



of groups III and IV. It was found that after complex treatment, this indicator of the resorption process in bone tissue had no differences from the values of healthy ones.

Significantly, in the long period after treatment, the investigated marker of the resorption process was consistent with the accepted norm and increased only with a sharp increasing in the oral cavity of IL-1 $\beta$  in patients with recurrent inflammatory process in periodontal tissues. This results in increased synthesis of IL-1 $\beta$  of the mucous membrane of the gums, which is of key importance in the formation of inflammatory-destructive phenomena in patients with chronic generalized catarrhal gingivitis and initiates the early transition of the disease to periodontitis.

The studies underline the importance of a comprehensive study of biocenosis, state of local humoral immunity, cytokine profile and marker of bone resorption of  $\beta$ -Cross-Laps in saliva in patients with chronic generalized catarrhal gingivitis and in patients with initial chronic disease, significant for the detection of etiological and pathogenetic mechanisms that cause the development of inflammatory and inflammatory - destructive process in the initial period and on formation.

**Бєлєков О.Б.**

### **ОБГРУНТУВАННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ**

*Кафедра ортопедичної стоматології*

*Буковинський державний медичний університет*

Однією з проблем з якою звертаються пацієнти з повною втратою зубів, парадоксально, є не погана фіксація раніше виготовлених протезів, а прибавка в вазі. Здавалося б, не стабільність протезів, їх непристосованість до тканин протезного ложа повинні викликати схуднення. А все навпаки. У пацієнтів з повною втратою зубів змінюється раціон харчування. В ньому з'являється більше вуглеводів, менше овочів, фруктів, тому що фізично їх не розжувати. Пацієнти бажають вживати м'яку їжу, багату насиченими жирами і холестерином. У них з'являється страх прийняття їжі в громадських місцях, деякі пацієнти при жуванні використовують тільки верхніми протезами. Тому правильно виготовлений протез відновлює не тільки зовнішній вигляд пацієнта, не тільки функцію мовлення, а й істотно впливає на ефективність жування. Задоволеність пацієнта результатами протетичного лікування залежить від можливості зміни раціону харчування на звичний, багатий вітамінами і мікроелементами.

Тому метою дослідження було обґрунтувати фактори стабільності повного знімного протеза і ввести корективи в канони протезування повними знімними протезами. Як об'єкт дослідження була взята група пацієнтів з повною втратою зубів, яким лікарі різних клінік міста Чернівці виготовляли повні знімні протези.

Аналіз протезування проводили за критеріями обізнаності лікарів щодо факторів успішного протезування. При аналізі відповідей на поставлені питання було встановлено, що 57,33% опитаних лікарів ефективним результатом протезування вважають відмінну фіксацію протезів, правильність визначення центральної оклюзії і постановки штучних зубів. Із 57,33% опитаних тільки 25,42% лікарів знають особливості анатомо-фізіологічних змін після повної втрати зубів і на яких етапах протезування їх потрібно враховувати. Знають лабораторні етапи виготовлення повних знімних протезів 12,65% опитаних, із них тільки 6,34% володіють інформацією про те, як враховувати складні анатомічні умови на лабораторних етапах виготовлення. У той час як, 19,26% опитаних лікарів повністю покладаються на досвід і можливості зубного техника. Що не завжди, з моєї точки зору, є ефективно при виготовленні повних знімних протезів без урахування факторів їх стабільності. Необхідно відзначити, що існують два поняття фіксація і стабілізація повного знімного протезу. Іноді їх практичні лікарі ототожнюють. В той час, як ці два поняття зовсім відмінні. Фіксація зумовлена статичним станом протеза в порожнині рота. Тобто протез в стані спокою знімається із порушенням замикального клапана, в той час як під час функції не утримується на щелепі або балансує, особливо при значній атрофії, коли повністю відсутній альвеолярний гребінь. Іноді лікарі помилково думають, що кожний патологічний стан



вимагає ортопедичного лікування і має свою індивідуальну картину. При цьому відсутнє взагалі поняття тотальна протетика, не залежно від фіксації ортопедичної конструкції. Стабільність протеза забезпечується: анатомічними, протетичними і фізичними факторами. Високої стабільності можна досягти тільки в тому випадку якщо знати умови протетичного відновлення при виготовленні повних знімних протезів. Протяжність базису має велику роль, бо завдяки їй досягається достатня ретенція. При формуванні меж повного знімного протеза необхідно пам'ятати, що крім внутрішнього клапану є зовнішній, який залежить від вираженості нейтральної зони.

Лікар повинен розуміти, як проводиться постановка зубів і не тільки принципи, а й особливості залежно від клінічної картини. Правильна постановка зубів має велике значення, тому що завдяки їй ми досягаємо надійної статички протеза - правильного змикання, а по-друге: динаміки - під час виконання функцій жування, ковтання, мовлення. Для моделювання зовнішньої поверхні базису протеза обов'язково треба враховувати оточуючу м'язову мускулатуру. Також велике значення на стабільність протеза має в'язкість слини. Чим більша в'язка слина, тим краще фіксація протеза і навпаки, явище ксеростомії негативно відображається на стабільності протеза.

**Вітковський О.О.**

### **ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ПЕРІОСТИТИВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.**

*Кафедра стоматології дитячого віку*

*Буковинський державний медичний університет*

Проблема одонтогенних гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) у дітей залишається актуальною. Питома вага хворих із запальними захворюваннями ЩЛД становить від 30 до 56% і має тенденцію до зростання. Збільшення числа таких хворих обумовлено: 1. Високою поширеністю і інтенсивністю карієсу зубів. Поширеність карієсу у дітей України в різних вікових групах коливається від 81,4 до 99,5%. 2. Пізнім терміном звертання хворих за стоматологічною допомогою. 3. Несвоєчасною і нерадикальною хірургічною допомогою при первинному зверненні хворих.

Мета дослідження полягає в удосконаленні способу лікування одонтогенних запальних процесів у дітей шляхом додаткового до загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів призначення місцево пробіотичних пастилок для розсмоктування БіоГая Продентіс та перорально імуномодулятора імупрет на тлі корекції мікроелементного обміну організму вітамінно-мінеральним препаратом кальцемін аванс.

Було обстежено та проліковано 50 дітей віком 9-15 років. Основну групу склали 24 дитини. Групу порівняння склали 26 дітей яких лікували стандартними методами. Усі діти лікувались на базі КМУ "Міська дитяча стоматологічна поліклініка" м. Чернівці. Місцевий імунітет ротової порожнини оцінювали шляхом визначення вмісту sIgA, IgA, IgG в ротовій рідині. Змішану слину збирали безпосередньо перед виконанням локальних хірургічних маніпуляцій, шляхом спльовування в пробірки в об'ємі 5 мл. Параклінічне обстеження дітей, хворих на одонтогенні періостити, альвеоліти показало зниження рівня основних мінералізуючих компонентів ротової рідини, недостатність мікроелементів, зокрема цинку, міді, марганцю, що патогенетично впливає на процеси трофіки, регенерації та захисні механізми тканин ротової порожнини. Імунологічне обстеження дітей основної групи показало підвищення вмісту sIgA, IgA, зниження рівня IgG, та дисбаланс в системі цитокінів, що відображає напруження місцевого гуморального імунітету ротової порожнини.

Стан імунних механізмів захисту ротової рідини дітей характеризується зниженням активності лізоциму на 47,84 % ( $p < 0,05$ ), зниженням вмісту sIgA на 29,73 %, збільшенням вмісту IgA на 70,00 %, а IgG – на 64,52 % ( $p < 0,05$ ). Зміни цитокінового профілю також мали виражений характер, зокрема, у 2,26 рази зростала концентрація IL-1 $\beta$  ( $p < 0,05$ ) та 2,19 рази знижувався рівень IL-4 ( $p < 0,05$ ). Виявлені порушення відіграють важливу роль у розвитку