

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 приясенного 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 приясенного 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 - Технологія», 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