

Нами обстежено 29 пацієнтів, в порожнині рота яких були наступні метали: амальгама, медичне захисне покриття (МЗП), золото, кобальто-хромовий сплав (КХС).

Результати вимірів мікрострумів в порожнині рота показали збільшення показників для КХС від 3 до 10 разів вище норми (норма 20 мУ), для МЗП від 2 до 8 раз (норма 25-35 мУ), для золота від 1 до 3 раз (норма 20-25 мУ), для амальгами від 3 до 5 раз (норма 130 мУ).

Пацієнтам було запропоноване лікування, яке включало в себе заміну пломб із амальгами на пластмасові або композитні матеріали; перепротезування — з використанням суцільновідлитої конструкції із однорідного металу або пластмасових коронок; призначення гіпосенсибілізуючих засобів, місцевих протизапальних препаратів.

Ми одержали більше 75% (16 чоловік) позитивних результатів, коли неблагоприятні симптоми повністю зникли.

## **ЧУТЛИВІ БІОХІМІЧНІ ТЕСТИ ДЛЯ ОЦІНКИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ**

*Т.П.Скрипнікова, Р.Я.Юхновець*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Протягом багатьох років кафедрами терапевтичної стоматології та біохімії виконано ряд комплексних досліджень, які дозволили виявити чутливі показники обміну, що можуть бути використані як діагностичні тести для оцінки стану хворих із захворюваннями тканин пародонту, а також для пошуків корекції обміну речовин у названих осіб.

У результаті проведеної роботи встановлено, що при патології тканин пародонту спостерігається різнобічне і суттєве порушення білкового, вуглеводного, мінерального і ліпідного обміну, про що свідчить зміна хімічного складу ротової рідини і крові, взятої з пальця та ясен.

Найбільш інформативними для оцінки деструктивних змін в органах ротової порожнини виявилися такі показники обміну білків, як загальний білок ротової рідини (підвищується при захворюванні пародонту на 75%), глікопротеїди ротової рідини (підвищуються на 30% статистично достовірно:  $p < 0,001$ ), такі показники обміну глікопротеїдів як сіалові кислоти і сіромукоїди. Вміст сіалових кислот в ротовій рідині підвищується на 47% порівняно з нормою, а сіромукоїдів — знижується на 45%. Останній показник змінювався у вказаному напрямку аналогічно і при захворюванні пародонту на фоні тіреотоксикозу, але ще більш суттєво. Згідно з літературними даними це можна розцінювати як зниження неспецифічної захисної реакції організму.

Високочутливим тестом для оцінки ступеня деструкції білків органів ротової порожнини при захворюванні пародонту виявився рівень альфа-амінного азоту в ротовій рідині. Вміст його у осіб з патологією пародонту був підвищений на 74% в порівнянні з нормою. Ще більш значно рівень альфа-амінного азоту збільшувався

при поєднанні захворювань тканин пародонту з гіпертиреозом. Після проведення комплексного лікування хворих перелічені показники обміну білків змінилися і суттєво наблизились до норми.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ АКУПUNKТУРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

*С.М. Соломенний, Ю.С. Соломенний*

**Черновицкий медицинский институт**

Для стимуляции биологически активных точек (БАТ) нами был сконструирован прибор для электроиглоукальвания (а.с. №1708338 от 1.10.1991г.). Силу тока, длительность сеанса подбирали для каждого больного индивидуально. Это позволило управлять обезболивающим эффектом во время сеанса электропунктуры.

Акупунктурная анальгезия проведена у 45 больных в возрасте 25-60 лет, разделенных на 2 группы. в 1-ю группу входило 17 больных, страдающих НТН на протяжении от 1 месяца до 1 года. Из них у 7 больных НТН сочеталась с поражением крылонебного узла. Вторую группу составили 28 больных с рецидивирующей и стойкой НТН в сочетании с глоссалгией (у 15 больных) и вовлечением крылонебного узла (13). Длительность заболевания больных 2-й группы — от 1 года до 5 лет.

Мы использовали вначале дистальные точки, а на 3-4 сеанс добавляли местные БАТ и в зависимости от поражения той или иной ветки тройничного нерва.

У больных 1-й группы применяли классическое иглоукальвание по тормозной методике с использованием от 4 до 8 точек длительностью 10 мс с изменением частоты от 10 до 70 Гц. Сеансы проводили ежедневно по 10-15 минут, на курс 8-10 сеансов.

У больных 2-й группы использовали классическое иглоукальвание, включающее сочетание тормозной и возбуждающей методик и транквилизаторов, либо электроакупунктуру с транквилизаторами и вегетотропными веществами. Импульсы изменяли с частотой 50 Гц либо 10 Гц. Курс лечения состоял от 6 до 10 точек.

Помимо электроакупунктуры, больные получали транквилизаторы, антигистаминные, витамины и вегетотропные препараты в обычных дозах. Ближайшие и отдаленные результаты лечения показали, что полное выздоровление наступило у 30 больных, существенное — у 7, незначительное — у 5 и без перемен — у 3 больных.

Использование предлагаемой методики и устройства для электроакупунктуры позволяет давать оценку болевой реакции во время сеансов иглоукальвания и управлять лечебным эффектом акупунктурного обезболивания.