



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



лікувально-профілактичної дії Лізоцима-форте. У пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту розвивається стоматит. Застосування фортифікованого лізоциму здійснює стоматопротекторну дію, тим самим знижуючи рівень маркерів запалення і показники дентальних індексів.

Романюк Д.Г.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СХЕМИ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ

Кафедра стоматології дитячого віку

Буковинський державний медичний університет

Високий рівень інтенсивності карієсу тимчасових зубів спостерігається у дітей раннього віку багатьох регіонів України. Зокрема, поширеність карієсу зубів у дітей до 3-х років Буковини досягає 65 %. Це спонукає до розробки схем антенатальної профілактики стоматологічних захворювань. Карієс зубів і запалення тканин пародонту є хроніосептичним вогнищем, з якого мікроорганізми та продукти їх життєдіяльності поширюються по всьому організму жінки і можуть викликати ускладнення вагітності.

Метою дослідження є визначити ефективність схеми антенатальної профілактики карієсу зубів у дітей Північної Буковини.

У дослідженні взяли участь 45 вагітних жінок, віком від 20 до 45 років та 40, народжених ними дітей, що проживають на території Північної Буковини. Вагітні проходили трьохкратне обстеження: I триместр (5-13 тижнів), II триместр (17-26 тижнів), III триместр (30-36 тижнів). Огляд проводили за загальноприйнятою методикою, визначали індекс гігієни, інтенсивність карієсу та стан тканин пародонту. Діти були розподілені на дві групи (основна та контрольна групи) по 20 дітей в кожній. У дітей визначали – індекс гігієни ротової порожнини, поширеність та інтенсивність карієсу зубів.

При первинному огляді вагітних, вогнищеву демінералізацію емалі було виявлено у 52 % обстежених. За період спостереження показники зросли до 53,3 % в II триместрі та 56 % у III триместрі. Інтенсивність карієсу за індексом КРВ: I триместрі – $11,34 \pm 0,11$, в II триместрі – $11,55 \pm 0,12$, і в III триместрі – $11,98 \pm 0,83$.

У період вагітності поширеність запалення тканин пародонту коливається в межах від 36 до 100 %. Стан тканин пародонту: в I триместрі у 60 % зустрічається хронічний локалізований катаральний гінгівіт легкого ступеня, починаючи з другої половини вагітності у 43 % жінок гінгівіт перебігає у вигляді генералізованого, дифузного процесу з переважанням гіпертрофічного процесу у 26 % випадків.

При первинному огляді дітей карієс був виявлений у контрольній групі в одиночних випадках (5 %). Через рік після впровадження схеми профілактики у дітей основної групи карієс зубів був виявлений у 10 % при інтенсивності 0,24 зуба та 0,29 поверхні, у контрольній групі – 35 %. В основній та контрольній групі показники гігієни ротової порожнини відповідало задовільному й відповідно поганому рівню гігієни.

Стоматологічне обстеження жінок рекомендуємо здійснювати на 6-8, 16-18, 26-28 і 36-38 тижнях вагітності. В 6-8 тижнів проводиться оцінка рівня гігієнічних знань вагітної, навчання та мотивація регулярному догляду за ротовою порожниною, проведення професійної гігієни ротової порожнини, корекція харчування спільно, підбір індивідуальних предметів для догляду. В 26-28 тижнів – оцінка ефективності наданих рекомендацій та професійну гігієну ротової порожнини. Надати рекомендації щодо догляду за ротовою порожниною новонародженого, проведення пропаганди грудного вигодовування до досягнення дитиною 12-місячного віку, обмеження в харчуванні дітей цукру (до 20 г на добу), ознайомлення з особливостями вибору та правилам користування соскою-пустушкою проводиться в 36-38 тижнів та з прорізуванням першого зуба повторно.

Отже, при проведенні регулярних стоматологічних оглядів з індивідуальним підбором засобів та предметів гігієни ротової порожнини та дотриманні запропонованих схем профілактики спостерігається зниження приросту інтенсивності карієсу на 80%, а це