та імуномодуючих засобів, що діють безпосередньо на слизову оболонку порожнини рота.

Метою дослідження була оцінка впливу поетапної комплексної терапії на клініко-лабораторні показники захворювання.

У дослідженні взяли участь 58 хворих віком від 19 до 31 року (середній вік склав  $25,9 \pm 1,2$  року). Жінок – 32 (55,1 %), чоловіків – 26 (44,9 %). Прешу групу скла-

ло 20 хворих із хронічним перебігом захворювання, друга група – 28 хворих із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту. Контрольну групу склало 18 практично здорових пацієнтів, у яких вивчалися фактори секреторного імунітету. Під час лікування та в процесі динамічного спостереження у всіх пацієнтів оцінювався секреторний гуморальний імунний статус незалежно від перебігу захворювання. Субстратом для лабораторного дослідження слугувала змішана нестимульована слина, зібрана натще. Концентрацію імуноглобулінів у ротовій рідині визначали методом радіальної імунодифузії за Mancini et al. На першому етапі лікування пацієнтам першої та другої груп проводилась базова терапія: професійні гігієнічні заходи в комплексі із зрошенням антисептиком «Гівалекс» чи розчином

хлоргексидину за допомогою дентальних іригаторів (6–8 процедур). В пацієнтів у період загострення місцева протимікробна терапія доповнювалась призначенням інстиляцій у міжзубні проміжки, на тканини ясен препарату «Інстилагель» (6 мл) щоденно протягом 2-х тижнів. На першому етапі лікування пацієнти першої групи отримували імунокорегуючу терапію лікопідом по 1 мг на добу протягом 10 днів. Пацієнтам другої групи було призначено німесил за загальною схемою. Лікопід використовувався на 2-му етапі лікування після зняття ознак гострого запалення в тканинах ясен. Профілактика рецидивів запального процесу в тканинах ясен здійснюється шляхом проведення імунокорегуючої терапії лікопідом інстиляційним методом (1 мл препарату на 30,0 мл фізрозчину) протягом 6–8 днів. У пацієнтів першої групи цей курс повторювався через 6–8 місяців, а у хворих другої групи через 3–4 місяці після завершення лікування.

У результаті проведеної роботи, ми отримали нові дані про імуномодулюючу

ефективність комплексної поетапної терапії з препаратом «Лікопід». З урахуванням віддалених результатів дослідження він може використовуватись для активації процесу лікування у хворих як з хронічним, так із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту. Вперше проведений порівняльний аналіз впливу інстиляцій лікопідом на показники секреторного імунітету у хворих із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту показав перевагу цього методу введення імуномодуляторів над традиційним: підвищення продукції SIg A вдвічі на рівні слизових мембран. Зростання більш ніж на 25 та на 30 % вмісту в слині Ig M та Ig G відбувалося вже до кінця першого тижня проведення інстиляцій, а після завершення лікування встановлено повноцінну нормалізацію показників місцевого імунітету.

Встановлено, що імунокорегуюча терапія лікопідом позитивно впливає на стан секреторного імунітету, надає більш виражений вплив на його показники порівняно з традиційною.

УДК 616.314.17-008.1-078-093/-098

©Н. Б. Кузняк, І. І. Дроник

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

## **Визначення бактеріального складу вмісту пародонтальних кишень у хворих на хронічний генералізований пародонтит**

Хронічний генералізований пародонтит займає одне із провідних місць у структурі стоматологічної захворюваності. Цьому сприяє довготривалість лікування, часті загострення запального процесу в тканинах пародонта, що негативно впливає на процеси резорбції кісткової тканини та на результати комплексного лікування.

Гнійне запалення в навколзубних тканинах у хворих на хронічний генералізований пародонтит розвивається внаслідок дії змішаної інфекції та знижених імунних механізмів захисту пародонта. Однак на сьогодні не з'ясовано, яким мікроорганізмам належить провідна роль

у розвитку та формуванні запально-деструктивних процесів у тканинах пародонтального комплексу. Впровадження в стоматологічну практику експрес-методу полімеразної ланцюгової реакції з наступною зворотною ДНК-гібридизацією може сприяти вирішенню цієї проблеми.

Метою роботи було вивчення етіологічних клініко-імунологічних характеристик хронічного генералізованого пародонтиту, що ускладнений гнійними вогнищами в пародонтальних тканинах.

Було досліджено 48 хворих на хронічний генералізований пародонтит I–II ступенів тяжкості віком від 26 до 42 років