

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 61 хворого ГП (хронічний перебіг) віком від 20 до 52 років (I ст. розвитку - 31 чол. і II ст. розвитку - 30 чол.). Скринінгове дослідження адгезивно-агрегаційної функції тромбоцитів проводили візуальним методом Лавіної А.С.(1984р.) при субпороговій і оптимальній концентраціях гемолізату, з обчисленням - індексу агрегації тромбоцитів ІАТ. Референтні значення ІАТ 0,82-1,17.

Обстеження проводили до початку лікування хворих, та після комплексного лікування з включенням препарату Танакан (120 мг) протягом місяця.

Результати та їх обговорення. Аналіз проведених комплексних досліджень 61 хворого виявив суттєві порушення в реакціях тромбоцитарного гемостазу при ГП. Підвищення адгезивно-агрегаційної властивості тромбоцитів у хворих на ГП було підтверджено гемолізат-агрегаційним тестом. Під дією максимальної дози гемолізату (10^{-2}) час агрегації тромбоцитів вкорочувався незалежно від ступеня розвитку захворювання, при використанні мінімальної (субпорогової) дози зміни агрегаційної активності тромбоцитів були більш вираженими. Підйом ІАТ був статистично значимим у хворих на ГП II ст. ($1,34 \pm 0,04$, контроль - $0,97 \pm 0,01$, $p < 0,05$). Включення в комплексну терапію хворих на ГП препарату Танакан, що містить екстракт Ginkgo biloba (EGb-761), під впливом якого знижується ламкість та проникливість капілярів, сповільнюється агрегація тромбоцитів, супроводжувалось зворотними позитивними змінами показників судинно-тромбоцитарного гемостазу. Після лікування Танаканом протягом місяця дія Ginkgo biloba зумовила достовірне зниження активності тромбоцитів у хворих на ГП, за даними гемолізат-агрегаційного тесту.

Висновки. Включення препарату Танакан в комплексне лікування хворих на ГП покращує мікроциркуляцію, стабілізує агрегаційну активність тромбоцитів, що підвищує ефективність лікування та забезпечує стійкий і тривалий ефект.

УДК 616-07+616-005.1-08+616.314.17-008.1+616.314-08

РІВЕНЬ sPECAM ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ВКЛЮЧЕННЯМ ПРЕПАРАТУ ЕКСТРАКТУ ГІНГКО БІЛОБА.

Н.М. Павелко, В.І. Герелюк, Н.М.Коваль.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ.

На сьогоднішній день встановлено роль адгезивних молекул в розвитку дистрофічно-запальних процесів.

Мета роботи. Визначення рівня розчинної форми тромбоцитарно-ендотеліальної адгезивної молекули sPECAM (sCD31, сімейство ІІІ/ВІ) в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит з включенням препарату екстракту Гінгко білоба.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 15 хворих на генералізований пародонтит I і II ст. розвитку.

sPECAM визначали методом імуоферментного аналізу (ELISA) з набором реактивів фірми "Diacor" згідно з інструкцією. У здорових людей sPECAM присутня в сироватці крові в межах 6,5 - 29 нг/мл.

Результати та їх обговорення. Середній рівень sPECAM-1 в сироватці пацієнтів з ГП знаходився в межах нормальних коливань (середнє $7,19 \pm 0,17$ нг/мл до $9,06 \pm 0,09$ нг/мл), тоді як у ясенній рідині рівень sPECAM-1 був підвищений у порівнянні з сироваткою в 5 і більше разів. Водночас в тканинах пародонта хворих на ГП концентрація sPECAM-1 значно перевищувала норму. Через місяць після комплексного лікування з включенням препарату екстракту Гінгко білоба вміст sPECAM-1 в ясенних біоптатах хворих на ГП в середньому не перевищував фізіологічного рівня, однак в ясенній рідині на тлі суттєвого зниження вмісту розчинної sPECAM-1 не досягнуто показників норми.

Висновки. Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит з включенням протягом місяця препарату екстракту Гінгко білоба сприяє нормалізації клінічних показників, реабілітації хворих, що супроводжується нормалізацією концентрації sPECAM-1 в тканинах пародонта.

УДК 616.314-002-74

ОЦІНКА ЯКОСТІ КРАЙОВОЇ АДАПТАЦІЇ РЕСТАВРАЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНОЮ ІНТЕНСИВНІСТЮ КАРІЕСУ.

О.В. Павленкова, А. І.Сидорова, Л. І. Амосова

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

Проблема лікування карієсу зубів методом пломбування лишається ключовою в стоматології. При цьому головним є питання довготривалого функціонування реставрацій. Особливо гостро це питання стоїть при відновленні порожнин II класу за Блеком, де переваження на пломбу досить високі.

Відомо, що крайова адаптація (КА) є головним чинником, обумовлюючим строк функціонування пломб.

Мета нашого дослідження - порівняння якості пломбування зубів із порожнинами II класу за Блеком, у пацієнтів з різним рівнем інтенсивності карієсу.

Матеріали та методи

Досліджена крайова адаптація (КА) різних пломбувальних матеріалів в порожнинах II класу за Блеком в залежності від типу відпрепарованої каріозної порожнини у пацієнтів з різним рівнем інтенсивності карієсу. Нами обстежено і проліковано 115 пацієнтів у віці від 20 до 50 років.

Рівень інтенсивності карієсу оцінювали за допомогою індексу КІВ. Стан органів порожнини рота досліджували по загальноприйнятим методам, які рекомендовані ВООЗ.

Всіх пацієнтів розділили на 4 групи залежно від виду обраного пломбувального матеріалу. Кожна група у свою чергу була розділена на дві підгрупи залежно від виду відпрепарованої порожнини. У підгрупі (1) проводили препарування основної порожнини без додаткових елементів ретенції. У підгрупі (2) проводили препарування основної порожнини з елементами ретенції у вигляді додаткової площадки на жувальній поверхні. У I групі відновлення каріозних порожнин II класу за Блеком проводили мікрогібридним композитом хімічного затвердіння „Charisma PPF”. У II групі відновлення каріозних порожнин II класу за Блеком проводили універсальним мікрогібридним фотополімерним пломбувальним матеріалом „Charisma”. У III групі відновлення каріозних порожнин II класу за Блеком проводили гібридним СПЦ подвійного затвердіння „Цемлайт”. У IV групі відновлення дефектів II класу за Блеком проводили методом закритого „сандвіча” з використанням гібридного СПЦ подвійного затвердіння „Цемлайт” і фотополімерного пломбувального матеріалу „Charisma”.

Результати та їх обговорення.

Аналізуючи якість крайового прилягання пломб і реставрацій у віддалені строки (6 та 12 місяців) залежно від інтенсивності карієсу виявили, що найкращі результати були отримані в пацієнтів із низькою інтенсивністю карієсу в усіх досліджуваних групах. У пацієнтів із середньою інтенсивністю карієсу найкращі результати спостерігали в 2 підгрупах усіх досліджуваних груп. За

використання в ролі відновного матеріалу фотокомпозиту "Charisma" та із застосуванням методики закритого «сандвіча» в цих пацієнтів не виявляли порушення крайової адаптації реставрацій у 2 підгрупах узагалі. У пацієнтів із високою інтенсивністю карієсу найкращі результати отримані за відновлення дефектів твердих тканин зуба II класу за Блеком методом закритого «сандвіча» в підгрупах, де препарували додаткову площадку на жувальній поверхні. За використання в ролі відновного матеріалу композиту хімічного твердіння "Charisma PPF" у цих пацієнтів створення додаткової площадки на жувальній поверхні вірогідно збільшувало ($p \leq 0,05$) кількість пломб, які мали добре крайове прилягання. Те саме стосується і групи, де відновним матеріалом був фотокомпозит "Charisma". У III групі додаткова площадка на жувальній поверхні також вірогідно збільшувала ($p \leq 0,05$) кількість пломб із прийнятною крайовою адаптацією, але в цій групі спостерігався найвищий відсоток пломб, які вимагали корекції (в 1 підгрупі – 55,6%, у 2 підгрупі – 37,5%).

Таким чином, проведені нами дослідження дозволяють дійти відповідних висновків. У пацієнтів із низькою інтенсивністю тактика препарування не впливає на якість крайового прилягання пломб і реставрацій в усіх досліджуваних групах. У пацієнтів із середньою інтенсивністю карієсу створення додаткової площадки на жувальній поверхні збільшує кількість пломб і реставрацій із добрим крайовим приляганням в усіх досліджуваних групах. Найкращі результати спостерігали за використанням фотокомпозиту "Charisma" та із застосуванням методики закритого «сандвіча». У пацієнтів із високою інтенсивністю карієсу найкращі результати якості крайового прилягання реставрацій спостерігали за використанням методики закритого «сандвіча» з утворенням додаткової площадки на жувальній поверхні.

УДК 616.311+616.31-08

КОМБІНОВАНІ ЕНДО-ПАРОДОНТАЛЬНІ УРАЖЕННЯ: МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ, ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА.

Павлюк Т.Д., Задорожна І.В.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ

Високий рівень поширеності захворювань пародонта і карієсу та його ускладнень серед населення України, який досягає 95-97%, обумовлює наявність одночасного ураження зубів і пародонта у 75-90% людей дорослого віку.

Чисельними дослідженнями доведено, що ускладнений карієс призводить до розвитку періапикальних періодонтитів, які впливають на весь комплекс тканин пародонта, а запально-дистрофічні захворювання пародонта викликають деструктивні зміни пульпи зубів та апікального періодонту. Окрім того, у разі виникнення деструктивних змін у періодонті на тлі генералізованого пародонтиту, відзначається більший ступінь резорбції міжзубних перегородок. Отже, за наявності комбінованих ендо-пародонтальних уражень, перед лікарем завжди постає питання вибору адекватних методів лікування.

Взаємний вплив уражень ендодонта і пародонта пояснюється існуючими між ними морфо-функціональними зв'язками, особливостями анатомії системи ендодонту, єдністю механізмів порушення мікробного біоценозу, патогенетичними особливостями пародонтопатогенів і мікрофлори при ендодонтичній патології.

Саме тому, незалежно від типу ендо-пародонтального ураження, вважають доцільним в першу чергу проводити ендодонтичне лікування.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу комбінованого ендодонтичного і пародонтологічного лікування на стан тканин пародонта, апікального періодонту і прогноз ендодонтичного лікування.

Матеріал і методи дослідження. Для виявлення вказаних закономірностей проведено клініко-рентгенологічний аналіз результатів лікування 54 хворих (I група), у яких апікальний періодонтит поєднується із генералізованим пародонтитом (АГП), а також 49 хворих (II група), у котрих діагностовано апікальний періодонтит, що поєднується із локалізованим пародонтитом (АЛП). Хворих двох груп поділено на основну і контрольну підгрупи.

Результати дослідження. Хворим усіх груп в першу чергу проводили ендодонтичне лікування зубів з періапикальними змінами. У основних підгрупах I та II груп хворим також призначали і проводили загальноновизнане лікування пародонтиту із урахуванням ступеня запально-дистрофічного процесу. Видаляли зубні відкладення, проводили місцеву протизапальну терапію, вибірково прищліфовування передчасних контактів зубів, шинування рухомих зубів, кюретаж пародонтальних кишень і раціональне протезування

Ендодонтичне лікування зубів із апікальним періодонтитом здійснювали, застосовуючи сучасні методи ендодонтичного лікування. У разі деструктивних змін у періодонті тимчасово пломбували кореневі канали зубів гідроксидом кальцію, при позитивній динаміці здійснювали їх обтурацію гуттаперчою методом холодної латеральної конденсації.

Результати лікування хворих основної підгрупи I групи із АГП виявили позитивну динаміку змін в тканинах пародонта, що підтверджувалося клініко-рентгенологічними та лабораторними показниками. Позитивними були також результати ендодонтичного лікування (біль в причинному зубі упродовж I доби відмічали тільки 7,4% пацієнтів, а рентгенологічне обстеження через 6 місяців показало, що у 85,19% хворих нормалізувався стан періапикальних тканин. У пацієнтів контрольної підгрупи, котрим проводилось тільки ендодонтичне лікування, виявлено ряд ускладнень: після лікування біль при накушуванні на зуб спостерігався у 37,04% хворих, і зберігався упродовж 3-4 днів у 14,81% хворих, а стан апікального періодонту нормалізувався тільки у 51,85% хворих.

За аналізом результатів лікування хворих II підгрупи із АЛП виявлено достовірні відмінності у основній і контрольній підгрупах. Після проведеного ендодонтичного лікування стан періапикальних тканин через 6 міс. нормалізувався у 88,89% хворих основної та у 55,56% хворих контрольної підгрупи. Одночасно симптомом локальних змін в пародонті усувались в 82,49% хворих основної підгрупи та прогресували чи були без змін в усіх пацієнтів контрольної.

Висновки. Таким чином, у разі виникнення комбінованих ендо-пародонтальних уражень ендодонтичне лікування необхідно проводити в першу чергу і обов'язково поєднувати з комплексним лікуванням пародонтиту.

УДК 616.31-008.712+616.31-085

ПРОЯВИ ІНТРАОРАЛЬНОГО ГАЛІТОЗУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗВЕРНУЛСЬ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Т. Д. Павлюк, В. М. Павлюк, Р. В. Чайківський

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ

Неприємний запах з порожнини рота (галітоз) – один із найбільш частих проявів різноманітних стоматологічних захворювань. Проте, відчуваючи запах з ротової порожнини, пацієнти не завжди звертаються до лікаря. В той же час, проблема галітозу (синоніми: озостомія, стоматодисодія, foetor ex ore) часто ігнорується практичними лікарями.

Встановлено, що галітоз поширений у 50-65% населення Європи. Найчастіше він виникає внаслідок порушень правил гігієни порожнини рота, а також є проявом багатьох стоматологічних захворювань.