ці апарати утримуються при зімкнених зубних рядах, тоді як у дітей з ДЦП періодично виникають довільні скорочення і розслаблення м'язів.

Ми розробили ортодонтичний апарат, який поєднує у собі функції моноблокових апаратів і елементи логопедичних масажних зондів. За прототип використали активатор Андрезена-Гойпля. Запропонований апарат – це міофункціональний моноблок з П-подібними додатковими дротяними елементами з вестибулярного і язикового боків та транспалатинальними дугами для подразнювальної дії на м'язи язика, щік і губ. Використання запропонованого міофункціонального апарату дозволяє встановити щелепи дитини з ДЦП у нормогнатичному співвідношенні і стимулювати порушені функції м'язів язика, щік і губ. Крім того, наявність язикоподібного утримувача для ручного введення і виведення апарату з порожнини рота дитини дає можливість контролювати використання даного апарату у домашніх умовах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗОБЩАЮЩЕГО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО АППАРАТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТ – ТЕХНИКОЙ.

Морозов А.Л., Крылова Т.Л.

ГУ КГМУ им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Ортодонтическое лечение в любом возрасте, невзирая на конкретный выбор применяемой аппаратуры в процессе коррекции постоянного прикуса, – сложный процесс оказывающий влияние не только на многие функции организма пациента, но и на его психо – эмоциональное состояние. Ввязи с этим уменьшение сроков ортодонтического лечения существенно снижает количество отрицательных воздействий.

С целью сокращения сроков лечения брекет – техникой мы использовали съемный ортодонтический аппарат с разобщением прикуса на нижнюю челюсть.

Под нашим наблюдением находилось 67 больных с патологией прикуса: I класс по Энглю. Между зубами верхней и нижней челюсти в боковых участках отмечался плотный фиссурно – бугорковый контакт. Всем обследуемым были зафиксированы брекеты на зубы верхней челюсти. Пациенты в возрасте от 17 до 25 лет разделены на 2 группы: основную – 35 человек и контрольную – 32. Основной группе больных были добавлены съемные аппараты на нижнюю челюсть с незначительным разобщением прикуса. Даны рекомендации по круглосуточному их использованию .

Изменения в положении зубов верхней челюсти в основной группе уже через 35-45 суток от начала лечения сделало возможным клинически обосновано,зафиксировать брекеты на зубы нижней челюсти без риска повреждения аппаратуры антагонистами. Больным в контрольной группе на зубы нижней челюсти брекеты зафиксированы лишь через 70 – 90 суток.

Съемный разобщающий аппарат на нижнюю челюсть устраняет дополнительное блокирование при перемещении зубов брекет – техникой, что ускоряет расширение верхнего зубного ряда, освобождая вестибулярную поверхность зубов нижней челюсти для скорейшего комфортного фиксирование брекетов.

Таким образом, применение разобщающего съемного нижнечелюстного пластиночного аппарата на начальном этапе лечения брекет – техникой дает возможность врачу в более короткие сроки подключить к системе нижнюю челюсть, что позволяет уменьшить сроки ортодонтического лечения.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ МАЗКІВ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ

Мошель Т.М., Гасюк Н.В., Єрошенко Г.А.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

На сьогоднішній день цитологічне дослідження вмісту пародонтальних кишень дає змогу отримати чітке уявлення про захисні реакції тканин пародонта, наявність або відсутність фагоцитарної реакції та її вираженість. Вищенаведений метод дослідження, за умов мінімальної інвазії, є об’єктивним показником, що дає можливість провести динамічне спостереження за перебігом захворювання та ефективністю проведеної фармакотерапії.

Метою нашого дослідження було визначення цитологічної характеристики пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит (ГП) I та II ступеня тяжкості в стадії загострення.

Для досягнення поставленої мети матеріал із пародонтальних кишень хворих на ГП забирали стерильною гладилкою, переносили на предметне скло, фіксували за загальноприйнятою методикою та забарвлювали за Грамом.

Результати дослідження: в мазках із пародонтальних кишень хворих на ГП в стадії загострення визначається велика кількість нейтрофільних гранулоцитів, а саме сегментоядерних, що мають округлу форму. Ядро сегментоване та має 2-3 часточки, пов’язані тонкими, майже непомітними перемичками. Слід зауважити, що більшість нейтрофільних гранулоцитів знаходяться на різних стадіях фагоцитарної реакції. При цьому фагоцитарна реакція добре виражена, що клінічно характеризує наявність серозного ексудату. Серед представників інших клітинних популяцій виявляються макрофаги. Вони мають неправильну форму, невеликих розмірів чітко оконтуроване ядро

округлої або бобоподібної форми із крупними дольками хроматину. Збільшення кількості макрофагів в мазках є показником активності та характеру запального процесу. Також виявляються поодинокі лімфоцити із інтенсивно забарвленим ядром округлої форми, яке займає 2/3 цитоплазми, що має вигляд обідка. Невелика кількість лімфоцитів підтверджує загострений перебіг запалення та відповідь клітинного типу. В мазках наявні поодинокі базальні клітини, що свідчить про глибоке ураження запальним процесом тканин пародонта. При цьому ядро їх ексцентрично зміщене та перебуває в стадії каріопікнозу, визначається вакуолізація цитоплазми. Слід відзначити повну відсутність парабазальних клітин та зменшення кількості проміжних клітин, в яких також відмічаються дистрофічні зміни.

Вищенаведені дані підтверджують різну гістогенетичну природу анатомічних відділів ясен, зміни в епітеліальному компоненті у вигляді дискератозу. Даний клітинний склад мазків характеризує зниження дозрівання епітеліоцитів в результаті запального процесу.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІМУНОРИКС В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ

Муляр Л.А., Шептій Н.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема лікування та профілактики хронічного обструктивного бронхіту (ХОБ) продовжує залишатися значною проблемою на протязі останніх десятиліть. ХОБ є мультифакторним захворюванням, основною патогенетичною ланкою якого є рецидивуюче запалення слизової оболонки бронхів. Це запалення може бути обумовлене зниженням місцевих факторів захисту та загальної імунологічної резистентності. Застосування препаратів, клінічна ефективність яких є у зменшенні симптоматики основного захворювання та в імуномодулюючій дії не викликає сумніву. Препарат імунорикс (підотимод) має стимулюючу дію на макрофаги, індукує дозрівання Т-лімфоцитів. Нами було обстежено 49 хворих із ХОБ з середньотяжким та тяжким перебігом та частими рецидивами. 39 хворих отримували на фоні базисної терапії імунорикс у дозі 400мг 2 рази на добу протягом 15 діб, 10 хворих – традиційну терапію. Пацієнти обстежувалися до початку лікування, через 1 місяць (після завершення основного курсу).

До лікування у хворих обох груп відмічали зниження загальної кількості CD^{3+} – лімфоцитів, підвищення CD^{4+} - лімфоцитів, значне зниження показників фагоцитозу та значне збільшення sIgA. Внаслідок лікування у хворих відмічались позитивні зрушення імунітету при застосуванні імунориксу, що виражались в достовірному зниженні по закінченню основного курсу попередньо збільшеної кількості CD^{4+} і одночасному підвищенні кількості CD^{8+} та CD^{3+} Т-лімфоцитів. Попередньо знижений фагоцитоз, фагоцитарний індекс та НСТ-тест мали суттєву тенденцію до нормалізації. Спостерігалося достовірне покращення показників гуморального імунітету, що виражалось у підвищенні сироваткового IgA, зниженні підвищеного вмісту IgM та IgG, нормалізація sIgA в мокротинні. Всі ці зміни в імунному статусі проявлялись в покращенні клінічного стану хворих, зменшенні інтоксикації, кашлю і супроводжувались підвищенням функції зовнішнього дихання. В контрольній групі хворих, що отримували базисну терапію, достовірних позитивних змін імунного статусу не спостерігалося.

Таким чином імунорикс рекомендований для застосування в гострій фазі захворювання ХОБ як препарат, що покращає показники неспецифічної резистентності та позитивно впливає на клітинну та гуморальну ланку імунітету.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПОЗИЦІЇ “ДІОЦИНКОХІМ” ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ

Назаренко З.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Підвищення якості лікування запальних захворювань тканин періодонта залишається актуальною проблемою терапевтичної стоматології. Необхідність збереження та відновлення періодонта як важливої части морфофункціонального комплексу, що оточує зуб, ставить завдання щодо удосконалення методів лікування періодонтитів на перше місце. Основні принципи ефективного лікування хронічних форм верхівкових періодонтитів направлені на якісну медикаментозну обробку кореневих каналів високоефективними антисептичними засобами.

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності використання композиції ”Діоцинкохім” для медикаментозної обробки кореневих каналів у комплексному лікуванні хронічних форм періодонтитів.

Об’єктом дослідження були 20 хворих на хронічний гранулюючий та гранулематозний періодонтити. Всі пацієнти не мали загально-соматичної патології. Вік хворих складав від 28 до 45 років. Лікування хронічного верхівкового періодонтиту було проведено з використанням загальноприйнятих методів. Медикаментозна обробка кореневих каналів проводилася композицією “Діоцинкохім” за допомогою ендодонтичного шприца та паперових пінів. При необхідності композицію використовували у якості антисептичної пов’язки строком на 2-3 дні.