

Нами було проведено обстеження 53 студентів 3 курсу стоматологічного факультету віком 19-23 роки. Серед них виявлено 17 осіб, яким було поставлено діагноз: "Катаральний гінгівіт". Для діагностики проводили пробу Шиллера-Писарєва, індекс ПМА, пробу за Кулаженко та рентген-обстеження.

Пацієнти були розділені на дві групи: контрольну та основну. У першій групі (контрольна) застосовували тільки традиційні методи лікування катарального гінгівіту.

У другій групі (основна) додатково проводили акупунктурне лікування методом точкового пресаційного пальцевого масажу. Перший курс лікування складався з 12 сеансів. 6 сеансів проводили щоденно, згідно з призначеною схемою. В перше відвідування активували дві віддалені точки в зоні кисті та ліктя обох верхніх кінцівок. У наступні п'ять відвідувань масажували, окрім вищеназваних, ще й місцевосегментарні точки, які знаходяться в приушній зоні і в області верхньої та нижньої щелепи. Подальші 6 сеансів проводилися через день за тією ж схемою. Повторний курс лікування проводили через 10 днів (12 сеансів). Третій курс – через місяць (10 сеансів). Підтримуючий курс терапії проводили через 3 місяці після початку лікування за схемою: 6 сеансів з перервою в 2 дні.

Контроль ефективності лікування катарального гінгівіту проводили на основі суб'єктивного статусу та клінічних спостережень.

Було виявлено, що в основній групі явища катарального гінгівіту (набряк та кровоточивість ясен) зменшилися у порівнянні з контрольною групою після 4-го сеансу застосування акупунктури.

Отже, застосування точкового пресаційного пальцевого масажу активних точок значно прискорює лікування запальних процесів ясен, що об'єктивно оцінюється в зменшенні набряку, кровоточивості та підтверджується діагностичними пробами.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ПОЛІПЕПТИДНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ РАНИ

Виконавець: Бусло А.М.

Науковий керівник: проф. Силенко Ю.І.

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Велику роль в комплексному лікуванні генералізованого парадонтиту відіграють хірургічні методи. Найбільш перспективним методом є гінгівостеопластика. Але одним з недоліків є досить тривалий післяопераційний період. Зменшити післяопераційний період можна за допомогою введення поліпептидних препаратів.

Мета роботи – обґрунтувати можливість застосування гінгівостеопластики з поліпептидотерапією, як більш ефективного способу лікування хронічного генералізованого парадонтиту.

Експериментальні дослідження виконані на 52 статевозрілих щурах лінії Вістар 200-250 г. Тварини були розділені на 5 груп. Експериментальні дослідження проводились під гексеналовим наркозом 50 мг/кг ваги. Перша дослідна група включала контроль. Після розвитку наркозу моделювали дефект нижньої щелепи між різцями та молярами. Починаючи з третьої доби проводили курс ін'єкцій фізіологічного розчину по 0,5 мл внутрішньом'язово щодня. В другій та третій групах експериментальним тваринам після моделювання дефекту кісткової тканини нижньої щелепи у післяопераційному періоді починаючи з третьої доби проводили курс ін'єкцій поліпептидних препаратів тималін та вермілат внутрішньом'язово по 1 мг/кг ваги щодня. Тималін застосовували в другій групі, а вермілат – в третій. У четвертій та п'ятій групах після моделювання дефекту нижньої щелепи експериментальним тваринам вводили у кістковий дефект колапан як остеогенний стимулятор. А у післяопераційному періоді проводили внутрішньом'язово ін'єкції тималіну – в четвертій групі, та вермілату – в п'ятій групі, по 1 мг/кг ваги щодня. Курс лікування у всіх групах складав 5 ін'єкцій. Морфологічне вивчення процесів регенерації тканини проводилося на декальцинованих препаратах нижньої щелепи. Результати проведених морфологічних досліджень гістологічних препаратів у різних групах дозволяють зробити висновки про те, що перебіг регенераторних процесів в ділянці дефекту нижньої щелепи під впливом поліпептидних препаратів був більш сприятливим у порівнянні з контрольною групою, а найкращих результатів вдалося досягти при поєднанні остеопластичного матеріалу „Колапан” з поліпептидним препаратом „Вермілат”.

МІКРОТВЕРДІСТЬ ОКРЕМИХ ДІЛЯНОК ЕМАЛІ ТА ДЕНТИНУ У ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ ІКЛАХ

Виконавці: Гасюк П.А., Калашніков Д.В., Черняк В.В.

Науковий керівник: проф. Король М.Д.

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології, патологічної анатомії

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Визначення твердості компонентів коронки зубів різних класів має суттєве значення при протезуванні металокерамічними незнімними ортопедичними конструкціями.

Мікротвердість верхніх та нижніх ікол вимірялась на кафедрі біофізики, інформатики та медичної апаратури за допомогою мікротвердоміра "ГМЗ-3" в мкПа.

При цьому за допомогою товстого шліфа ікол, зрізаному у вестибуло-оральному напрямку по всій довжині коронки, вимірялись значення мікротвердості як у ділянках емалі, так і в ділянках дентину. Встановлено, що у

верхніх іклах твердість емалі основного горбика та екватора вестибулярної, а також лінгвальної поверхні приблизно однакова і складає в середньому $60,8 \pm 1,5$ мкПа. Твердість дентину у верхніх іклах приблизно в 3-4 рази менша і дорівнює $14,08 \pm 0,23$ мкПа та $16,2 \pm 0,5$ мкПа.

А в ділянках кутикули емалі займає проміжне значення і складає $31,1 \pm 1,3$ та $29,5 \pm 1,5$ мкПа. Співвідношення мікротвердості основного горбика, кутикули та дентину має кратність 1:2:4, що відповідає геометричній прогресії, яка, очевидно, пов'язана з різною кристалічною будовою кристалів гідрооксипатиту.

У нижніх іклах мікротвердість емалі основного горбика дещо вища, ніж у верхніх іклах, а мікротвердість емалі екватора лінгвальної поверхні перевищує твердість емалі вестибулярної поверхні екватора і становить $85,3 \pm 0,8$ мкПа та $78,2 \pm 0,6$ мкПа. Твердість дентину в нижніх іклах приблизно така, як і у верхніх іклах та складає $15,01 \pm 0,8$ та $14,42 \pm 0,5$ мкПа.

Особливий інтерес становить вивчення твердості емалі додаткового лінгвального горбика, яка складає $41 \pm 2,3$ та $65,2 \pm 2,7$ мкПа. Отже, по мірі формування додаткового лінгвального горбика, мікротвердість збільшується і досягає значення цифр мікротвердості основного горбика.

Таким чином, проведені дослідження можуть бути використані при препаруванні твердих тканин ікол для протезування металокерамічних незнімних ортопедичних конструкцій.

ОМІЧНИЙ ЕЛЕКТРИЧНИЙ ОПІР ТКАНИН ЗУБОЩЕЛЕПНОГО СЕГМЕНТУ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ

Виконавець: Гоголь А.М.

Науковий керівник: проф. Ткаченко П.І.

Кафедра дитячої хірургічної стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Визначення стану резорбції коренів тимчасових зубів при фізіологічній зміні та резорбції періапикальних тканин при хронічній одонтогенній інфекції є необхідною складовою стоматологічного обстеження дитини, оскільки має вирішальне значення у виборі лікувальної тактики стосовно причинного зуба. Актуальність цієї проблеми обумовлена значними індивідуальними коливаннями вікових показників резорбції коренів при фізіологічній зміні тимчасових зубів. У випадку хронічних періодонтитів вогнище періапикального запалення може спричинити передчасну резорбцію коренів та прилеглих кісткових тканин. Близькофокусна внутрішньоротова контактна рентгенографія є загальноприйнятим способом дослідження цієї патології, який через опромінення має обмежене застосування у дітей. До того ж у багатьох випадках клініцисти позбавлені можливості проведення такого обстеження. Тому актуальним є пошук та впровадження у повсякденну практику альтернативного способу об'єктивної оцінки стану резорбції коренів та прилеглих кісткових тканин у дитячій стоматології. Нами запропонований спосіб визначення щільності зубощелепного сегмента на підставі вимірювання омичного електричного опору комплексу тканин.

Проведено обстеження 25 дітей з фізіологічною зміною тимчасових молярів та 84 дітей з хронічними періодонтитами тимчасових молярів. Вимірювання омичного електричного опору зубощелепного сегменту проводили з допомогою цифрового мультиметра M890F. Електроди накладали на ясна верхньої щелепи з вестибулярної та піднебінної поверхні, на нижній щелепі – з вестибулярної та язичної.

Отримані результати свідчать про інформативність такого способу при дослідженні стану резорбції коренів тимчасових зубів при їх фізіологічній зміні. Його застосування як додаткового методу обстеження періапикальної патології дозволяє оцінити не тільки стан резорбції коренів при хронічних періодонтитах, а й опосередковано – розмір періапикального одонтогенного вогнища запалення.

Запропонований спосіб визначення щільності зубощелепного сегмента потребує подальших клінічних досліджень з метою впровадження його в практичну охорону здоров'я.

СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ СЕРЕДНЬО-ШИЙНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ЛЮДИНИ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ПЛІДНОГО ПЕРІОДУ

Виконавець: Дьоміна К.Ю.

Науковий керівник: проф. Мітченко В.І.

Кафедра пропедевтики хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови та шиї

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

В останні роки в літературі дебатується можливість ектопії зачатка слинної залози в структуру лімфатичних вузлів. Вивчення процесів, які відбуваються в тканинах на етапах закладки лімфатичних вузлів шиї в ділянці біфуркації загальної сонної артерії, має вирішальне значення для визначення етіопатогенезу бічних кіст шиї.

Метою нашої роботи було довести наявність ектопії тканин слинної залози в лімфатичні вузли в процесі їхнього розвитку у другій половині вагітності.

Враховуючи вищезазначене, ми припустили можливість різноманітного морфологічного співвідношення лімфоїдної тканини та тканин зачатка слинної залози. З цією метою проводили топографоанатомічне дослідження