

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 ураноальвеолоостеопластики 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 відгисків 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

місяців –  $1,55 \pm 0,90$ ). Також стабільно низький РІ після початку лікування і до кінця спостережень (до ППЛ 1 –  $3,80 \pm 1,05$ , 12 місяців –  $3,53 \pm 1,20$ ) свідчить про слабку інтенсивність руйнування періодонта, а отже, і прогресування ХГП. Гігієнічний ефект ППЛ 1 був на високому рівні у пацієнтів третьої групи, що свідчить про регуляцію реколонізації біоплівки (P. L. Wang, 2010). Клінічні результати підкріплені достовірним зниженням рівнів ІЛ-1 $\beta$  ( $169,0 \pm 47,7$ ) пкг/мл, АСТ ( $64,4 \pm 26,9$ ) Од/л, АЛТ ( $76,6 \pm 22,0$ ) Од/л у пародонтальних кишнях під кінець дослідження. Довготривале застосування азитроміцину в субантибактеріальних дозах протягом від 12 тижнів до року реалізує протизапальну дію (P. C. Lai et al., 2011). Також виявляє імуномодельючий ефект, впливаючи на продукцію цитокінів, змінюючи функції поліморфноядерних клітин, запобігаючи надмірному запаленню і пов'язаному пошкодженню тканин та

інші протизапальні механізми (R. I. Aminov, 2013).

Пацієнтам віком від 26 до 70 років із ХГП I–III ступенів тяжкості з анамнезом неефективного попереднього лікування, частих загострень ХГП (раз на 3 місяці й частіше), швидким прогресуванням інтерпроксимальної деструкції міжальвелярних перетинок або з визначними генералізованими явищами активного запалення (РМА 80–100 %), показано призначення тривалого курсу азитроміцину (по 500 мг 1 раз на день 7 днів, далі по 500 мг раз на тиждень 12 тижнів), додатково до місцевого лікування, з прогностичною ефективністю 80 % упродовж щонайменше одного року, із задовільною переносимістю.

Подальші дослідження мають з'ясувати переносимість і можливі побічні ефекти тривалих курсів азитроміцину в якості ад'ювантної терапії різних форм хронічного генералізованого пародонтиту.

УДК 616.31-07-057:356.13(477.85)

©Н. Б. Кузняк, Т. С. Кіцак

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

## Стан гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів

На Чернівецькому вузлі Львівської залізниці працює 3661 залізничник, з них провідники складають найбільшу частку – 484 (13,2 %). Під час виконання своїх професійних обов'язків провідники потягів пасажирського залізничного сполучення постійно знаходяться під впливом низки шкідливих чинників: різкі зміни температурного режиму, шум та вібрація, запиленість, підвищений рівень мікробної забрудненості повітря вагонів, порушення режиму сну та відпочинку, психофізіологічні й нервово-емоційні навантаження.

Метою роботи було дослідити рівень гігієни порожнини рота, стан зубів, тканин пародонта, біохімічні параметри ротової рідини у провідників пасажирських вагонів.

Ми обстежили 52 працівники Чернівецького вузла Львівської залізниці. Основну групу склали 30 провідників пасажирських вагонів, у групу порівняння увійшли 22 осо-

би адміністративного персоналу залізниці. Залежно від віку обстежуваних поділили на чотири вікові групи. Оцінку гігієнічного стану ротової порожнини проводили за допомогою індексу Федорова–Володкіної та спрощеного індексу Green–Vermillion – ОНІ-S.

Результати опитування свідчать про незадовільний стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова–Володкіної в першій (2,16) і другій (2,32) вікових групах, а в третій (2,55) і четвертій (2,78) вікових групах – поганий. У групі порівняння за цим індексом стан гігієни незадовільний у всіх вікових групах в межах від 1,13 до 1,43. За індексом Green–Vermillion стан гігієни порожнини рота в основній групі у віці до 34 років – задовільний, а в подальшому погіршується і оцінюється як незадовільний. У контрольній групі стан гігієни порожнини рота знаходиться у межах оцінок «задовільний» (1,13 – 1,43).

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 вивчались 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 нестимулярована 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