

Павленкова О.С., Садовські М.О.

ВПЛИВ ДОВГОТРИВАЛОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ НА ПОКАЗНИКИ КАРІЕСУ В ДІТЕЙ ІЗ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження – вивчити показники поширеності й інтенсивності карієсу зубів у дітей, які часто хворіють на ГРВІ, через п'ять років після першого обстеження за умов регулярної профілактичної діяльності.

Матеріали й методи дослідження. Нами було обстежено 80 дітей (20 дітей – практично здорових (хворіють на ГРВІ 1-2 рази за рік) і 60 дітей, які часто хворіють на ГРВІ (3-4 рази за рік)) віком 11-12 років, які проживають у м. Полтаві.

Клінічне обстеження проводили за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (1989). При цьому вивчали показники поширеності (%) й інтенсивності карієсу за показником КПВ. Кількісні показники статистично обробляли за Ст'юдентом-Фішером. Дані щодо частоти захворюваності на ГРВІ отримали з медичних карток і шляхом опитування батьків за допомогою анкетування.

Результати дослідження. Вивчаючи поширеність карієсу в обстежуваних, ми виявили, що досліджуваний показник у практично здорових дітей набагато кращий, ніж у групі дітей, які часто хворіють, – $6,05 \pm 0,65\%$ проти $8,15 \pm 0,85\%$. Показник у практично здорових дітей через 5 років дещо підвищився і становить $9,21 \pm 0,31\%$, але був нижчим, ніж у дітей, які хворіють на гострі респіраторно-вірусні інфекції, – $11,71 \pm 0,21\%$.

Під час першого обстеження п'ять років тому показник інтенсивності вказував на необхідність призначення лікувально-профілактичних заходів дітям, які часто хворіють на ГРВІ, оскільки в них він був на 1,03 зуба гіршим, ніж у здорових дітей.

Натепер показник інтенсивності каріозного процесу в дітей обстежуваних груп майже не відрізняється і становить $0,13 \pm 0,04$ зуба в практично здорових дітей і $0,14 \pm 0,05$ зуба в часто хворіючих на ГРВІ. П'ять років тому цей показник у практично здорових дітей становив $0,05 \pm 0,04$ зуба проти $0,09 \pm 0,04$ зуба.

Висновки. Після п'ятирічної профілактичної діяльності вивчення досліджуваних показників у дітей 11-12 років показало, що особи, які часто хворіють на гострі респіраторно-вірусні інфекції, усе ще мають вищі показники поширеності й інтенсивності карієсу, ніж практично здорові діти, але дещо вищі в порівнянні з першим відвідуванням. Це вказує на необхідність проведення заходів, спрямованих на підвищення резистентності твердих тканин зубів.

Павліш І.В., Дворник В.М., Шеметов О.В.

ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОІНТЕГРАЦІЇ ІМПЛАНТАТІВ МАЛОГО ДІАМЕТРА, УСТАНОВЛЕНИХ БІКОРТИКАЛЬНО В БІЧНОМУ ВІДДІЛІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА МАЛОІНВАЗИВНОЮ МЕТОДИКОЮ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Одним із підходів до розв'язання проблеми застосування малоінвазивної методики дентальної імплантації за умови дефіциту кісткової тканини, зокрема в бокових відділах нижньої щелепи, є бікортикальне встановлення одноетапних імплантатів малого діаметра в обхід нижньощелепного каналу з урахуванням того, що стабільність імплантатів є критичною умовою для успіху результату лікування.

Метою дослідження стало вивчення остеointegraції бікортикально встановлених імплантатів малого діаметра в бічних відділах нижньої щелепи за умов дефіциту кісткової тканини шляхом вимірювання їхньої стабільності методом частотно-резонансного аналізу.

Матеріали й методи. Останніми десятиліттями техніка частотно-резонансного аналізу широко використовується в експериментальних і клінічних дослідженнях для неінвазивного вимірювання стабільності дентальних імплантатів. У нашому дослідженні ми використовували прилад Osstel ISQ виробництва Швейцарії, який відповідає вимогам стандартів EN 60601-1 і ISO 9686 і 15223. Для вимірювання коефіцієнта стабільності імплантата (КСІ) застосовували адаптований до нашої імплантаційної системи датчик SmartPeg.

Групу спостереження склали 25 пацієнтів із повною й частковою втратою зубів на нижній щелепі з дефіцитом кісткової тканини в бічних відділах віком від 25 до 72 років. Усього було встановлено 136 імплантатів Art Implant лінійки Simplex (Україна) з розмірами ендосальної частини 2,8 мм діаметром і довжиною 10-14 мм. Усі імплантати встановлювали бікортикально в обхід нижнього альвеолярного нерва з використанням хірургічного шаблону, виготовленого за оригінальною методикою. Кісткове ложе препарували тільки пілотним свердлом діаметром 2 мм. КСІ вимірювали безпосередньо після встановлення імплантата, через 3 місяці й через 1 рік.

Результати дослідження. Загалом діапазон значень КСІ безпосередньо після встановлення складав від 37 до 53 у.о., середнє значення становило $45,77 \pm 0,33$ у.о.; через три місяці – від 41 до 55 у.о., середнє значення становило $47,86 \pm 0,30$ у.о.; через рік – від 47 до 59 у.о., а середнє значення – $51,52 \pm 0,27$ у.о. Дані

показали, що середній показник KCI збільшився протягом трьох місяців у середньому на 2,2 у.о. (4,7%), а протягом року – на 5 у.о. (10,7%).

Для виявлення особливостей остеоінтеграції імплантатів у різних типах кісткової тканини було проаналізовано показники KCI залежно від її щільності. Максимальну різницю KCI виявили між групами D3 і D1: в основній групі – 9,71 у.о. (19,3%), у контрольній – 14,95 у.о. (26,6 %). У кістці D3 середній показник KCI зріс через 3 місяці на 3 у.о. (7,5%), а через рік - на 8 у.о. (19,5%); у кістці D2 – на 2 у.о. (4,2%) і 5 у.о. (10,6%) відповідно; у кістці D1 через 3 місяці не спостерігалось помітного зростання цього показника, а через рік він збільшився на 5 у.о. (9,2%). У кістці високої щільності D1 аналогічний показник демонструє несуттєве збільшення через 3 місяці практично не змінюється – 1 у.о. (3%) і 2 у.о. (3,5%) відповідно, а через 1 рік незначне збільшення – 5 у.о. (9,2%) і 6 у.о. (10,1%) відповідно.

Висновки. Процес остеоінтеграції протягом першого року супроводжується ущільненням кісткової тканини навколо імплантатів, що виражається у збільшенні показника KCI відповідно на 10,7% і 15,2%. У кістці меншої щільності (D3) спостерігається суттєвіше й рівномірніше збільшення середнього показника KCI протягом року, що свідчить про значне ущільнення кістки навколо імплантата.

Перепелова Т.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРІАЛЬНОЇ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАЛЬВАНОЗОМ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Ротова порожнина – потужний біотоп, який у нормі й за умов розвитку захворювань населяють більше 700 видів мікроорганізмів. Причому майже половина з них не культивуються за допомогою загальноприйнятих методів мікробіології. Це зумовлює необхідність застосування сучасних молекулярно-генетичних методів дослідження задля визначення точного складу мікробіоти ротової порожнини в умовах різних патологічних станів.

Мета дослідження – вивчити видовий склад мікробіоти прясенного зубного нальоту в пацієнтів, які користуються незнімними зубними ортопедичними конструкціями й мають прояви гальванозу.

Матеріали й методи. Для вирішення поставлених у роботі завдань проводили клінічні спостереження. Обстежено 58 пацієнтів, які мали незнімні ортопедичні конструкції, у віці від 45 до 65 років; середній вік (50,3±3,1) років. Для визначення бактерій у складі прясенного зубного нальоту в учасників дослідження отримували пробу нальоту з поверхні пришийкової ділянки вестибулярної поверхні ортопедичних конструкцій (коронки) у безпосередній близькості до ясенного краю (не торкаючись і не травмуючи його), на верхній і нижній щелепах. Бактеріологічне дослідження проводили методом мультикомплексної полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу (ПЛР-РЧ) за допомогою комплекту реагентів «Фемофлор 8» (ООО «НПО ДНК - Технология», Росія, РУ ФСР 2009/04663). Дослідження виконані згідно з Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи медичних досліджень за участі людини.

Результати. Мікробіота пришийкових ділянок пацієнтів із гальванозом, які користуються незнімними ортопедичними конструкціями, включає представників нормальної мікрофлори порожнини рота – лактобацили й стрептококи. Поряд із цим, значно частіше виділяють гриби роду *Candida* й анаероби. В обстежених пацієнтів, незалежно від наявності ознак гальванозу, визначали підвищення частоти виділення анаеробних видів мікроорганізмів.

Висновки. Незважаючи на несуттєві зміни якісного складу мікробіоти пришийкових ділянок хворих, які користуються незнімними конструкціями за умов гальванозу, нами встановлено вагомі зміни кількісного її складу, порівняно з пацієнтами без ознак гальванозу. Загальна бактеріальна маса в пацієнтів без гальванозу була достовірно меншою загальної бактеріальної маси пацієнтів із гальванозом ($p < 0,05$). За розвитку гальванозу в пацієнтів із різними ортопедичними конструкціями виникає дисбіоз ротової порожнини, що може слугувати діагностичною ознакою ранніх його проявів чи безсимптомного перебігу.

Петрушанко В.М., Василенко М.С.

ВИКОРИСТАННЯ ТИМЧАСОВОГО ПЛОМБУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ В ЛІКУВАННІ РАДИКУЛЯРНОЇ КІСТИ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Радикулярна кіста – це запальне вогнище, яке локалізується на верхівці кореня зуба. Власне кіста зуба становить собою капсулу зі сполучної тканини, наповнену всередині рідкою речовиною - холестерином. Причини утворення радикулярної кісти можуть бути різноманітними. Так, виникнення цього захворювання