



З результатів визначення гігієнічного індексу Silness-Loe видно, що він зростає втричі та знижується більш, ніж вдвічі після лікування. Індекса Шиллера-Пісарєва теж достовірно зростає та майже повністю нормалізується після лікування. Індекс РМА зростає більше, ніж у 3 рази, введення лізоцима-форте суттєво знижує цей показник, однак не повертає його до рівня у здорових осіб. У хворих рівень еластази в слині зростає майже вдвічі, Лізоцим-форте суттєво знижує активність еластази. У хворих на ШКП активність уреазі зростає в 5 разів. Лізоцим-форте знижує рівень уреазі в 2 рази. У хворих на ШКП в слині значно знижується активність лізоцима, введення Лізоцима-форте достовірно підвищує цей показник.

Таким чином, проведені нами клінічні дослідження підтвердили позитивні результати лікувально-профілактичної дії Лізоцима-форте: застосування препарату «Лізоцим-форте» здійснює стоматопротекторну дію, знижуючи рівень маркерів запалення і показники дентальних індексів, проте, у хворих на гастрит, гастродуоденіт, гастропатію розвивається стоматит.

**Скрипа О. Л.**

### **ЧАСТОТА ДІАГНОСТОВАНИХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ**

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Однією з основних медико-соціальних проблем є зростання травматизму в молодого працездатного віку. Переломи кісток обличчя характеризуються частотою, а провідне місце займають переломи нижньої щелепи, які становлять від 45% до 95%.

Метою дослідження є аналіз частоти скронево-нижньощелепних розладів у хворих із переломами нижньої щелепи залежно від віку та локалізації.

Обстежено 164 пацієнта, що були госпіталізовані у відділення хірургічної стоматології Чернівецької обласної клінічної лікарні, з приводу травматичних переломів нижньої щелепи. Також, опрацьовано журнали реєстрації пацієнтів, що звернулися до щелепно-лицевого травм пункту в порядку надання швидкої медичної допомоги. Досліджено 4 симптоми для визначення скронево-нижньощелепних розладів, а саме: біль при пальпації суглобів, наявність шумів у суглобах, біль при пальпації жувальних м'язів, порушення траєкторії відкривання рота. Серед 164 хворих з переломами нижньої щелепи різної локалізації у 111 обстежених виявлено дисфункцію СНЩС: у 100% осіб із переломами пришийкової ділянки та вінцевого відростка нижньої щелепи. У 1,9 та у 1,5 рази рідше спостерігали дисфункцію СНЩС при серединних та бокових переломах ніж при переломах кута нижньої щелепи. Частота скронево-нижньощелепних розладів у хворих із переломами нижньої щелепи зросла зі збільшенням віку. Максимальна поширеність дисфункції СНЩС була у хворих із переломами нижньої щелепи у 36-45 років (89,19 $\pm$ -5,10)%,  $p < 0,01$  та у 46-55-річних обстежених- (90,32 $\pm$ -5,21)%,  $p < 0,01$ . У осіб старшої вікової групи поширеність скронево-нижньощелепних розладів становила (33,33 $\pm$ -9,62), (рис.).

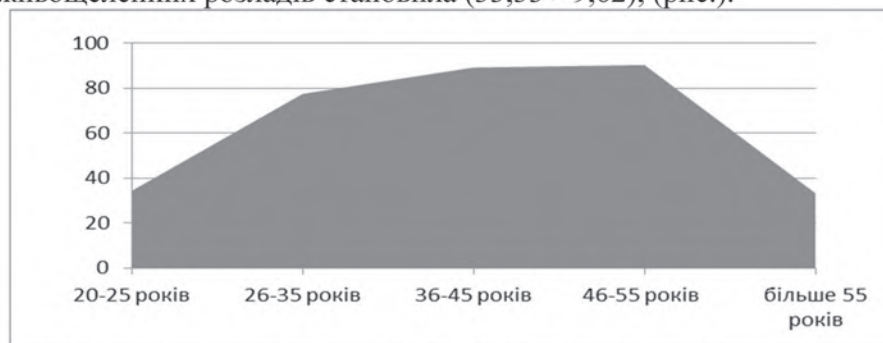


Рис. Середні значення частоти дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу у хворих із переломами нижньої щелепи різної локалізації залежно від віку.



У результаті проведених досліджень встановлено, що переломи нижньої щелепи різної локалізації сприяють виникненню розладів скронево-нижньощелепного суглоба, частота виникнення яких склала 67,68% зі 100% поширеністю при переломах пришийкової ділянки і вінцевого відростка нижньої щелепи. При цьому максимальну частоту розладів спостерігали в осіб із переломами нижньої щелепи різної локалізації у віці 36-55 років і у середньому вона склала 89,76%.

**Шостенко А.А.**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ ТА МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ**

*Кафедра стоматології дитячого віку*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Катаральний гінгівіт є однією з найбільш поширених патологій тканин пародонту в осіб молодого віку, про що свідчать численні епідеміологічні дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів.

Імунні механізми, що приймають участь у формуванні клінічних варіантів генералізованого катарального гінгівіту, до сьогодні, вивчені недостатньо. Саме тому, важливим є вивчення особливостей місцевого імунітету, що дозволило б уточнити патогенез хронічного перебігу генералізованого катарального гінгівіту.

В зв'язку з цим, метою нашого дослідження є аналіз результатів дослідження показників цитокінової системи до і після комплексної терапії у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт. В дослідженні приймали участь 33 хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт віком від 18 до 30 років. Вміст концентрації ІЛ-1 $\beta$ , ФНП- $\alpha$  та ІЛ-4 визначали в ротовій рідині за допомогою наборів реагентів «Протеиновый контур», «Цитокин» (РФ) методом твердофазного імуноферментного аналізу за стандартною методикою, згідно до інструкцій виробника.

Аналіз результатів вмісту показників цитокінів у ротовій рідині дозволили виявити в пацієнтів із хронічним генералізованим катаральним гінгівітом статистично значимі відхилення рівнів ІЛ-1 $\beta$ , ФНП- $\alpha$  та ІЛ-4 від значень прийнятої норми. Проте, виявлені порушення не свідчили про наявність дисбалансу у функціонуванні цитокінової системи, оскільки їх продукція в ротовій рідині підвищувалась або зменшувалась неістотно і не виходила за рамки діапазону загальноприйнятих референтних значень.

Враховуючи всі виявлені етіологічні та патогенетичні ланки захворювання, нами розроблено та впроваджено комплексну терапію, яка передбачає застосування професійних гігієнічних заходів, засобів антибактеріальної та імунокорегуючої дії з певною послідовністю. Всім пацієнтам, на першому етапі лікування, здійснювали професійні гігієнічні заходи в комплексі з зрощуванням міжзубних проміжків та аплікації слизових оболонок ясен хлоргексидин-вмісними засобами. На другому етапі лікування хворі отримували базове лікування: стандартну антибактеріальну терапію хлоргексидин-вмісними засобами. Додатково призначали пробіотик («Біфідобактерин» по 5 доз 2 рази на добу, курсом до 10 днів) та імунокоректор («Циклоферон» перорально, по 300 мг. на добу, курсом до 10 днів).

Таким чином, проведене комплексне етапне лікування генералізованого катарального гінгівіту забезпечує позитивну динаміку цитокінового профілю, призводить до ліквідації запальних явищ в яснах через 6-7 відвідувань у 93,3 % хворих з хронічним перебігом захворювання.