

INDICES OF «UBT (UREA BREATH TESTS)» IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS OF MODERATE SEVERITY AGAINST HYPERACIDIC GASTRITIS

Barnich I. I., Romanova Y. G.

Abstract. Among the inflammatory diseases of the periodontal disease, one of the leading places is chronic generalized periodontitis, which affects more than 90% of the world's planet, and is marked by the steady increase in this pathology among young and middle-aged people.

Modern epidemiological data show the ability of chronic diseases of periodontal tissues to serve as a trigger and supportive mechanism for the development of systemic pathologies, in particular gastrointestinal tract diseases, when the presence of *H. pylori* is detected in 92% of patients. The participation of *H. pylori* in the pathogenesis of non-gastric diseases, in particular, in the pathogenesis of periodontal diseases has been shown.

Actual is the determination of the level of *H. pylori* in patients with chronic generalized periodontitis, associated pathology of the gastrointestinal tract, in particular chronic hyperacid gastritis.

The purpose and objectives of the study were to assess the level of *H. pylori* in patients with moderate severity of CKD on the background of chronic hyperacidic gastritis (CGD) at the stage of planning a closed curettage for the choice of post-operative drug therapy.

Research methods. A total of 80 patients (39 men, 41 women) aged 28 to 45 years old were examined, consisting of 2 groups: the main – 60 persons with chronic generalized periodontitis of moderate severity in the background of chronic hyperacidic gastritis and 20 practically healthy patients – a comparison group. A kinetic estimation of the level of *H. pylori* was performed on the concentration of ammonia in the air of the oral cavity using the urea breath test – UBT (urea breath tests). When the helicobacter pylori was detected, a quantitative study was carried out using a mass spectrometer. Depending on the percentage of carbon content in the exhaled air, there are 4 degrees of infection (percentage values): 1-3.4 light, 3.5-6.4 – average, 6.5-9.4 – severe, more than 9.5 – extremely difficult.

Research results and their discussion. The respiratory UBT (urea breath tests) in the main group was prevalent – 31 (51.7%) patients with an average grade of *H. pylori* content, a slight degree was found in 23 (38.3%) people. Severe and very severe degrees of eradication of *H. pylori* were detected in 4 (6.7%) and 2 (3.3%) cases, respectively. Obtained evidence clearly reflects the presence of infectious gastritis in patients with *H. pylori* infection. In the comparison group, patients with severe and very severe levels of *H. pylori* were not found. At the same time, in 11 people (55%), the test results were normal, only 4 (20%) and 5 (25%) were examined, respectively, in light and moderate degrees.

Considering that the degree of the course of the underlying disease involves the intensity of the severity of pathological changes in the periodontal disease, further research on the correlation between these indicators will be feasible.

Conclusion. Thus, the findings of *H. pylori* in patients with moderate to severe HGP on the background of HGH indicate an advantage of an average level of eradication. Conducting *H. pylori* eradication control with non-invasive Urethane Respiratory Urea (Urea breath tests) in this category of patients will allow to substantiate the duration of closed curettage and to choose adequate therapy aimed at preventing complications in the postoperative period.

Key words: chronic generalized periodontitis, chronic hyperacid gastritis, *Helicobacter pylori*.

Рецензент – проф. Ткаченко І. М.

Стаття надійшла 11.05.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-359-363

УДК 616.314.17- 008.1-089.23-06+615.242

¹Біда В. І., ¹Гурин П. О., ²В'юн Г. І.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНОЇ ВОЛОКОННОЇ ШИНИ ТА УНІВЕРСАЛЬНОЇ РОЗБІРНОЇ ПАРОДОНТОЛОГІЧНОЇ ШИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

¹Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)

²ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Рубіжне)

aviun1991@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведено в рамках науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за темою «Розробка методів діагностики, ортопедичного лікування та реабілітації хворих із патологією зубо-щелепної системи» (державний реєстраційний номер 0112U002363) та темою кафедри стоматології ДЗ «Луганський державний медичний університет» «Сучасні методи реабілітації стоматологічних хворих із застосуванням ортопедичних

конструкцій» (державний реєстраційний номер 0117U002587).

Вступ. Видалення зубів з «безнадійним» прогнозом пацієнтами сприймається важко, особливо, якщо видаленню підлягають зуби фронтальної ділянки [1]. В багатьох випадках пацієнти відмовляються від таких радикальних маніпуляцій і шукають альтернативні варіанти. Значна втрата підтримуючих тканин, внаслідок пародонтиту, призводить до значної рухомості, та як результат, втраті повноцінної функції. А отже, є необхідність використання ортопе-

дичних методів усунення патологічної рухомості, відновлення функції та естетики [2,3,4].

Серед великої кількості шинуючих конструкцій, пацієнтам імпонують естетичні малоінвазивні шини, які мають адгезивну фіксацію до твердих тканин зуба та потребують мінімального препарування. Найбільш розповсюдженою модифікацією адгезивної техніки шинування стало укріплення композиту скловолоконними стрічками для збільшення міцності та подовження терміну використання [5,6]. Проте, недоліки адгезивних волоконних шин (АВШ), пов'язані з такими ускладненнями, як порушення цілісності конструкції (відриви матеріалу, тріщини, сколи) та погіршення гігієни ротової порожнини за рахунок важкості догляду, і як результат накопичення на поверхні шини нальоту [7,8]. Останній фактор є ключовим, оскільки збільшення кількості пародонтопатогенних мікроорганізмів значно збільшує ризик загострення пародонтиту [9,10]. На відміну від АВШ, суцільнолітні шини здатні витримувати значні жувальні навантаження, але є певні складності з їх встановленням, пов'язані з переміщенням зубів при пародонтиті, та значним препаруванням зубів, включених в шину. Оскільки універсальна розбірна пародонтологічна шина (УРПШ) є розбірною та відносно малоінвазивною, то вона становить інтерес для використання у хворих на пародонтит зі значною втратою підтримуючих тканин зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи [11].

Мета дослідження. Метою цього ретроспективного дослідження є оцінити клінічну ефективність використання АКШ та УРПШ у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) II ступеня тяжкості та 2-3 ступенем рухомості фронтальних зубів нижньої щелепи після консервативної фази лікування.

Об'єкт і методи дослідження. Всі дослідження були виконані з дотриманням основних положень Good Clinical Practice (1996 р.) Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2013 рр.), наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р. та № 616 від 03.08.2012 р., в яких людина виступає об'єктом досліджень. Дослідження біло виконано в 2015-2018 роках на кафедрі ортопедичної стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. В дослідженні взяли участь 50 пацієнтів (20 чоловіків та 30 жінок віком від 38 до 71 років), фронтальні ділянки нижніх щелеп яких, були зашиновані за допомогою АВШ або УРПШ. Пацієнти мали значну втрату (біля 50%) кісткової підтримки у фронтальній ділянці нижньої щелепи та мали рухомість 2-3 ступеня, з встановленим діагнозом хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості в стадії ремісії, згідно з класифікації Н.Ф. Данилевського (1994) [12]. Критеріями виключення з дослідження слугували: (1) пацієнти молодше 18 років; (2) наявність соматичних захворювань в стадії загострення; (3) вагітність та період лактації; (4) наявність менше ніж 20 природних зубів. Всі пацієнти пройшли початкове пародонтологічне лікування, яке включало в себе навчання гігієни ротової порожнини, зняття над- та під'ясенних м'яких та твердих зубних відкладень та полірування

поверхні коренів (scaling and root planning – SRP), місцева антибактеріальна терапія. SRP відбувався за 1-2 сеанси протягом 24 годин по протоколу FMS та FMD (full mouth scaling and full mouth disinfection). Після завершення початкової стадії лікування і покращення індивідуальної гігієни порожнини рота (ПР) пацієнти були зашиновані та переведені на підтримуюче лікування з повторними візитами 1 раз на 3 місяці.

Матеріалом для АВШ слугував мікрогібридний фотополімер (Filtek Z250 та Filtek Ultimate Flow, 3M ESPE) та шинуюча стрічка Polyglass (ECTA) на основі скловолокна. УРПШ складається із об'єднуючої балки з кобальто-хромового сплаву та гвинтів та втулок з нержавіючої харчової сталі 95X18, попередньо воронваних, тобто ті, які пройшли окиснення. Всі маніпуляції виконував один і той самий клініцист.

Протокол шинування. АВШ виготовлялася за стандартною методикою з попередньою підготовкою поверхонь зубів, протравлюванням, нанесенням адгезивної системи 5-го покоління Adper Single Bond 2 (3M ESPE) та засвічуванням. Далі відбувалося етапне прикладання стрічки Polyglass до відпрепарованих поверхонь з адгезивом та закладанням у міжзубні проміжки, нанесення текучого композитного фотополімерного матеріалу Filtek Ultimate Flow (3M ESPE, США) та засвічування за допомогою фотополімерної лампи. На завершення шина покривалася тонким шаром композиту, остаточно засвічувалася та полірувалася.

Шинуванні за допомогою УРПШ виконувалося з наступною методикою [13]. Робочі площини зубів підготовлювалися шляхом зашлифовування нерівностей. Знімався зліпок для виготовлення індивідуальної ложки. З урахуванням результатів комп'ютерної томографії препарувався паз в твердих тканинах зуба на глибину 1,6 мм, алмазним бором діаметром 1,5 мм за допомогою підвищуючого кутового наконечника Ti-Max 5:1 (NSK) перпендикулярно до оральної поверхні зуба. Тверді тканини зуба та зовнішня поверхня втулки протравлювалася 37% гелем ортофосфорної кислоти. Втулки фіксувалися в пазі на склоіономірний цемент (Fuji Plus, GC). Далі, з відпрепарованих поверхонь з зафіксованими втулками, знімався відбиток за допомогою індивідуальної ложки та корегуючої силіконової маси. Отвори у втулках закривалися за допомогою водяного дентину. На наступному клінічному етапі суцільнолітлу пласку об'єднуючу пластину фіксували за допомогою гвинтів, які продівалися крізь отвори пластини і вкручувалися у зафіксовані втулки, з внутрішнім різьбленням, за допомогою викрутки, притискаючи балку і фіксуючи всю конструкцію. Далі поверхня шини шліфувалися і полірувалася.

Клінічне оцінювання результатів. Для об'єктивізації результатів використовували показники гігієнічного стану ротової порожнини (ГСРП) та показники стану тканин пародонту (СТП). Визначення відбувалося одразу після встановлення шинуючих конструкцій та через 3, 6 та 12 місяців на повторних візитах. Всі пацієнти були проінформовані про можливі ускладнення. ГСРП включав в себе індексну оцінку, а саме: індекс нальоту O'Leary та гігієнічний індекс ОНІ-S. А СТП визначався за наступними показниками: глибина пародонтальних карманів при зондуванні (ГПК), втрата епітеліального прикріплен-

Динаміка змін у хворих на генералізований пародонтит II ступеня тяжкості до лікування та через 12 місяців після шинування

Показники	До лікування		Через 12 місяців після лікування		Відсоток змін (%)
	УРПШ (n=25)	АВШ (n=25)	УРПШ (n=25)	АВШ (n=25)	
Гігієнічний індекс ОНІ-S (бали)	2,44±0,91	2,21±0,84	0,7±0,38	1,87±0,59	УРПШ -52 АВШ -15
Індекс нальоту О'Лірі (%)	60,8±29,0	55,9±30,4	25,8±8,51	39,9±20,6	УРПШ -58 АВШ -29
Індекс РМА (бали)	58,20±10,2	55,10±12,4	10,07±2,7	15,68±4,2	УРПШ -83 АВШ -72
Пародонтальний індекс (Russell) (бали)	4,3±1,06	4,2 ±0,62	1,3±0,53	1,7±0,46	УРПШ -70 АВШ -59
Індекс кровоточивості, ВОР (%)	60,8±24,7	57,8 ±17,3	11,2±7,79	18,98±7,3	УРПШ -82 АВШ -68
Глибина пародонтальних карманів (мм)	2,7±0,38	2,9±0,45	1,8±0,17	2,0±0,38	УРПШ -33 АВШ -31
Втрата епітеліального прикріплення (ВЕП) (мм)	3,3±0,3	3,8±0,42	2,4±0,32	2,7±0,46	УРПШ -27 АВШ -29

ня (ВЕП), індекс кровоточивості (ВОР), індекс РМА, пародонтальний індекс (Russel). Для оцінки стану шинуючих конструкцій оцінювали ступінь рухомості, наявність порушень цілісності конструкції, ознак вторинного карієсу.

Обробка даних. Статистичний аналіз виконували в програмному пакеті «STATISTICA 6.1» фірми STATSOFT. Для обробки кількісних даних були визначені вибіркові середні значення змінних, стандартні відхилення і стандартні помилки середньої величини, довірчі інтервали достовірності згідно з параметричними критеріями. В процедурах статистичного аналізу відмінностей розраховували експериментальний рівень довірчої вірогідності (*p*). Критичний рівень значущості *p* рахували рівним 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Через 12 місяців після лікування, комплексне стоматологічне обстеження пацієнтів обох груп, показало середні значення ГСПР у пацієнтів, зашинованих за допомогою АВШ та УРПШ представлені в таблиці.

Через 12 місяців після лікування, комплексне стоматологічне обстеження пацієнтів обох груп, показало «хороший» стан гігієни порожнини рота у пацієнтів з УРПШ. Згідно з результатами із таблиці, у порівнянні з результатами обстеження до лікування ГСПР покращився у пацієнтів з УРПШ в 2,3-3,5 разів, в залежності від використаного індексу. ГСПР пацієнтів з АКШ був оцінений як «задовільний» через 12 місяців після лікування. У пацієнтів з АВШ було незначне покращення гігієнічного стану порівняно з результатами до лікування, і набагато гірше, порівняно з результатами після 3 та 6 місяців лікування. Результати показують майже повернення гігієнічного статусу до початкових показників. Різниця показників між основної двома групами є значущою (*p*<0,001).

В порівнянні з результатами до лікування у пацієнтів з УРПШ СТП покращився, індексні показники зменшилися приблизно в 3 рази і залишаються на одному рівні протягом року після лікування. У пацієнтів з АВШ індексна оцінка СТП погіршилася, порівняно з результатами після 3 та 6 місяців, та все ж нижче, ніж на початку лікування (*p*<0,05). При статистичній обробці показників між основної групою та групою порівняння помітна достовірна різниця (*p*<0,001) – у групі порівняння показники мають тенденцію до погіршення, в той час як в основній групі ці показники фактично не змінюються.

Середнє значення ГПК для групи з УРПШ склало – 1,8±0,17, а для групи АВШ цей показник становив 2,0±0,38. В обох групах зменшення глибини зондування відбулося приблизно на 30%, але є статистично значимим результатом порівняно з початковим значенням (*p*<0,05). А от статистично значимої різниці в цьому показнику між групами через 12 місяців не має. ВЕП має більший показник в групі з АВШ (2,7±0,46) ніж у групі з УРПШ (2,4±0,32), але не має достовірного підтвердження, згідно статистичній обробці (*p*>0,05). Спостерігається зменшення цього показника, порівня-

но з початком лікування і це має достовірне підтвердження (*p*<0,001).

У групі з УРПШ через 12 місяців після лікування пацієнти не відзначали змін у ступені рухомості зубів, а от в групі АВШ з'явилися перші ускладнення у вигляді тріщин та відколів композитного матеріалу, 59% пацієнтів відмічали повернення рухомості окремих зубів, включених у шинуючі конструкції. Ознаки вторинного карієсу були виявлені тільки у 1 пацієнта з АВШ.

Висновки. Результати дослідження підтверджують, що застосування універсальної розбірної пародонтологічної шини дозволяє покращити (в середньому в 2,5 рази) гігієнічний стан в порожнині рота порівняно з застосуванням композитних шин. Через 3 місяці різниця між групами в показниках гігієнічних індексів стає помітною, але не статистично значимою, а вже через 6 місяців різниця збільшується і стає вірогідною. Через 12 місяців після лікування, тенденція до погіршення гігієнічного статусу в підгрупі з застосуванням композитної шини зберігається, в той час як в основній групі показники, які були досягненні через 3 місяці після лікування залишаються фактично не змінними. Такі результати дозволяють казати про сприяння стійкій стабілізації патологічного процесу у віддалені терміни спостереження. Покращення гігієнічного статусу в основній групі за рахунок гігієнічності універсальної розбірної пародонтологічної шини дозволяло підтримувати показники стану тканин пародонту на одному рівні, що сприяло стабілізації патологічного процесу. Погіршення гігієнічних показників в групі порівняння через 12 місяців після лікування спричинило погіршення і інших показників стану тканин пародонту.

Перспективи подальших досліджень мають бути направлені на порівняння ефективності УРПШ з іншими видами незнімних шин при різних ступенях тяжкості пародонтиту, а також на перспективи її використання в інших ділянках зубощелепного сегменту.

Література

1. Ambic K, Sangeeta T, Mahesh V. Single Visit rehabilitation with anterior fiber-reinforced resin composite bridges: a review. *Indian Journal Applied Research*. 2013;3:287-9.
2. Beloklitskaya GF, Luzina OV. Shinirovanie podvizhnykh zubov i vosstanovlenie vklyuchennykh defektov zubnykh ryadov v kompleksnom lechenii generalizovannogo parodontita. *Sovremennaya Stomatologiya*. 2004;2:64-5. [in Russian].
3. Kathariya R, Devanoorkar A, Shetty N. To Splint or Not to Splint: The Current Status of Periodontal Splinting. *Journal of the International Academy of Periodontology*. 2016;18(2):45-56.
4. Segio FG. Clinical rationale for tooth stabilization and splinting. *Dental Clinics of North America*. 1999;43:1-6.
5. Akulovich AV, Orehova LYu. Sovremennye metodiki shinirovaniya podvizhnykh zubov v kompleksnom lechenii zabolevaniy parodonta. *Novoe v stomatologii*. 1999;4:25-32. [in Russian].
6. Kumbuloglu O, Aksoy G, User A. Rehabilitation of advanced periodontal problems by using a combination of a glass fiber-reinforced composite resin bridge and splint. *Journal of Adhesive Dentistry*. 2008;10:67-70.
7. Zholudev SE, Delets AV. Obosnovanie primeneniya razlichnykh shiniruyuschiy konstruktivnykh materialov dlya izgotovleniya shiniruyuschiy apparatov i shin-protezev pri generalizovannom parodontite. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;6:111-20. [in Russian].
8. Leonenko PV, Zakiev IM. Sravnenie fiziko-mekhanicheskikh svoystv konstruktivnykh materialov dlya izgotovleniya shiniruyuschiy apparatov i shin-protezev pri generalizovannom parodontite. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;6:111-20. [in Russian].
9. Epidemiology, etiology and prevention of periodontal disease: Report of WHO Scientific Group. Geneva; 2001. 227 p.
10. Lang NP, Suvan JE, Tonetti MS. Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2015;16:59-70.
11. Bida VI, Gurin PO, Viun GI. Klinichnyy vipadok vikoristannya universalnoi rozbirnoi parodontologichnoi shini. *Problemi bezpererвної medichnoi osviti na nauki*. 2017;3:82-5. [in Ukrainian].
12. Danilevskiy NF, Borisenko AV, Antonenko MYu, Sidelnikova LF. *Terapevticheskaya stomatologiya: uchebnik: v 4 t. T. 3. Zabolevaniya parodonta*. Kiev.: VSI «Meditsina»; 2011. s. 616. [in Russian].
13. Bida VI, Gurin PO, Viun GI, Sliusarenko NIa. Universalna rozbirna parodontologichna shyna. *Ukrainskyi zhurnal klinichnoi ta laboratornoi medytsyny*. 2016;11(3):8-11. [in Ukrainian].

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНОЇ ВОЛОКОННОЇ ШИНИ ТА УНІВЕРСАЛЬНОЇ РОЗБІРНОЇ ПАРОДОНТОЛОГІЧНОЇ ШИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**Біда В. І., Гурін П. О., В'юн Г. І.**

Резюме. *Мета дослідження.* Метою цього ретроспективного дослідження є оцінити клінічну ефективність використання адгезивної волоконної шини та універсальної розбірної пародонтологічної шини у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом ІІ ступеня тяжкості та 2-3 ступенем рухомості фронтальних зубів нижньої щелепи після консервативної фази лікування. *Об'єкт і методи:* 50 пацієнтів з генералізованим пародонтитом ІІ ступеня тяжкості та 2-3 ступенем рухомості фронтальних зубів нижньої щелепи після консервативної фази лікування були зашиновані за допомогою або адгезивної композитної шини, або універсальної розбірної пародонтологічної шини. Для оцінки ефективності застосованих шинуючих конструкцій використовували показники гігієнічного стану порожнини рота та стану тканин пародонту. *Результати.* Через 12 місяців після шинування в обох групах відзначалася ремісія пародонтиту. У групі порівняння показники стану тканин пародонту були гіршими, але статистичної різниці між групами не відзначалося ($p > 0,05$). Гігієнічний стан порожнини рота був значно кращим ($p < 0,05$) в основній групі (ОHI-S = $0,7 \pm 0,38$; O'Leary = $25,7 \pm 10,15$), а у групі порівняння показники мали значення вище (ОHI-S = $1,17 \pm 0,59$; O'Leary = $39,9 \pm 20,6$). Серед пацієнтів з універсальною розбірною пародонтологічною шиною через 12 місяців не було виявленого жодного порушення цілісності конструкції та повернення рухомості зубів, а у 59% пацієнтів з адгезивною волоконною з'явилися перші ускладнення у вигляді тріщин та відколів композитного матеріалу і повернення рухомості окремих зубів. *Висновки.* Результати дослідження свідчать, що використання універсальної розбірної пародонтологічної шини дозволяє покращити (в середньому, в 2 рази) гігієнічний стан ротової порожнини, порівняно з використанням адгезивних волоконних шин.

Ключові слова: пародонтит, шинування, пародонтологічна шина, гігієна порожнини рота.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АДГЕЗИВНОЙ ВОЛОКОННОЙ ШИНЫ И УНИВЕРСАЛЬНОЙ РАЗБОРНОЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ШИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ІІ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**Беда В. И., Гурин П. А., Вьюн А. И.**

Резюме. *Цель исследования.* Целью этого ретроспективного исследования является оценить клиническую эффективность применения адгезивной волоконной шины и универсальной разборной пародонтологической шины у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом ІІ степени тяжести и 2-3 степенью подвижности фронтальных зубов нижней челюсти. *Объект и методы:* 50 пациентов с генерализованным пародонтитом ІІ степени тяжести и 2-3 степенью подвижности фронтальных зубов нижней челюсти после консервативной фазы лечения были зашинурованы с помощью или адгезивной волоконной шины, или универсальной разборной пародонтологической шины. Для оценки эффективности применения шинирующих конструкций использовали показатели гигиенического статуса полости рта и состояния тканей пародонта. *Результаты.* Через 12 месяцев после шинирования в обеих группах определялась ремиссия пародонтита. В группе сравнения показатели состояния тканей пародонта были хуже, но статистической разницы между группами не определялось ($p > 0,05$). Гигиеническое состояние полости рта было значительно лучше ($p < 0,05$) в основной группе (ОHI-S = $0,7 \pm 0,38$; O'Leary = $25,7 \pm 10,15$), а в группе сравнения показатели имели значения выше (ОHI-S = $1,17 \pm 0,59$; O'Leary = $39,9 \pm 20,6$). Среди пациентов с универсальной разборной пародонтологической шиной через 12 месяцев не было выявлено ни одного нарушения целостности конструкции и воз-

вращения подвижности зубов, а у 59% пациентов с адгезивной волоконной шины появились первые осложнения в виде трещин и отколов композитного материала. **Выводы.** Результаты исследования показывают, что использование универсальной разборной пародонтологической шины позволяет улучшить (в среднем, в 2 раза) гигиеническое состояние полости рта, по сравнению с применением адгезивных волоконных шин.

Ключевые слова: пародонтит, шинирование, пародонтологическая шина, гигиена полости рта.

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF AN ADHESIVE FIBER SPLINT AND A UNIVERSAL FOLDING PERIODONTAL SPLINT IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS OF THE II DEGREE OF SEVERITY

Bida V. I., Gurin P. O., Viun G. I.

Abstract. Purpose of the study. The purpose of this retrospective study is to evaluate the clinical efficacy of the use of an adhesive fiber splint and a universal folding periodontal splint in patients with chronic generalized periodontitis of the II degree of severity and 2-3 degrees of mobility of the mandibular anterior teeth of the after a conservative phase of treatment. **Object and methods:** 50 patients with generalized periodontitis of the II degree of severity and 2-3 degrees of mobility of the anterior teeth of the jaw after a conservative phase of treatment were splinted by adhesive fiber splint or a universal folding periodontal splint. To assess the effectiveness of the use of the splints used indices of oral hygiene and the periodontal status. **Results.** 12 months after splinting, the remission of periodontitis was determined in both groups. In the comparison group, the indices of periodontal status were worse, but no statistical difference between the groups was determined ($p > 0.05$). The indices of oral hygiene is much better ($p < 0.05$) in the main group (OHI-S = 0.7 ± 0.38 , O'Leary = 25.7 ± 10.15), and in the comparison group the values were higher (OHI-S = 1.17 ± 0.59 ; O'Leary = 39.9 ± 20.6). Among patients with a universal folding periodontal splint, after 12 months, there was no damage of the splint and return of the mobility of the teeth, and in 59% of patients with an adhesive fiber tire, the first complications appeared in the form of cracks and splits of the composite material. **Conclusions.** The results of the research show that the use of a universal folding periodontal splint makes it possible to improve (on average, 2 times) the oral hygiene, compared with the use of adhesive fiber tires.

Key words: periodontitis, splinting, periodontal splint, oral hygiene.

Рецензент – проф. Ткаченко І. М.
Стаття надійшла 15.05.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-363-366

УДК 616.314:616.316-053.2

¹Каськова Л. Ф., ²Мандзюк Т. Б., ¹Уласевич Л. П.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ШВИДКОСТІ СЛИНОВИДІЛЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМ СТОМАТОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ

¹Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

²Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

ulasevich8@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику», № державної реєстрації 0111U006760.

Вступ. Гомеостаз порожнини рота відіграє важливу роль у формуванні карієсрезистентної емалі. Значна поширеність і інтенсивність карієсу тимчасових і постійних зубів у дітей обумовлена біохімічними і біофізичними показниками змішаної слини, сталість яких у кількісному та якісному складі є необхідною умовою нормального функціонування твердих тканин зубів. Ротова рідина, ремінералізуюча здатність якої доведена значною кількістю досліджень, відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу порожнини рота [1,2]. Велике значення має швидкість слиновиділення. Зменшення салівації призводить до погіршення гігієнічного стану порожнини рота, що, в свою чергу, обумовлює виникнення карієсу [3,4,5,6].

Тому метою нашого дослідження було вивчення швидкості слиновиділення у дітей із різним стоматологічним статусом.

Об'єкт і методи дослідження. Нами обстежено 134 дитини віком 7-9 років з 1 періодом змінного прикусу, які навчаються в школах м. Полтави. Стоматологічне обстеження проводилось за загально-

прийнятою методикою. У всіх дітей визначалася інтенсивність карієсу за показником КПВ, КПВ+кпв, кпв та ступінь активності карієсу ((компенсований (I), субкомпенсований (II), декомпенсований (III) за Т.Ф. Виноградовою) [7].

Для визначення швидкості салівації ротову рідину збирали зранку натще в стерильні градуйовані пробірки протягом 5 хвилин. Швидкість салівації (ШС) визначали за формулою $ШС = \frac{V}{T}$,

де V- об'єм ротової рідини в пробірці, T- час збирання ротової рідини. При гіперсалівації швидкість слиновиділення становить 0,61-2,40 мл/хв., при нормальній – 0,31-0,60 мл/хв., при гіпосалівації – 0,03-0,30 мл/хв. [8].

Отримані результати опрацьовані методом варіаційної статистики. Вірогідними вважались показники при $p \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчення швидкості салівації проводили в кожному віковому періоді у дітей з карієсом та без нього. Середній показник в кожній віковій групі майже не відрізнявся і був у межах 0,36–0,37 мл/хв., що відповідає нормальній секретії. При поділі дітей кожного досліджуваного віку на тих, що мають карієс (з урахуванням наявності уражених тимчасових і постійних зубів) і без нього виявлена вірогідна різниця в показ-