

1. Точно установить диагноз стоматологического заболевания.

2. Подобрать стоматологические материалы и их сочетания для различных клинических случаев.

3. Оптимизировать процесс восстановления организма после проведения лечения с использованием биоматериалов.

Стасюк Н. О., Нейко Н. В., Плав'юк Л. Ю.

**ПОКАЗНИКИ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність теми. Серед актуальних завдань сучасної стоматології захворювання пародонта на рівні з карієсом займають одне з перших місць. За даними ВООЗ, більше 80% населення Землі тією чи іншою мірою страждають на захворювання пародонта. Згідно з дослідженнями А. І. Грудянова та Г. М. Барера тільки у 12% людей пародонт здоровий, а в інших наявні ураження різних ступенів тяжкості – від початково-запальних до тяжких (деструктивних) змін із втратою зубів. У 90% випадків перебіг генералізованого пародонтиту відбувається на фоні різкого зниження імунітету, тому необхідно ретельно аналізувати результати комплексного обстеження пацієнтів у тісному та безперервному зв'язку з імунним статусом.

Останнім часом усе більше обговорюється питання про можливий зв'язок між пародонтитом і виникненням ІХС. На світовому семінарі Periodontal Disease було висунуто гіпотезу щодо каузальної ролі пародонтопатогенних мікроорганізмів (*Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*) у виникненні та дестабілізації атероматозного процесу вінцевих судин. Ці мікроорганізми були ідентифіковані в атеромах, причому частіше у хворих з інфарктом міокарда. Доведено також спільність ла-

нок патогенезу для генералізованого пародонтиту й атеросклерозу: наявність інфекційного агента, зміни з боку імунної системи, розвиток запального процесу. Враховуючи патоімунні механізми формування дистрофічно-запального процесу в пародонті та запалення в атеромі, слід визнати необхідність доповнення і розширення патогенетичної терапії захворювань пародонта й ІХС засобами, що мають імуномодулюючий вплив.

Мета - вивчити вплив імунокорегуючої терапії на перебіг та стабілізацію генералізованого пародонтиту у хворих із супутньою ішемічною хворобою серця.

**Методи дослідження.** Визначення лізоциму в слині, sIgA за Manchini, фагоцитарного числа, індексу завершеності фагоцитозу.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження стала група зі 160 хворих на генералізований пародонтит 1 – 3 стадій розвитку з діагностованою ІХС, що становить 44, 6% загальної кількості обстежених. Хворих розподілено на 3 групи залежно від стадії розвитку генералізованого пародонтиту: відповідно 1 стадія розвитку – 45 осіб (28, 2%), група А; 2 стадії розвитку – 80 осіб (50%), група Б; 3 стадія розвитку – 35 осіб (21, 8%), група С. Залежно від призначеної терапії кожна група поділена ще на дві:

-А1 (20 осіб) - хворі на генералізований пародонтит І стадії розвитку, яким проводили базову терапію;

-А2 (25 осіб) - хворі на генералізований пародонтит І стадії розвитку, яким проводили базову терапію і досліджувану (імунокорегуючу);

-Б1 (20 осіб) - хворі на генералізований пародонтит ІІ стадії розвитку, яким проводили базову терапію;

-Б2 (30 осіб) - хворі на генералізований пародонтит ІІ стадії розвитку, яким проводили базову терапію і досліджувану;

-С1 (10 осіб) - хворі на генералізований пародонтит ІІІ стадії розвитку, яким проводили базову терапію;

Таблиця 1

**Зміни вмісту sIgA в слині хворих на генералізований пародонтит із супутньою ІХС до і після імуномодулюючої терапії**

Групи хворих	A1	A2	B1	B2	C1	C2
До лікування	0,44±0,1	0,44±0,1	0,46±0,1	0,46±0,1	0,32±0,1	0,32±0,1
Після лікування	0,45±0,24	0,47±0,23	0,47±0,12	0,49±0,15	0,43±0,26	0,46±0,25

Таблиця 2

**Індекс завершеності фагоцитозу у хворих на генералізований пародонтит із супутньою ІХС до і після імуномодулюючої терапії**

Групи хворих	A1	A2	B1	B2	C1	C2
До лікування	50,75±0,8*	50,75±0,8*	41,75±1,4*	41,75±1,4*	43,3±1,6*	43,3±1,6*
Після лікування	53,6±1,2*	55,5±1,3*	52,3±3,2*	54,6±3,8*	47,8±2,4*	50,1±2,2*
Норма	71,5±0,1					

\*p<0,05 у порівнянні з нормою;

\*\*p<0,01 у порівнянні з нормою.

-С2 (25 осіб) - хворі на генералізований пародонтит III стадії розвитку, яким проводили базову терапію і досліджувану.

У ролі імуномодельючої терапії застосовували препарат «Імуно-тон» по 1 столовій ложці 3 рази за день (протягом 14 днів); місцево у вигляді пародонтальних пов'язок застосовували екстемпоральний гель із сорбенту «Ентеросгель» і фітоконцентрату «Джерело» з розрахунку 10 крапель фітоконцентрату на 2, 0 мл сорбенту.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після лікування у всіх групах спостерігалось покращення клінічних показників стану тканин пародонта, а в групах А2, Б2, С2 значно підвищилися показники місцевого імунітету порожнини рота.

#### Висновок

Імуномодельюча терапія достовірно ефективно впливає на позитивну динаміку перебігу генералізованого пародонтиту у хворих із супутньою ІХС, а також на стан місцевого імунітету порожнини рота, що засвідчено вищезгаданими результатами.

Сулим Ю. В.

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІМЕРНИХ ПЛІВОК ІЗ ДЕКАМЕТОКСИНОМ ТА ТІОТРИАЗОЛІНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА**

Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького

Найпоширенішими і високоефективними засобами лікування локальних інфекційно-запальних хвороб залишаються препарати місцевої антисептикотерапії, застосування яких у стоматології має свої особливості, пов'язані зі складним рельєфом слизової оболонки рота, постійною зволоженістю ротової порожнини. Актуальною проблемою залишається забезпечення достатньої концентрації необхідного лікарського середника у вогнищі запалення в умовах порожнини рота протягом тривалого часу.

**Метою** нашої роботи була оцінка клінічної ефективності застосування розроблених нами плівкових форм препаратів декаметоксину та тіотриазоліну (патенти України №23785, №41463) для лікування альтеративних запальних процесів слизової оболонки порожнини рота.

Введений до складу плівки декаметоксин проявляє виражену бактерицидну дію на стафілококи, стрептококи, гриби, деякі віруси і найпростіші. Він сприяє регенерації ушкоджених тканин, запобігає інфікуванню ран, не викликає побічних ефектів, подразнення та алергії.

Включення до терапевтичної схеми лікування тіотриазоліну викликає зменшення набряку, покращення епітелізації та активізації регенеративних процесів сполучної тканини. Тіотриазолін — високоефективна речовина з вираженими антиоксидантними власти-

востями та мембраностабілізуючою, протиішемічною, імуномодулюючою, протизапальною, хелатотимулюючою, противірусною діями. Велике значення має здатність тіотриазоліну підсилювати компенсаторну активацію анаеробного гліколізу, знижувати ступінь пригнічення окислювальних процесів у циклі Кребса зі збереженням внутрішньоклітинного фонду АТФ, активувати антиоксидантні системи ферментів, сповільнювати процеси перекисного окислення ліпідів. Засіб також обмежує поширення некротичних змін, а його протизапальна дія зумовлена зменшенням набряку за рахунок активізації фібринолітичної системи, інтенсифікації мікроциркуляції, зниження в'язкості й нормалізації реологічних властивостей крові та відновлення внутрішньоклітинного гомеостазу.

Під нашим спостереженням перебували 33 пацієнти з альтеративними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота – виразково-некротичним стоматитом, декубітальною виразкою, ерозивними ушкодженнями різної етіології. Хворих контрольної групи (15 осіб) лікували за допомогою традиційних методик (промивання, полоскання, аплікації), дослідної – з використанням запропонованих засобів.

Порівняльна оцінка ефективності лікування свідчить, що в дослідній групі пацієнтів ліквідація запальних змін у тканинах і загоєння епітеліального дефекту відбувалися на 2-4 дні раніше, ніж у контрольній групі. Кількість відвідувань до цілковитого видужання в контрольній групі становила 7, 4 разу, в дослідній – 4, 8. У пацієнтів, яких лікували за допомогою плівок, не зафіксовано будь-яких проявів алергії чи іншої небажаної реакції. Усі хворі зазначали, що під час лікування почувалися комфортніше, ніж раніше, коли застосовувалася традиційна терапія.

Отже, позитивний ефект запропонованого нами методу лікування досягається відповідним підбором компонентів плівок, забезпечуючи ефективне лікування хвороб слизової оболонки рота, виражену протимікробну та пластичностимулюючу дію, відсутність побічних ефектів.

#### **Сухомлин А. А. , Непорада К. С. ВПЛИВ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СИМБІТЕР® АЦИДОФІЛЬНИЙ» НА МЕТАБОЛІЧНІ ЗМІНИ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ В УМОВАХ ГІПЕРГАСТРИНЕМІЇ**

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія"

**Метою** дослідження було обґрунтування експериментальної ефективності мультипробіотика «Симбітер® ацидофільний» для корекції патологічних змін у тканинах слинних залоз щурів у умовах омегапрозоліндукованої гіпергастринемії. Експерименти виконані на 76 щурах-самцях лінії Вістар вагою 180-250 г. Тварини були поділені на окремі групи, яким щоденно протягом 7, 14, 21 та 28 діб вводили омегапрозол (14