

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ  
ХІРУРГІЇ І ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Матеріали міжнародної науково-практичної конференції  
16-17 вересня 2005 р.



м.Івано-Франківськ  
16-17 вересня 2005 р.

мазь, що має широкий спектр дії: антимікробну, протизапальну, гемостатичну, знеболюючу, стимулюючу регенерацію.

Дісанолова мазь вміщує гідросаліцилат  $\beta$ -диметиламіноетилового ефіру бензгідролу та поліетиленоксидну основу. Поліетиленоксидні основи проявляють осмотичну активність і слабку бактерицидну дію, що сприятливо позначається при лікуванні забруднених ран, стійкі до дії світла, тепла, вологи, до змін pH середовища в широкому інтервалі.

В гострому експерименті після накладання 0,016% Дісанолової мазі на гнійно-некротичну поверхню рани некротичні тканини відшаровуються, настає стимуляція репаративних процесів у рані та епітелізація.

Дослідження гострої токсичності мазі та основи проводили в дослідах на білих мишах та морських свинках. В результаті експерименту встановлено, що при одноразовому нанесенні на шкіру Дісанолової мазі та основи морським свинкам і білим мишам та при введенні per os білим мишам змін зі сторони інтегральних, гематологічних, біохімічних показників крові та морфологічної структури внутрішніх органів піддослідних тварин не виникає, що свідчить про нешкідливість даного препарату в умовах гострого експерименту.

#### **ВЛАСТИВОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ – ДІСАНОЛУ-1**

*Кардашук М.Д., Ганущак М.І., Середюк Н.М., Ожоган З.Р., Грицик А.Р.  
Івано-Франківська державна медична академія,  
кафедра ортопедичної стоматології, госпітальної терапії  
і кафедра факультетської фармакології.*

Однією із проблем для лікування гнійних ран є вибір медикаментозного середника. Для лікування ускладнених інфекційних гнійних ран застосовують різноманітні види лікарських форм, які доповнюють одна одну. Лікування гнійних ран передбачає потрійний підхід: хірургічна обробка рани, системний та місцевий медикаментозний вплив.

При лікуванні гнійних ран, які не потребують хірургічних втручань, або оперативні втручання можуть погіршити загальний стан хворих використовують різні медикаментозні середники, та на превеликий жаль їх часто приходиться замінювати із-за малої ефективності або алергічної реакції.

Як відомо, раневий процес - це комплекс загальних і місцевих реакцій організму у відповідь на ушкодження тканин спрямованих на загоювання ран.

Усі м'які лікарські форми, що випускаються «фармацевтичною фірмою «Дарниця» для лікування ускладненої інфікованої рани - це комбіновані, тобто багатокомпонентні препарати, створені на гідрофільній полімерній основі, де в кожному з самого початку закладені якості, максимально відповідні фазовому (альтеранції, ексудатції, грануляції і епітелізації) показнику раневого процесу і володіють різними фармакокінетичними та фармакодинамічними властивостями.

такими як: антимікробними, місцевоанестезуючими, сорбуючими ексудат і очищає рану, стимулюючи репаративні процеси.

Метою нашого винаходу є пошук фармакологічно активної сполуки, яка би відповідала вищевказаним вимогам і заміщала багатокомплексні препарати при лікуванні гнійних ран.

Таким є наш препарат: гідросаліцилат- $\beta$ - диметиламіноетиловий ефір бензгідролі Дісанол-1, який має протизапальні, антимікробні, гемостатичні, анальгезуючі і стимулюючі регенерацію властивості.

В експерименті на піддослідних тваринах: собаках, морських свинках, щурах і мишах встановлено, що Дісанол-1 має протизапальні, антимікробні, анальгезуючі, гемостатичні і репаративні властивості, що зменшують запалення, змінює клітинний склад в сторону прискорення переходу з фази резорбції клітинних структур, зруйнованих при запаленні макрофагами і лімафоцитами, що вказує на прискорення процесу загоювання ран. Побічні явища відсутні. Відбувається стимуляція росту фібробластів.

Дісанол-1 є високоефективним антисептиком, некролітиком, анальгетиком і стимулятором регенеративних процесів при загоюванні гнійних ран і не дає алергічних реакцій.

#### **ВПЛИВ „ДІСАНОЛУ-1” НА ДЕЯКІ БІОХІМІЧНІ ТА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ, СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАДМІОЗІ**

*Кардашук М.Д., Ерстенюк Г.М., Годованець О.І.  
Івано-Франківська державна медична академія,  
кафедра ортопедичної стоматології, кафедра біохімії.*

Антропогенне забруднення довкілля мікроелементами із групи важких металів викликає серйозну стурбованість своїми негативними наслідками для здоров'я людини. Особливе занепокоєння викликає кадмій, який входить до складу срібного припою, що застосовується при створенні металевих конструкцій зубних протезів. Оскільки цей елемент володіє високою канцерогенною та мутагенною активністю і є антагоністом до таких життєво важливих елементів як: цинк, кальцій, селен, тощо. Даний елемент поступає із продуктів харчування. З літературних джерел відомо, що при експериментальному кадміозі спостерігаються зміни органів ротової порожнини, порушуються процеси кровотворення, фосфорно-кальцієвий обмін. Враховуючи це, метою нашої роботи було вивчення впливу „Дісанолу-1” на стан тканин порожнини рота, гематологічні індекси і біохімічні показники за умов експериментального хронічного кадміозу. „Дісанол-1”- препарат, що володіє протизапальною, десенсибілізуючою, імуномодуючою та протекторною діями. Паралельно вивчалась лікувальна та протекторна дія препарату. Експериментальний кадміоз стримували внутрішньом'язевим введенням

хлориду кадмію у дозі 1200 мкг/кг маси тіла протягом 10 днів. „Дісанол-1” вводили шляхом внутрішньом’язевих ін’єкцій. Проведені нами дослідження засвідчують нормалізуючий вплив „Дісанолу-1” на стан тканин пародонту, гематологічні індекси, зокрема рівень гемоглобіну, кількість еритроцитів, лейкоцитів, на рівень АсАТ, АлАТ, показників фосфорно-кальцієвого обміну у експериментальних тварин в умовах хронічного кадміозу. Виявлена позитивна дія „Дісанолу-1” у попередженні пошкоджень тканин пародонту хлоридом кадмію.

### РОЗШИРЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НЕЗНІМНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ

**Кирилюк М.І.**

*Івано-Франківська державна медична академія,  
кафедра ортопедичної стоматології.*

Незнімні мостоподібні протези є одним із найпоширеніших видів зубних протезів для заміщення часткових дефектів зубних рядів.

У порівнянні з частковими пластинковими чи біогельними вони характеризуються вищою функціональною ефективністю, надійністю фіксації і тому кращим психологічним сприйняттям серед пацієнтів.

Проте, ці протези мають і значні недоліки, пов’язані з необхідністю препарування твердих тканин опорних зубів. Причому для естетичних конструкцій воно буває настільки об’ємним, що, навіть при технічно бездоганному проведенні, призводить до ряду ускладнень зі сторони пульпи зуба, пародонту, серцево-судинної та інших систем організму навіть при бездоганному проведенні (Гаврилов Е.И., 1984, Варес Э.Я., 1992 та ін.).

З метою зменшення кількості препарованих опорних зубів обґрунтовують застосування консольних мостоподібних протезів. Але, оскільки такі конструкції з біомеханічних позицій несприятливі для пародонту, ними, згідно показань, можна заміщувати відсутність лише окремого переднього зуба, а при дистально необмежених дефектах умовою є залучення, а отже й препарування, щонайменше двох опорних зубів (Рожко М.М., Неспрядько В.П., 2003).

З міркувань зменшення «ефекту важеля» іноді в клініці подовжують тіло консольного протеза у вигляді оклюзійної накладки на сусідній зуб.

Проте, наші спостереження показали, що такі конструкції мають ряд недоліків. Це зокрема ретенція їжі під оклюзійними накладками, недостаття локальна гігієна, стирання зуба, травмування язика, неможливість поладження при відломі оклюзійної накладки, необхідність препарування ложа під неї, часті відривання накладки від зуба при фіксації на композит.

Враховавши перелічені недоліки ми застосували опадливу для опорних зубів методику конструювання мостоподібних протезів.

Результатом її є те, що тіло первинно консольної конструкції має додатковий

елемент адгезивної фіксації до контактної та оральної сторін сусіднього непрепарованого чи мінімально препарованого зуба. Незалежно від матеріалу виготовлення мостоподібного протеза такий елемент виготовляли із фотополімерів, армованих скловолоконними стрічками «Fibreson», «Fiber Splint», «J. Fiber Tape», «Glas Span».

Наші клінічні спостереження на протязі чотирьох років показами ефективності застосованої конструкції, бо у випадку поломки адгезивного елемента його доступно поладити в ротовій порожнині. Ліквідація ж негативного впливу на пародонт «ефекту важеля» консольної конструкції розширює показання до застосування мостоподібних конструкцій, уникаючи зайвого препарування опорних зубів.

### ШИНА «МАМЛЮКА»: ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ, АЛЬТЕРНАТИВИ

**Кирилюк М.І.**

*Івано-Франківська державна медична академія,  
кафедра ортопедичної стоматології.*

Однією із незнімних шин, що застосовується як ортопедичний засіб комплексного лікування пародонтиту є шина Мамлюка.

Суть конструкції такої шини полягає у поєднуванні в шинуючому блоці системи литих металевих на зубних накладок із внутрікореневими штифтами.

Перевагами вказаної шини у порівнянні з, наприклад, ковпачковою чи системою сполучених штучних коронок є менший об’єм препарування опорних зубів та відносно кращий естетичний вигляд.

На протязі тривалого часу цю шину описують у літературі, рекомендованій для підготовки лікарів-стоматологів (Гаврилов Е.И., Щербakov А.С., 1984; Бушан М.Г. та ін., 1988; Копейкин В.Н. та ін., 1988; Рожко М.М., Неспрядько В.П., 2003). При цьому до недоліків шини автори відносять лише необхідність у депульпуванні опорних зубів.

Проте, наші клінічні спостереження показали, що застосування таких шин має ряд інших, нерідко суттєвих, недоліків.

Було проаналізовано і систематизовано ці недоліки та викликані ними ускладнення у осіб, що користувались такими шинами на протязі від трьох до семи років. До них ми віднесли наступні:

1. Розвиток вторинного карієсу на межі між зубом і шиною по мірі руйнування і вимивання фіксуючого цементу. Іноді при цьому спостерігали сколи країв емалі та травмування язика краєм шини.

2. За наявності діастеми і трем, які часто виникають при пародонтиті внаслідок травматичної оклюзії, шина порушує естетику, а при маскуванні її композитом метал нерідко впливає на зміну його кольору.

3. Наявність додатково металу в ротовій порожнині.