

них і плідних узальнень, створених у біології. Здавалося б це повинно стимулювати численні дослідження її становлення та розвитку. Однак лише сьогодні розпочинається робота із систематичного вивчення історії розвитку імунології. При цьому виникають труднощі, які обумовлені особливостями формування і розвитку даної загальнобіологічної концепції.

ВПЛИВ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ТКАНИНИ ПЕРІОДОНТУ

Брайло Н.М., Лобач Л.М., Ляшенко Л.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Ендодонтичне лікування різних формперіодонтитівполягає в усуненні інфекції в корневих каналах і лікувальній дії на вогнище периапікального запалення. При цьому важливу роль в підготовці корневих каналів до пломбування разом з механічною грає медикаментозна обробка. Проте серед великого числа антимікробних засобів, що застосовуються в ендодонтії, поки немає антисептика, який поєднував би високу бактерицидну силу з нешкідливістю для периапікальних тканин.

Пошук методів стимуляції остеогенезу в періодонті повинен здійснюватися шляхом комплексного застосування препаратів, різноспрямованих за механізмами своєї дії, але об'єднаних на підставі спільності їх дій. У зв'язку з цим останніми роками певної актуальності набувають дослідження, направлені на винайдення немедикаментозних способів лікування, що діють на різні патогенетичні ланки захворювань періодонту. Одним з них є фізіотерапія, а саме – низькоінтенсивне лазерне випромінювання (НІЛВ).

Лазерне випромінювання стає своєрідним гарантом стерильності і інфекційній безпеці пацієнта, оскільки здатне знищити більше 99% всіх відомих мікроорганізмів, виключаючи можливість післяопераційного ускладнення.

При запаленні тканин періодонту випромінювання лазера викликає загальний і місцевий ефекти. Останні викликає вивільнення іонів кальцію з внутрішньоклітинного депо, потім розповсюдження хвиль Ca^{2+} в цитозолі клітини, що ініціює різні кальційзалежні процеси. Після цього розвиваються вторинні ефекти, що є комплексом адаптаційних і компенсаційних реакцій, що виникають в періодонті, а саме: активізація метаболізму клітин і підвищення їх функціональної активності; стимуляція репаративних процесів; протизапальна дія; активізація мікроциркуляції крові з подальшою вазоконстрикцією і підвищення рівня трофічного забезпечення тканин, їх оксигенація, зменшення набряку тканин; утворення фібробластичного бар'єру, стимуляція утворення грануляційної тканини, прискорення дозрівання фібробластів, активація утворення колагенових волокон і дозрівання грануляційної тканини. Лазерне випромінювання достовірно підвищує проліферативну активність клітин в 1,3-3,5 рази. З розвитком констрикторної реакції деякі дослідники зв'язують і анальгезуючий ефект лазерного опромінення; імуностимулюючу дію; рефлексогенну дію на функціональну активність зубощелепної системи в цілому.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЦНОСТІ АДГЕЗИВНОГО З'ЄДНАННЯ МІЖ ПЛОМБУВАЛЬНИМИ МАТЕРІАЛАМИ

Бублій Т.Д., Дубовая Л.І., Макаренко В.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

На сьогодні найновітніші розробки допомагають забезпечити надійне з'єднання між різними пломбувальними матеріалами та твердими тканинами зуба. Але в складних клінічних ситуаціях, таких як починка реставрації, необхідне надійне з'єднання між собою різних пломбувальних матеріалів. В сучасній літературі дискутується питання про можливість корекції фотополімерної пломби після деякого часу її експлуатації.

Метою нашого дослідження стало визначення сили адгезивного з'єднання між шарами пломбувального матеріалу в залежності від адгезиву.

Матеріали і методи: Експеримент був проведений на зразках, які піддавались деформації на відрив на розривній машині МРК-1. Зразки формувались із фотоккомпозиту «Latelux», розмір 1x1 см., товщиною 2 мм., для адгезивного з'єднання використовували

«Prime&Bond NT» и «Latelux». Для дослідження виготовили 24 зразки таким чином:

1 група: 6 зразків виготовили з фотополімеру пошарово, без використання адгезиву;

2 група: 6 зразків, в яких перед нанесенням фотополімеру зачищали поверхню бором, протравлювали та наносили наступний шар матеріалу без використання будь-якого адгезиву;

3 група: 6 зразків, в яких шари фотополімеру з'єднували за допомогою адгезиву «Prime&Bond NT» після попереднього протравлювання;

4 група: 6 зразків, в яких після протравлювання шари фотополімеру з'єднувалися за допомогою адгезиву «Latelux».

Результати дослідження: Сила з'єднання на розрив між шарами фотополімеру була найбільшою в 1 групі і склала 9,8 МПа. В 4 групі сила з'єднання склала 9,24 МПа, в 3 та 2 групах цей показник становив 7,39 МПа та 5,25 МПа.

Висновок: Для надійного з'єднання між шарами фотополімеру необхідно користуватися адгезивом без праймеру.

СТАН МЕДУЛЯРНОГО ЕРИТРОПОЕЗУ ПІСЛЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВВЕДЕННЯ МЕКСИДОЛУ ПЕРЕД ГОСТРИМ ІММОБІЛІЗАЦІЙНИМ СТРЕСОМ

Власенко Н.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Серед протективних ефектів мексидолу (2-етил-6-метил-3-оксипіридину сукцинат) при стресі існує здатність запобігати змінам периферійної ланки еритропоезу, що зумовлює необхідність вивчення впливу препарату на стан еритропоезу за цих умов. Мета роботи – дослідити зміни медулярного еритропоезу при гострому іммобілізаційному стресі та його корекції мексидолом. Препарат вводили білим щурам інтраперитонеально в дозі 100 г/кг за 30 хв до початку іммобілізації (3 год). У постстресорному періоді досліджували загальну кількість каріоцитів (цитоз) у кістковому мозку стегнової кістки та підраховували мієлограми, як описано П.Д.Горизонтовим і співавт. (1982). Встановлено, що через 3 год від початку стресу істотних змін у кістковому мозку щурів не виявляється, але через 12 год цитоз зростає за рахунок накопичення лімфоцитів, реєструється збільшення кількості еритробластів та пронормобластів. Через 24 год загальна кількість мієлокаріоцитів підвищена, у кістковому мозку спостерігається високий рівень лімфоїдних елементів, на фоні якого вірогідно зростає кількість усіх еритроїдних клітин. Через 48 год від початку стресу цитоз кісткового мозку знижується до рівня інтактних тварин, однак зберігається підвищення кількості еритробластів, пронормобластів та загальної кількості еритроїдних клітин порівняно з контролем. Через 5 діб цитоз кісткового мозку щурів перевищує початковий рівень у 1,4 рази. Має місце істотне зростання як сукупної кількості еритроїдних клітин у 1,8 рази, так і представництва окремих їх видів. Це відбувається одночасно зі змінами гранулоцитарного ростка і свідчить про закономірну активацію еритро- та гранулоцитопоезу. На фоні введення мексидолу через 3 год від початку стресу загальна кількість каріоцитів знижується в 1,3 рази у порівнянні зі стресом без препарату, що не позначається на кількості еритроїдних клітин і виникає за рахунок зменшення кількості лімфоїдних елементів. Через 12-48 год мексидол викликає зниження цитозу кісткового мозку, яке супроводжується зменшенням кількості еритробластів, пронормобластів та нормобластів. Через 5 діб розвитку стрес-синдрому на фоні дії препарату стан кісткового мозку тварин характеризується нижчим у 1,4 рази цитозом порівняно зі стресом без фармакокорекції. При цьому кількості еритробластів, пронормобластів і нормобластів менші за аналогічні показники при стресі в 2,7 рази, 2,1 рази та 2 рази відповідно. Такий розвиток процесів свідчить, що мексидол запобігає активації медулярного еритропоезу в постстресорному періоді.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.

Волинская Т.Б.

ИС НМАПО им. П.Л. Шупика, м. Київ

Использование лазерных технологий при лечении больных генерализованным пародонтитом (ГП) показало их высокую терапевтическую эффективность. При этом особый интерес представляет инфракрасный (ИК) спектр, поскольку он наиболее глубоко проникает в ткани и оказывает выраженное противовоспалительное действие. Сочетание ИК лазера с магнитным полем может усилить ожидаемый терапевтический эффект.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 47 больных с диагнозом хронический ГП I и II степени в возрасте от 25 до 65 лет. Пациенты были произвольно разбиты на две группы: I (23 чел.) и II (24 чел.).

У больных обеих групп проводили общепринятую базовую терапию. Больным II группы после завершения скейлинга дополнительно назначали курс МЛТ: 10 сеансов через день с напряженностью поля 50 мТл, длиной волны 0.85- 0.98 мкм, с экспозицией 2 минуты на секстант. Все больные были обучены гигиеническому уходу за полостью рта, с рекомендациями использовать зубную пасту «Colgate total» и мягкие зубные щетки.

О пародонтологическом статусе больных обеих групп судили по величине индекса ПМА, глубине пародонтального кармана (ПК), ПЭП, рецессии десны, подвижности зубов, степени кровоточивости десен и характеру отделяемого из ПК. Обследование проводили до начала лечения и на 21 день после его завершения.

Результаты исследования. Анализ результатов клинического обследования больных показал, что клиническое улучшение в течении ГП у больных I группы наступает на 6-7 сутки после проведения скейлинга, а у боль-