

4 (64)'2012

ISSN 1684-7903

***БУКОВИНСЬКИЙ  
МЕДИЧНИЙ  
ВІСНИК***

***4 (64)'2012***

**ЧЕРНІВЦІ**

## ЗМІСТ

**ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

<i>Аляви Б.А., Мухамедова М.М., Исхаков Ш.А., Бабаев М.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА .....	3
<i>Безсмертний Ю.О.</i> ЧАСТОТА ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХИБНИМИ СУГЛОБАМИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК.....	7
<i>Безруков Л.О., Іванова Л.А., Білоус Т.М.</i> МОНИТОРИНГ КОНТРОЛЮ НАД БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ В ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ ФІЗИЧНОГО НАПРУЖЕННЯ.....	11
<i>Бодяка В.Ю., Іващук О.І., Бех В.В., Печенога О.М., Свінцицький В.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ТРАНСЛОКАЦІЇ ЗА ВНУТРІШНЬО-ЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	15
<i>Бурлака Є.А.</i> ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК ТА ЕФЕКТИ ЕНДОГЕННОГО СТЕРОЇДНОГО ГОРМОНУ ОУАБАЇН В ЇХ КОРЕКЦІЇ НА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК (ПАСИВНИЙ НЕФРИТ ХЕЙМАННА) .....	21
<i>Бучок Р.А., Беліков О.Б.</i> ПОШИРЕНІСТЬ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА ПРИЧИННО – НАСЛІДКОВІ ЗВ’ЯЗКИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ.....	26
<i>Ватаманюк Н.В., Беліков О.Б.</i> ОБГРУНТУВАННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ ...	30
<i>Вітенюк О.Я.</i> ЗОВНІШНЯ БУДОВА ТА КРОВОПОСТАЧАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ .....	33
<i>Владиченко К.А.</i> ФІБРИНОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ КРОВІ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ .....	36
<i>Габорець І.Ю., Сидорчук Л.П., Кушнір О.В., Буймістр Н.І.</i> ГЕОМЕТРИЧНІ МОДЕЛІ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ДОПPLЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВОТОКУ І ТОВЩИНИ “ІНТИМА-МЕДІА” ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ ТА ЇЇ ОКРЕМИХ НЕПАРНИХ ВІСЦЕРАЛЬНИХ ГЛЮК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ACE (I/D) ТА eNOS (T894G): ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ .....	41
<i>Гарюшкин Д.С., Псядло Э.М., Пузанова А.Г., Панов Б.В.</i> ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИОННОГО КОМПОНЕНТА НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ОПЕРАТОРОВ ЭЛЕКТРОТРАНСПОРТА .....	47
<i>Гладчук І.З., Назаренко О.Я., Димитрова Н.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА .....	53
<i>Глушченко Т.А.</i> ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИЦЬ ШВЕЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ БУКОВИНИ .....	58
<i>Гурський О.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	61
<i>Дідушко О.М.</i> ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ, ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ВМІСТОМ ГОРМОНІВ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ .....	63
<i>Журавльова Л.В., Огнева О.В.</i> ЗВ’ЯЗОК МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ З РІВНЕМ ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-1 У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ .....	68
<i>Задорожна Б.В.</i> ГЕМОДИНАМІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЛІКВОРОДИНАМІЧНОМУ СИНДРОМІ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ.....	71
<i>Задорожна Б.В.</i> НУКЛЕЇНОВІ КИСЛОТИ ПРИ СТРУСІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ .....	74
<i>Іванов В.П., Юзвизина О.В.</i> КЛІНІЧНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ЧИННИКИ, АСОЦІЙОВАНІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І КАЛЬЦИНОЗ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ .....	76
<i>Кавчук О.М., Гараніна Т.С., Краснюк І.П.</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГІБРИДНОГО РЕСТАВРАЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ SPECTRUM (TRN 3).....	81

ментальних животних. Виявлено, що захисні ефекти ендogenous стероидного гормона оубаин, як протекторного фактора касательно проксимального сегмента нефрона, при пассивном нефриті Хейманна, проявляються на показателях физического развития експериментальных животних, функции почек, патоморфологических субстратах захворювання.

**Ключевые слова:** хроническое заболевание почек, пассивный нефрит Хейманна, альбуминурия, оубаин.

### KIDNEY DAMAGE AND EFFECTS OF THE ENDOGENOUS STEROID HORMONE OUABAIN IN THEIR CORRECTION ON AN EXPERIMENTAL MODEL OF CHRONIC KIDNEY DISEASE (PASSIVE HEYMANN'S NEPHRITIS)

*E.A. Burlaka*

**Abstract.** Kidney function impairments during the development of passive Heymann's nephritis in rats which is a model of chronic kidney disease associated with albuminuria has been examined. It has been found that the development of the disease is characterized by damage to the glomerular filtration barrier, the formation of renal functional insufficiency, relevant pathomorphologic lesions (focal segmental glomerulosclerosis, tubulo-interstitial damage), and is accompanied by an abnormal physical development of experimental animals. We have found out that the protective effects of the endogenous steroid hormone ouabain as a protective factor in case of lesions of the proximal segment of the nephron, passive Heymann's nephritis, manifest themselves on the indices of the physical development of experimental animals, renal function, pathomorphological substrates of the disease.

**Key words:** chronic kidney disease, passive Heymann's nephritis, albuminuria, ouabain.

National Medical University Named after O.O. Bohomolets' (Kyiv)  
Karolins'kyi Institute (Stockholm, Sweden)

Рецензент – проф. Ю.Є. Роговий

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 21-26

Надійшла до редакції 31.08.2012 року

© Є.А. Бурлака, 2012

УДК 616.314-02

*Р.А. Бучок, О.Б. Беліков*

### ПОШИРЕНІСТЬ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА ПРИЧИННО – НАСЛІДКОВІ ЗВ'ЯЗКИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** У статті представлені дослідження щодо визначення поширеності некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентської молоді та причинно-наслідкових зв'язків їх виникнення. Встановлено, що серед причин розвитку некаріозних уражень зубів переважаючими є екзогенні чинники, а саме: недотримання

раціональної гігієни порожнини рота, вживання газованих напоїв і соків тощо.

**Ключові слова:** поширеність, некаріозні ураження зубів, структура стоматологічних захворювань, причинно-наслідкові зв'язки, екзогенні та ендogenous чинники.

**Вступ.** Некаріозні ураження твердих тканин зубів об'єднують у собі групу стоматологічних захворювань, що призводять до прогресивної втрати емалі та дентину зубів, порушення функції жування та косметичних недоліків. Наявність некаріозних уражень зубів стає дедалі більшою проблемою стоматологічного лікування дітей та дорослих [3]. Розповсюдженість даних уражень твердих тканин зубів за останні 15 років досягнула 85 %, хоча в 1970-х роках не перевищувала 12 % [5]. Окрім того, у зв'язку зі змінами ритму життя, стресовими ситуаціями, непомірним вживанням продуктів із низьким рН, надзвичайними стандартами індивідуальної гігієни ротової порожнини, досить часто трапляються поєднані форми некаріозних уражень зубів: ерозія та клинопо-

дібні дефекти, ерозія та вертикальна форма стирання та ін. [2, 6].

**Мета дослідження.** Вивчити поширеність некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентів стоматологічного факультету та дослідити причинно-наслідкові зв'язки їх виникнення в структурі стоматологічних захворювань.

**Матеріал і методи.** Для досягнення поставленої мети нами обстежено 72 студенти стоматологічного факультету Буковинського державного медичного університету віком 18-29 років.

Усі обстежені були розподілені на дві групи. Першу групу склали 52 студенти стоматологічного факультету, в яких виявлено некаріозні ураження зубів. Відповідно, до другої групи увійшли 20 студентів без наявних ознак некаріозного ура-

ження твердих тканин зубів. У кожній із груп був проведений рандомізований розподіл за статтю.

На кафедрі терапевтичної та ортопедичної стоматології проведено обстеження та анкетування усіх респондентів, результати якого занесені до карти огляду пацієнта.

Спеціально розроблена карта огляду включала паспортну, клінічну та анкетну частини.

Паспортна частина містила загальну інформацію щодо обстеженого, де вказувалось його прізвище, ім'я та по батькові, а також вік, стать, адреса проживання та навчальний заклад.

Клінічна частина карти огляду дозволяла отримати інформацію щодо стану тканин ротової порожнини. У карті обстеження відмічали зубну формулу, суб'єктивні скарги пацієнта, інформацію стосовно стану прикусу та гігієни ротової порожнини, наявності чи відсутності захворювань твердих тканин зубів, пародонта та ясен, наявності супутньої патології та некаріозних уражень. При виявленні некаріозних уражень з'ясували час їх виникнення, ступінь розвитку, глибину ураження, наявність чинників у порожнині рота, які могли сприяти появі чи прогресуванню даного ураження тощо.

Запитання анкетної частини спрямовані на виявлення ймовірних етіологічних чинників виникнення некаріозних уражень зубів. Перелік питань для анкетного опитування вміщував запитання щодо зубної пасти, якою здійснюється чищення зубів, жорсткості зубної щітки, кратності чищення зубів за день, наявності допоміжних засобів гігієни в щоденній індивідуальній гігієні порожнини рота, наявності чи відсутності шкідливих звичок, частоти вживання соків, газованих напоїв, чаю та кави. Також були запитання, які стосувалися раніше проведеного відбілювання зубів, знань пацієнта про виявлені в нього ураження, наявності естетичного дискомфорту, спричиненого виявленими некаріозними ураженнями, відомостей щодо проведеного раніше лікування або бажання пацієнта проводити лікування.

Таким чином, дані, що були внесені до карти обстеження, дозволяли нам спостерігати за наявністю в даного пацієнта некаріозних уражень,

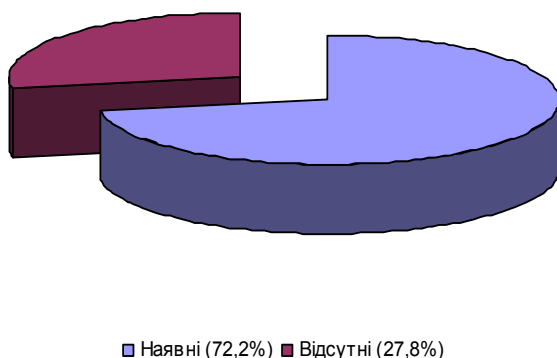


Рис. 1. Поширеність некаріозних уражень

проаналізувати їх зв'язок із станом порожнини рота в цілому та визначити ймовірні чинники їх виникнення.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

У результаті проведеного дослідження виявлено некаріозні ураження різноманітного генезу в 52 (72,2 %) студентів. Отримані дані щодо поширеності некаріозних уражень узгоджуються із даними інших авторів [1, 4, 5], у яких вказано зростання даної патології серед осіб молодого віку (рис. 1).

Індекс КПВ у першій групі обстежених склав 6,4, а у другій групі – 7,5. Отримані показники свідчать про середній ступінь інтенсивності каріозного процесу згідно з даними ВООЗ. Показники каріозних та запломбованих зубів виявилися вищими в контрольній групі, де не було виявлено некаріозних уражень, а показник видалених зубів – переважав у дослідній групі (рис. 2).

Із цього можна дійти висновку, що інтенсивність каріозного процесу не впливає на наявність чи відсутність некаріозних уражень.

Стан гігієни серед студентів дослідної групи можна охарактеризувати як хороший, а серед студентів контрольної групи – як задовільний. Незадовільну та погану гігієну ротової порожнини більшою мірою виявлено в контрольній групі, що відображено на діаграмі (рис. 3).

Серед усіх некаріозних уражень, що були виявлені при обстеженні студентів, найбільш часто траплялися гіпоплазія емалі (24 %) та травматичні ураження зубів (24 %), що склали майже половину усіх виявлених уражень (рис. 4). Окрім гіпоплазії та травматичних уражень також виявлено гіперестезію твердих тканин зубів (17,4 %), клиноподібні дефекти (9,3 %), дисколорити зубів (9,3 %), патологічне стирання (5,3 %), пігментований зубний наліт (4 %), ерозії емалі (4 %) та аномалії форми зубів (2,7 %).

Траплялися також і поєднані патології, зокрема поєднання травматичних уражень та гіпоплазії емалі, гіпоплазії емалі та дисколоритів зубів, а також клиноподібного дефекту та дисколоритів зубів.

При дослідженні причинно-наслідкових зв'язків між виникненням некаріозних уражень

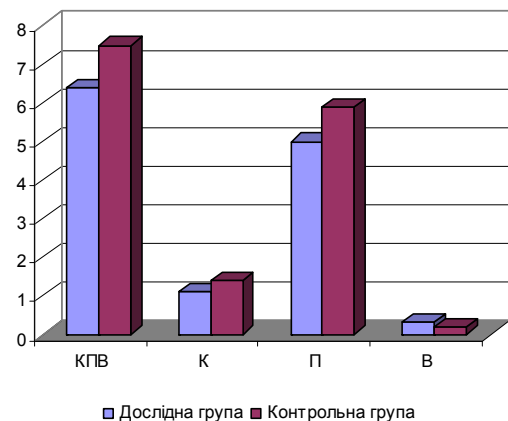


Рис. 2. Інтенсивність ураження каріесом у дослідній та контрольній групах

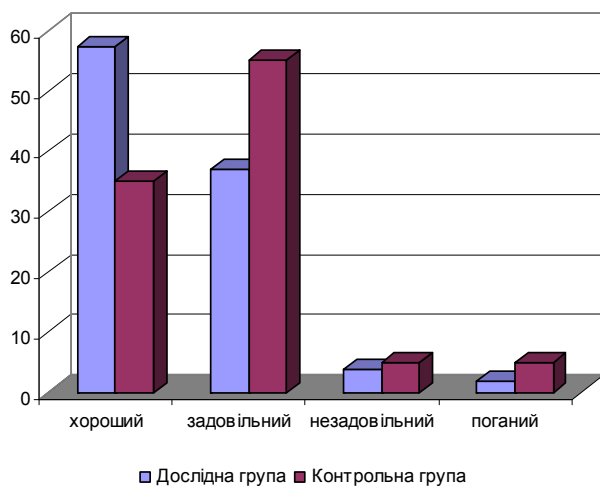


Рис. 3. Рівень гігієни за методом Федорова-Володкіної



Рис. 4. Виявлені некаріозні ураження твердих тканин зубів

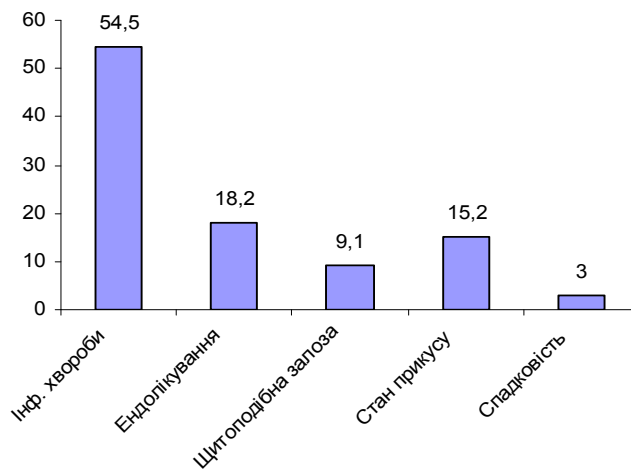


Рис. 5. Ендогенні чинники виникнення некаріозних уражень зубів

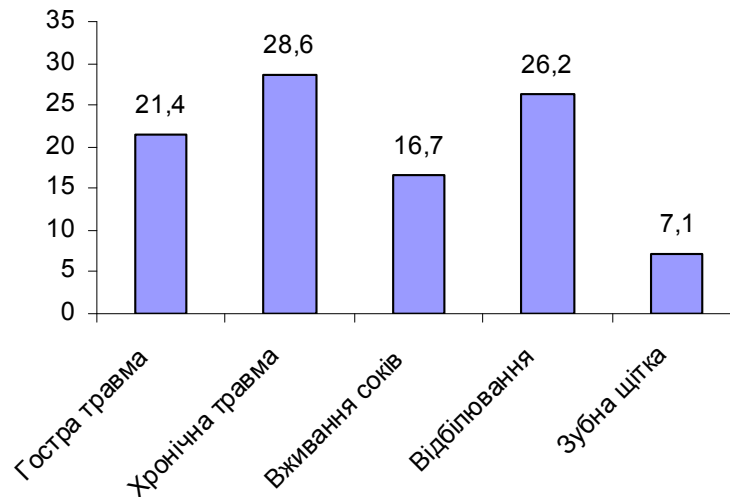


Рис. 6. Екзогенні чинники виникнення некаріозних уражень зубів

зубів і факторів, які викликають їх або сприяють їх розвитку, нами особливо відмічено деякі екзогенні та ендогенні чинники (рис. 5, 6). Так, найбільш поширеними ендогенними етіологічними чинниками є: інфекційні захворювання (54,5 %), ендодонтичне лікування зубів (18,2 %), вид прикусу (15,2 %), захворювання щитоподібної залози (9,1 %) та спадковість (3,0 %). Серед екзогенних етіологічних чинників нами виявлені хронічні (28,6 %) та гострі травми зубів (21,4 %), вплив відбілюючих агентів на тверді тканини зуба (26,2 %), часте вживання соків чи газованих напоїв (16,7 %) та надмірний механічний вплив зубної щітки (7,1 %).

Таким чином, у структурі стоматологічних захворювань некаріозні ураження твердих тканин зубів серед осіб молодого віку займають 72,2 %, що характеризує їх високу поширеність та відповідає дослідженням вітчизняних і зарубіжних авторів.

#### Висновки

1. Виявлена висока поширеність некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентів стоматологічного факультету Буковинського державного медичного університету, що досягла 72,2 %.
2. Встановлені причинно-наслідкові зв'язки між виникненням некаріозних уражень та етіологічних чинників, які їх викликали.
3. Причиною утворення некаріозних уражень серед студентів є переважно вплив різноманітних екзогенних чинників.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

*Р.А. Бучок, А.Б. Беликов*

**Резюме.** В статье представлены исследования по определению распространенности некарриозных поражений твердых тканей зубов у студенческой молодежи и причинно-следственных связей их возникновения. Установлено, что среди причин развития некарриозных поражений зубов преобладающими являются экзогенные факторы, а имен-

**Перспективи подальших досліджень.** Врахування етіологічних чинників виникнення некаріозних уражень зубів дозволить краще зрозуміти патогенез розвитку різноманітних некаріозних уражень, що покращить ефективність лікування та профілактики даного виду уражень зубів.

#### Література

1. Безвужко Е.В. Лікування системної гіоплазії емалі / Е.В. Безвужко // Современ. стоматол. – 2010. – № 5. – С. 59-60.
2. Белоклицкая Г.Ф. Некариозные поражения твердых тканей зубов / Г.Ф. Белоклицкая // Мистецтво лікування. – 2006. – № 9. – С. 88-90.
3. Кріль І.А. Поширеність системної гіоплазії емалі у школярів м. Івано-Франківська / І.А. Кріль, М.М. Рожко // Гал. лікар. вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 53-55.
4. Макеева И.М. Клиническая оценка эффективности дентингерметизирующего раствора при лечении некариозных поражений зубов – клиновидного дефекта и эрозии твердых тканей зуба / И.М. Макеева, Н.Н. Адян // Клин. стоматол. – 2008. – № 3. – С. 82-85.
5. Олейник Е.А. Динамическое исследование состояния зубной эмали у пациентов с гипоплазией / Е.А. Олейник // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – № 1. – С. 42-43.
6. Ткаченко І.М. Етіологічні чинники в розвитку патологічної стерстості емалі зубів / І.М. Ткаченко // Вісн. пробл. біол. і мед. – 2011. – Вип. 2. – Т. 1. – С. 48-50.

но: несоблюдение рациональной гигиены полости рта, употребление газированных напитков и соков и т.п.

**Ключевые слова:** распространенность, некариозные поражения зубов, структура стоматологических заболеваний, причинно-следственные связи, экзогенные и эндогенные факторы.

## PREVALENCE OF NONCARIOUS LESIONS OF THE HARD TISSUES OF THE TEETH AMONG STUDENTS AND CAUSE-AND-EFFECT RELATIONSHIPS OF THEIR ONSET

*R.A. Buchok, O.B. Belikov*

**Abstract.** The paper presents a research that determines the prevalence of noncarious lesions of the hard tissue of the teeth among students and cause-and-effect relationships of their onset. We have found out that among the causes of noncarious lesions of the teeth exogenous factors are predominant, namely: noncompliance of rational oral hygiene, drinking aerated drinks and juices etc.

**Key words:** prevalence, noncarious lesions of teeth, structure of dental diseases, cause-and-effect relationships, exogenous and endogenous factors.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Н.Б. Кузник

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 26-30

Надійшла до редакції 21.09.2012 року

© Р.А. Бучок, О.Б. Беліков, 2012

УДК 616.314.17:615.27.2

*Н.В. Ватаманюк, О.Б. Беліков*

## ОБҐРУНТУВАННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** Останнім часом досягнуті певні успіхи в пошуках нових і удосконаленні відомих способів лікування хронічного періодонтиту. Проте багато питань етіотропної і патогенетичної терапії вимагають подальшої розробки. Усе ще залишаються невирішені питання,

відновлення структури і функції періапикальних тканин після лікування деструктивних форм захворювання.

**Ключові слова:** хронічний верхівковий періодонтит, одонтогенна інфекція, діагностика.

**Вступ.** У структурі стоматологічної захворюваності періодонтит посідає третє місце після карієсу зубів і пульпіту, а у віковій групі 34-47 років частка цієї форми ускладненого карієсу досягає 50 % [3, 13, 14, 15]. За даними російських досліджень, поширеність ускладнень карієсу зубів – пульпітів і періодонтитів становить – 93,2 % [1, 8, 11, 18].

Аналіз кількості хворих, що звернулися до стоматологів, і вивчення клінічно-рентгенологічної картини хронічних форм періодонтиту показують, що фіброзний періодонтит реєструється в 41,2 % випадків; гранулематозний періодонтит виявлений у 24,6%, а найбільш агресивний – гранулюючий – становив 34,2 % [19, 20, 23, 27].

Незважаючи на успіхи сучасної ендодонтії, питома вага хронічного періодонтиту протягом останніх років зберігається на стабільно високому рівні [11, 31, 32, 33].

Аналіз рентгенологічної картини ступеня obturації кореневих каналів, проведений [28], показав вкрай низький (не більше 25%) рівень

якості ендодонтичного лікування серед обстежених осіб, повноцінна obturація кореневих каналів має місце у 36,3 % зубів, а потреба в «перелікуванні каналів зубів» у три рази перевищує потребу в їх первинному лікуванні. Дані епідеміологічних досліджень [9, 10, 14].

У патогенезі періодонтиту провідне місце посідає патологічний процес, який розвивається в навкол зубній кістковій тканині. Найбільшу небезпеку для людини становлять деструктивні форми хронічного періодонтиту, які є потенційними осередками одонтогенної інфекції і знижують тим самим імунологічний захист організму [7, 12].

Тому значне місце в ефективності лікування деструктивних форм періодонтитів посідає своєчасна діагностика [15, 34]. Обстеження пацієнтів розпочинається зі збору анамнезу життя і стоматологічного анамнезу. З'ясовуючи скарги пацієнтів на біль, визначають початок, частоту, тривалість, характер болю, її посилення або полегшення від різних подразників, але всі ці характеристики мають суб'єктивний характер і

© Н.В. Ватаманюк, О.Б. Беліков, 2012