

Не існує загальноприйнятої норми відносно мінімальної допустимої кількості бісфенолу А, а повністю виключити його попадання в організм людини практично неможливо. Жодне міністерство охорони здоров'я в світі офіційно не визначило мінімальної норми бісфенолу А і не внесло його до списку канцерогенних речовин.

Таким чином, проаналізувавши доступні літературні джерела присвячені проблемі широкого використання бісфенолу А в різних матеріалах, знайшовши підтвердження його шкідливої дії на окремі органи і в цілому на організм людини, ми прийшли до необхідності проведення обширних досліджень по виявленню дії бісфенолу А на пацієнтів, що користуються стоматологічними макро та міні конструкціями, до складу яких входять BIS-GMA (бісфенол-гліциділметакрілат), UDMA (уретандіметіл-метакрілат), D3MA (декан-діолдіметакрілат), TEGDMA (тріетілен-гліколметакрілат) на основі бісфенолу А.

Передбачаємо, що подальші наші дослідження дадуть можливість розрахувати питому вагу стоматологічних матеріалів, яка буде вміщувати максимально допустиму кількість бісфенолу А для людського організму.

## СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1

*Ніколішин А.К., Левицький А.П., Ступак О.П.*

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

ДУ "Інститут стоматології АМН України", м. Одеса

На сьогоднішній день відзначається зростання захворювань, викликаних умовно-патогенною мікрофлорою, в тому числі і дріжджеподібними грибами роду *Candida*. Це зумовлено нераціональним та неконтрольованим використанням в медицині антибіотиків, антисептиків, гормональних препаратів, зниженням імунологічної реактивності організму у хворих, що досить часто призводить до посиленого розмноження грибів роду *Candida*, на тлі стрімкого зниження кількості пробіотичної мікрофлори, розвитку дисбіозу та кандидозу. Особливе місце серед провокуючих факторів розвитку грибкових стоматитів у хворих займає цукровий діабет (ЦД).

У зв'язку з цим, що у хворих при ЦД одним з факторів, який призводить до порушення функціонування органів і систем організму, є пошкодження біологічних клітинних мембран, особливо за рахунок посилення переокисного окиснення ліпідів та збільшення активності протеолітичних ферментів, нам здавалось за доцільне дослідити ферментативний спектр ротової рідини у хворих на ЦД типу 1, а саме: стан вільнорадикального окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту та загальної протеолітичної активності як маркера запальних процесів в порожнині рота, і його вплив на розвиток у хворих кандидозного стоматиту для патогенетично обґрунтованого лікування та профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота (СОПР) у хворих з ЦД типу 1.

Згідно проведених нами досліджень, у хворих на кандидозний стоматит на тлі ЦД типу 1 в ротовій рідині в 1,5 рази збільшується вміст малонового діальдегіду ( $0,44 \pm 0,04$  мкмоль/л проти  $0,29 \pm 0,02$  мкмоль/л в контрольній групі) та в 2 рази зменшується активність каталази ( $0,13 \pm 0,02$  мкат/л проти  $0,26 \pm 0,02$  мкат/л в контрольній групі), що свідчить про порушення стану прооксидантно-антиоксидантної системи. Встановлено, що в ротовій рідині у хворих на кандидоз СОПР при ЦД типу 1 в 4 рази збільшується рівень загальної протеолітичної активності ( $16,95 \pm 1,43$  нкат/л проти  $4,11 \pm 0,52$  нкат/л в контрольній групі), що підтверджує наявність запалення СОПР.

Таким чином, при комплексному лікуванні хворих з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1 необхідно використовувати медикаментозні препарати, які мають антиоксидантну дію.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

*Ніколішин А.К., Ступак О.П., Котелевська Н.В.*

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Для ендодонтичного лікування періодонтиту раніше використовувались механічна, хімічна (медикаментозна) обробка кореневих каналів та їх пломбування. В сучасній стоматології інструментальна обробка кореневих каналів поєднується з медикаментозною, метою якої є формування кореневих каналів у вигляді циліндричної форми з усіченим конусом (методика "Step Back" техніки) або конічної форми (методика "Crown Down" техніки). В зв'язку з інфікуванням системи кореневих каналів, особливо в апікальній дельті, їх медикаментозна обробка займає одне з провідних місць у лікуванні ускладненого карієсу і використовується у вигляді іригації, аплікації та тимчасової obturaції кореневих каналів.

Іригація проводиться з використанням:

- ендодонтичних шприців,
- у поєднанні з механічною обробкою кореневих каналів в звукових та ультразвукових системах,
- гідродінамічної промивки кореневих каналів за допомогою системи RinsEndo фірми "DurrDental", при якій використовується дозоване вприскування антисептиків,

- іригації шприцем у поєднанні з вакуумним відсмоктуванням, за допомогою резинової груші ендодонтичної системи Endo-Eze фірми "Ultradent",
- дозованого вакууму за методикою А.К. Ніколішина, Н.В. Котелевської (2005).

Способи, при яких використовується нагнітання дезінфікуючих розчинів в кореневі канали, менш ефективні у порівнянні з введенням антисептика та його подальшого відсмоктування. При цьому в декілька разів зменшується кількість КУО мікроорганізмів системи кореневих каналів. Використання дозованого вакууму крім медикаментозної обробки позитивно впливає на процеси гемокоагуляції та фібринозу тканин періодонта при лікуванні гострих та загострених хронічних верхівкових періодонтитів.

Апликація – короточасний або довготривалий (до 1-2 діб) вплив медикаментозних засобів, що мають антимікробний та протизапальний вплив на періодонт та систему кореневих каналів.

Тимчасова obturaція (пломбування кореневого каналу) використовується з метою довготривалої протизапальної та антимікробної дії при заповненні кореневого каналу тимчасового пастою за допомогою каналонаповнювача, терміном від 7-10 днів до 1 місяця.

Таким чином, від якісної медикаментозної обробки кореневих каналів залежить успіх лікування ускладненого карієсу.

## КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС ТА ОКЛЮЗІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПРИКУСІВ.

*Новіков В.М., Луцькова Ю.С.*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність теми: Поширеність м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів досягає 27,5% - 70%. До теперішнього часу лікування пацієнтів з функціональними порушеннями в скронево-нижньощелепному суглобі, які супроводжуються порушеннями прикусу, залишається актуальною проблемою. При цьому порушення оклюзії є одним з основних етіологічних чинників виникнення функціональних порушень при м'язово-суглобовій дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів.

Вивчення вищевикладених питань має визначальний вплив на вибір тактики ортопедичного лікування пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів.

Матеріали та методи дослідження: Було досліджено 20 пацієнтів. Вікова категорія 20-40 років. Група складалась лише з жінок, які мають м'язово-суглобову дисфункцію скронево-нижньощелепних суглобів. Пацієнтів розділили на 2 вікові категорії: перша - 20-30 років, друга - 30-40 років.

З метою визначення розташування суглобової головки в суглобовій ямці проведено променеві дослідження (рентгенологічні та на магніто - резонансному томографі). З метою визначення оклюзійних порушень проводився аналіз моделей щелеп.

Результати: У 30% було виявлено дистальне розміщення суглобової головки, у 70% було виявлено центральне розташування суглобової головки. Із загальної кількості досліджених у 4 (20%) мали глибоке різцеве перекриття; у 16 (80%) – глибокий прикус.

Висновок: При дослідженні м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів простежується прямий кореляційний зв'язок між формою прикусу (а значить і оклюзійним станом) та клінічним перебігом дисфункції СНЩС.

## ДИСБАЛАНС ВАЗОРЕГУЛЯТОРІВ ПРИ СТРЕСОРНИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА

*Омельченко О.Є.*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Згідно сучасним уявленням, оксидативний стрес є невід'ємним патогенетичним механізмом серцево-судинних захворювань.

Ендотелій відіграє ключову роль у підтриманні нормального тону та структури судинного русла.

Мета дослідження – з'ясувати роль вазоактивних речовин у розвитку стресорних виразок слизової оболонки шлунка (СОШ).

Експерименти виконані на 72 статевозрілих щурах-самцях Вістар. Гострий іммобілізаційний стрес відтворювали за методом Г. Сельє. В сироватці крові і СОШ досліджували вміст нітритів (метаболітів NO) і ендотеліну-1 (ЕТ-1). Після евтаназії тварин під гексеналовим наркозом враховували частоту, множинність і площу стресорних виразок СОШ. З використанням морфометричного методу оцінювали стан гемоциркуляції слизового та підслизового шару шлунка.