



Отримані дані вносили в модифіковані нами карти ВООЗ. Показники карієсу дітей 7-9 років м.Полтави, обстежених в 2017 році порівнювали з показниками, отриманими під час дослідження дітей в 1997-1998 роках в місті Полтава. Значна кількість дітей м. Полтави у віці 7-9 років мають уражені тимчасові та постійні зуби, і це важливо враховувати для прогнозування карієсу та проведення його профілактики. Вивчення показника поширеності карієсу у дітей від 7 до 9 років показало його підвищення з 7 до 8 років, а з 8 до 9 цей показник дещо знижувався за рахунок значного зменшення кількості дітей з ураженими тимчасовими зубами, так як вони були уже видалені до цього часу, хоча значно збільшувалась кількість дітей із карієсом постійних зубів.

У віці 10 років ми спостерігаємо таку ж тенденцію: різке зменшення кількості дітей із каріозними тимчасовими зубами за рахунок їх видалення у зв'язку з їх зміною на постійні. В 11 років спостерігаємо зміни, що схожі на попередній віковий період (зменшення кількості дітей з ураженими тимчасовими зубами та збільшення – з постійними). У дітей 12 років ми не виявили тимчасових зубів, уражених карієсом, а кількість дітей з карієсом постійних зубів збільшилась лише на 2,5% в порівнянні з попереднім віковим періодом (м.Полтава). Порівняння поширеності карієсу постійних зубів в Чернівцях в ключовій групі за даними ВООЗ (12-річні діти) не виявило значимої її різниці з Полтавою. Збільшення кількості дітей з ураженими постійними зубами відбувається в період від 7 до 8 років (на 17,3%), з 8 до 9 (на 14,5%), з 9 до 10 років (на 21,5%), з 10 до 11 (на 13,3%). Звертає на себе увагу значна різниця показника інтенсивності карієсу у 12-річних дітей Полтави та Чернівців. В Чернівцях кількість уражених зубів на одного обстеженого в 2,5 рази вища, ніж в Полтаві, а показник інтенсивності видалених зубів у дітей м.Чернівці ( $0,25 \pm 0,08$  зубів) в 10 разів вищий, ніж у дітей Полтави ( $0,025 \pm 0,03$  зубів) ( $p \leq 0,05$ ).

Отже, поширеність карієсу була незначно вища у Чернівцях, а інтенсивність карієсу за показником КПВ вірогідно відрізнялась у досліджуваних містах:  $5,21 \pm 0,60$  зубів у Чернівцях, що відповідає високому рівню інтенсивності та  $2,08 \pm 0,18$  зубів – у Полтаві – низький рівень інтенсивності карієсу. Найбільш уразливим з точки зору виникнення карієсу постійних зубів у дітей є вік від 7 до 8 та від 9 до 10 років, що вимагає особливої уваги батьків та лікарів-стоматологів до стоматологічного здоров'я дітей цих вікових періодів.

**Митченко О.В.**

## **УСУНЕННЯ ДЕФЕКТІВ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ БОГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ**

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*Буковинський державний медичний університет*

Проблема збереження зруйнованих зубів досліджується дуже давно. Запропоновано багато варіантів відновлення коронкової частини: від пломбувальних матеріалів до ортопедичних конструкцій. При руйнуванні коронкової частини більше ніж на 2/3 чи повністю використання пломбувального матеріалу в якості відновлювального не доцільно, бо вони часто не витримують навантажень під час функції. Тому в багатьох випадках пропонують використання ортопедичної конструкції, яка містить штифт і штучну коронкову частину. Є багато різновидів штифтових зубів, але всі вони можуть бути використані тільки при руйнуванні коронки зуба вище, або на рівні ясен. Коли ж коронка зруйнована нижче рівня ясен запропонована інша конструкція: лита куксова штифтова вкладка з подальшим покриттям її коронкою. Ця конструкція вигідно відрізняється від штифтових зубів за рахунок можливості застосування покривної конструкції та її заміни в разі необхідності. Питання відновлення коронкової частини багатокореневих зубів лишається дискусійним. Запропоновані конструкції нерівномірно розподіляють тиск на всі корені зуба або ці конструкції дуже складні в виготовленні.

Нами запропонована конструкція для відновлення коронкової частини багатокореневих зубів, яка включає в себе низку клінічних етапів: підготовка каналів коренів та їх устів під литу культову штифтову вкладку; моделювання двох штифтиків в найменш



прохідні канали, надкореневі частини яких будуть паралельними до вісі основного каналу кореня (на верхній щелепі це піднебінний канал, а на нижній – дистальний), для цього пропонуємо застосовувати пристрій власної конструкції для визначення паралельності вісей каналів багатокореневих зубів.

Послідовність виконання: фіксація штифтів в найменш прохідних каналах, моделювання кукси з штифтом в найбільш прохідний канал; фіксація куксової штифтової вкладки в найбільш прохідний канал; зняття відтисків та виготовлення покривної конструкції. За допомогою цієї конструкції ми вирішуємо проблему дивергенції коренів та відповідно каналів, розподіляємо тиск рівномірно на всі корені зуба та відновлюємо жувальну ефективність. Ця конструкція на етапі розробки та планується математично обґрунтувати її доцільність та отримати відповідні результати.

**Остафійчук М.О.**  
**ЛІКУВАННЯ СТОМАТИТІВ У ПАЦІЄНТІВ**  
**ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра терапевтичної стоматології*  
*Буковинський державний медичний університет*

Початковим відділом шлунково-кишкового тракту є ротова порожнина. Саме вона першочергово та чутливо реагує на всі патогенні процеси, що відбуваються в шлунково-кишковому тракті. Як правило, при різноманітній за етіологією і патогенезом шлунково-кишкової патології в тканинах ротової порожнини виникають однотипні запально-дистрофічні ураження. Одним з таких проявів стоматопатології є розвиток стоматиту у хворих на ШКП. Дослідження впливу фортифікованого лізоциму на слизову оболонку ротової порожнини, з урахуванням того, що лізоцим є одним з факторів антимікробного захисту слизової оболонки не тільки ротової порожнини, але й слизової тонкої і навіть товстої кишки.

Дослідження проводилось на хворих з діагнозом гастрит, гастродуоденіт, гастропатія, які поступили на лікування в гастрохірургічне відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні. Діагноз захворювання встановлювали лікарі відділення на підставі оцінки скарг хворих, клінічного, лабораторного та інструментального обстеження. Обстеження хворих з ШКП на стан ротової порожнини здійснювалось нами у відповідності до існуючих рекомендацій, враховуючи скарги пацієнтів, анамнез хвороби, огляд ротової порожнини і доповнюючи дослідженням гігієнічних та пародонтальних індексів. У всіх пацієнтів збирали натщесерце нестимульовану слину. В слині визначали рівень біохімічних маркерів запалення: активність протеолітичного фермента еластази, вміст продукту переокислення ліпідів малонового діальдегіду (МДА), активність бактеріального ферменту уреазі і активність антимікробного фермента лізоцима. В якості контролю використовували результати обстеження і аналізу у практично здорових молодих людей (20-30 років).

Усі хворі з першого дня перебування в клініці отримували стандартне лікування і додатково Лізоцим-форте (по 2 таблетки за 30 хвилин до прийому їжі per os 3 рази за день на протязі 10 днів). По закінченні лікування у всіх пацієнтів визначали гігієнічні та пародонтальні індекси, повторно проводили біохімічні дослідження слини. Результати дослідів піддавали стандартній статистичній обробці.

Під час дослідження було встановлено, що у хворих з ШКП суттєво зростає швидкість саливації, яка після лікування знижується. Гігієнічний індекс Silness-Loe зростає втричі та знижується більш, ніж вдвічі після лікування. Індекс Шиллера-Пісарєва теж достовірно зростає та майже повністю нормалізується після лікування. Індекс РМА зростає більше, ніж у 3 рази, введення лізоцима-форте суттєво знижує цей показник. Лізоцим-форте суттєво знижує активність еластази. У хворих на ШКП активність уреазі зростає в 5 разів. Лізоцим-форте знижує рівень уреазі в 2 рази. У хворих на ШКП в слині значно знижується активність лізоцима, введення Лізоцима-форте достовірно підвищує цей показник.

Таким чином, проведені нами клінічні дослідження підтвердили позитивні результати