

аналізу факторів ризику виникнення і прогресування захворювання, вивчення впливу нового противірусного препарату "Флавозид" на імунологічний статус пацієнтів.

Зростання ступеня тяжкості клінічних форм ГГПР, викликаних асоційованою герпетичною інфекцією, а також поява ацикловіррезистентних штамів вірусів визначили необхідність корекції лікування гострого герпетичного стоматиту з подальшим призначенням превентивної протирецидивної терапії.

Мета дослідження - підвищення ефективності лікування дітей із гострим герпетичним стоматитом шляхом створення диференційованих залежно від ступеня тяжкості схем лікування та послаблення впливу найбільш значимих факторів ризику рецидиву герпетичної інфекції.

Методи та результати дослідження. В умовах Дитячого міського центру лікування і профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота і пародонта м. Києва обстежено 93 дитини віком від 6 місяців до 6 років. За результатами анамнестичного і клініко-лабораторного обстеження та визначення маркерів герпетичної інфекції згідно з чинними алгоритмами у всіх 93 обстежених, з яких хлопчиків було обстежено 48, а дівчаток - 45 осіб, був установлений діагноз «гострий герпес порожнини рота», визначені найбільш значимі фактори ризику рецидиву герпетичної інфекції. Розподіл дітей проводили з урахуванням ступеня тяжкості ГГПР та форми герпетичної інфекції. Верифікацію діагнозу здійснювали з використанням методів: ПЛР та методу імуноферментного аналізу з визначенням умісту специфічних антитіл класів Ig G та IgM до герпес-вірусів у сироватці крові. Клініко-імунологічне обстеження проводили в пацієнтів, розподілених на 2 групи: у пацієнтів 1 групи (20 осіб) була проведена стандартна схема лікування ацикловіром, до складу 2 групи ввійшли 35 дітей, яким була запропонована схема лікування препаратом "Флавозид" протягом 1 місяця. Цей препарат становить собою противірусний препарат рослинного походження. При проведенні доклінічних досліджень виявлено активність препарату щодо вірусів простого герпесу HSV 1 та 2 типів, вірусу Епштейна-Бар (EBV), вірусу HZV. Доведено, що флавоноїди діють на клітини, які інфіковані вірусами, та мають підвищену активність вірус-індукованих кіназ, пригнічують активну реплікацію вірусів.

Імунологічні показники 1 та 2 групи дітей після лікування суттєво різнилися. Результати імунологічного дослідження, проведеного через місяць після лікування, підтвердили позитивний вплив "Флавозиду" в дітей із ГГПР, що проявляється у формі відновлення Т-клітинної ланки імунітету за рахунок відновлення кількості CD3+, природних кілерів (CD16/56+), Т-хелперних лімфоцитів, Т-супресорів, їх співвідношень та активації цитолітичної активності Т-лімфоцитів (CD3+CD56+). У 70% дітей спостерігалася нормалізація, а в 30% - підвищення рівня природних кілерів (CD16/56+). Активуючий вплив "Флавозиду" на

кілерну активність підтвердився підвищенням відсотка активованих кілерів у 75% дітей. Гуморальна ланка імунітету проявляла ознаки стабілізації з нормалізацією питомої ваги В-лімфоцитів (CD19+) у 70% дітей та деяким зниженням активності у 30%. При цьому вміст Ig у сироватці крові повністю відновився до фізіологічної норми у 85-90%. Цікавим є позитивний дезінтоксикуючий вплив "Флавозиду", що підтверджується відновленням ЦІК у 80% обстежених дітей.

Повторні результати вірусологічного дослідження виявили зменшення титрів специфічних імуноглобулінів IgG у сироватці крові обстежених дітей до 50%, зникнення IgM. Зазначимо, що в дітей з асоційованою формою ГГПР спостерігалася формування вторинного постінфекційного імунодефіциту, що проявилася надмірною активацією з ознаками виснаження як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету. Виявлені зміни не повністю усуваються за рахунок саморегуляції з використанням монотерапії противірусними препаратами селективної дії.

У дітей із ГГПР у гострий період наявні пригнічення клітинної ланки імунітету та активація гуморальних факторів захисту, виявлені порушення імунологічного статусу в дітей із гострим герпесом порожнини рота мали певну залежність від форми ГГ, тяжкості перебігу захворювання, а також мали залежність від віку дитини.

При зменшенні клінічних проявів практично всі відхилення досліджених параметрів мали тенденцію до відновлення, але повної нормалізації не наставало. Відновлення показників імунного статусу після лікування препаратом "Флавозид" наставало швидше, ніж після лікування за стандартною схемою, що дозволяє рекомендувати використання препарату в дитячій практиці для лікування гострого герпесу порожнини рота і профілактики рецидивів захворювання. Таким чином, додаткове застосування препарату "Флавозид" у складі комплексного лікування дітей з асоційованими формами ГГПР сприяє усуненню ознак вторинного постінфекційного імунодефіциту в терміни, що відповідають формуванню первинної імунної відповіді.

**Бірюкова М. М.**

#### **МЕТОДИКА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ МІКРОГІБРИДНИМ ФОТОПОЛІМЕРНИМ ПЛОМБУВАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

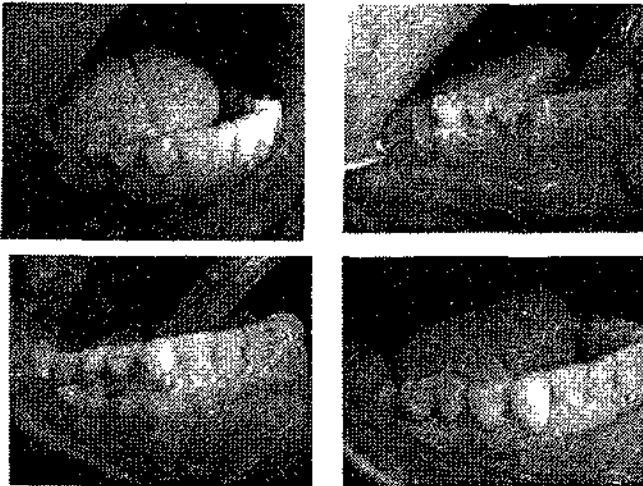
Подальше вдосконалення стоматологічних матеріалів та технологій відновного лікування пацієнтів потребує вивчення особливостей стоматологічних матеріалів, аналізу закономірностей їх змін у процесі практичного застосування та врахування цих властивостей у системі клінічного моніторингу; це повною мірою задовольняє сучасні вимоги щодо забезпечення якості надання медичної допомоги.

Наукова новизна дослідження полягає в систематизованому вивченні вітчизняного мікрогібридного

пломбувального матеріалу «LATELUX» та відпрацюванні методики його використання.

Відновне лікування зубів виконували із застосуванням нового фотополімерного матеріалу «LATELUX». Для цього перед препаруванням очищали зуби від нальоту абразивною пастою та, використовуючи шкалу забарвлення, визначали колір майбутньої реставрації. При препаруванні каріозних порожнин I-II класів видаленню підлягали всі пігментовані та розм'якшені тверді тканини, а також пігментовані фісури зуба шляхом застосування полум'яподібного та алмазного борів. Для забезпечення надійної адгезії за рахунок товщини краю зуба його емаль максимально зберігали. При цьому захист сусідніх зубів від травильного гелю виконували застосовуючи матричні целюлоїдні та металеві пластинки. Після кислотного протравлення поверхні твердих тканин зуба (час протравлення – 30 с.) упродовж 15 с. ретельно промивали порожнину водою з повітряно-водного компресора, що дозволяло видаляти травильний гель одночасно з преципітатами кальцію. На відпрепаровані каріозні порожнини наносили універсальну адгезивну систему «Latebond - LC» за технологією виробника: пензлем на всю оброблену поверхню каріозної порожнини впродовж 30 с. Після цього його просушували слабким повітряним потоком та полімеризували впродовж 20 с.; у разі наявності середнього чи глибокого хронічного карієсу прокладку не застосовували.

При клінічних варіантах гострого глибокого карієсу на дно каріозної порожнини наносили пасту, що містить гідроокис кальцію («Replex - LC») або фотополімерну прокладку «Reoliner - LC». Відновлення форми зуба при інших порожнинах виконували без прокладки (рис. 1).



**Рис. 1. Основні етапи відновного лікування / реставрації каріозних порожнин**

Із шприца пасту видавлювали шляхом повороту ручки за годинникову стрілку; в порожнини матеріал вносили пошарово за допомогою спеціальних пластмасових та металічних моделюючих інструментів, а після внесення матеріал конденсували штопфером та гладилкою. При цьому товщина кожного із прошарків

не перевищувала 1, 0-2, 0 мм. Тривалість полімеризації складала 40 с. Кожний із прошарків матеріалу полімеризували двічі: спочатку виконували направлену первинну проникаючу через стінку зуба полімеризацію, після чого – завершальну, орієнтуючи промінь полімеризатора безпосередньо на поверхню матеріалу. Незалежно від локалізації каріозної порожнини полімеризацію виконували з усіх боків: язикової, вестибулярної та жувальної поверхонь зуба. У разі наявності глибоких порожнин після зняття «матриці» виконували додаткову фотополімеризацію з язикової та щічної поверхонь приясенної зони зуба, оскільки ці зони могли знаходитися в тіні металевої матриці. Первинне контурування форми зуба виконували борами з алмазним покриттям; надлишок матеріалу вибирали бором із дрібною зернистістю (50 мкм). Завершальне шліфування та полірування пломби проводили на турбінній стоматологічній установці з водяним охолодженням (з інтенсивністю охолодження не менше 50, 0 мл/хв), використовуючи фінішні бори з жовтою (30 мкм) і білою (15 мкм) мітками та диски «Sproff-Lex» і полірувальні пасти.

Отже, послідовне виконання відновного лікування забезпечить якісне надання стоматологічної допомоги пацієнтам.

**Бірюкова М. М.**

#### **СТРУКТУРНО - ТЕХНОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПЛОМБУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ «LATELUX»**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Сьогодення потребує наявності в лікарів-стоматологів якісних, висококласних матеріалів для виконання реставраційних робіт. Структурно-функціональна єдність у підході до розробки нового пломбувального матеріалу забезпечена участю в розробці хіміків-технологів, токсикологів та на лабораторному етапі – здобувача при виконанні випробувань із полімеризатами, виготовленими за рецептурою (рис. 1), що зрештою дозволило запропонувати лікарям-стоматологам якісний мікрогібридний матеріал. Звісно, збільшення в структурі матеріалу питомої ваги склонаповнювача та деяких окремих компонентів дозволило забезпечити більшу «пружність» матеріалу, що важливо на етапі його «притирання» до твердих тканин зуба.

Склонаповнювач на основі барієвого скла (його варіативна частина в рецептурах коливалась від 50, 0% до 57, 0%) – традиційна компонента мікрогібридних світлотвердіючих композитних стоматологічних матеріалів. У комплексі з вивченням значимих для клініцистів властивостей досліджено три базові рецептури – прототипи, з яких для подальшого клініко-технологічного вивчення та клінічної апробації відібрано лише один як найбільш оптимальний.

Лабораторні випробування матеріалу, виготовленого за різною рецептурою, показали, що об'ємна усадка зразків полімеризатів коливалась у межах від 2, 0±0, 10 % - рецептура «В» до 2, 2±0, 11 % - ре-