

які проживають на території з низьким рівнем сумарного забруднення ($17,49 \pm 4,49\%$), так і в дітей із території з високим рівнем забруднення ($12,26 \pm 3,62\%$, $p > 0,05$). Дистальний прикус частіше виявлено в дітей м. Дрогобича ($22,67 \pm 5,71\%$), м. Стрия ($23,46 \pm 4,71\%$) та с. Топорова ($33,33 \pm 7,24\%$).

Висновки. Отже, отримані нами результати свідчать, що сумарний рівень забруднення на території Львівської області суттєво не впливає на поширеність зубощелепних аномалій. Водночас заслуговує уваги той факт, що найвищі рівні поширеності зубощелепних аномалій діагностовано в населених пунк-

тах, які розташовані поблизу м. Борислава. На підставі цих даних доцільно подальше проведення досліджень, урахуовуючи при цьому можливу роль генетичного чинника в розвитку патології зубощелепної системи, а також визначення найбільш значимих чинників ризику у виникненні патології.

Бульбук О.І.

ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПАРОДОНТОЛОГІЇ

Івано-Франківський національний медичний університет

Останніми роками з'явилися багато праць, присвячених проблемі патології пародонта. Проведені масштабні вітчизняні та зарубіжні дослідження з питань етіології, епідеміології, патогенезу й ефективності комплексної терапії. До кінця ХХ століття пародонтологи отримали чіткіші уявлення про поширеність запальних захворювань пародонта, призвідні чинники, видовий склад мікрофлори порожнини рота і пародонціальних кишень. Були створені нові класифікації захворювань пародонта.

Науковці частіше відображали в дисертаціях питання діагностики (32,2%), лікування (53,2%). Значно рідше (всього 6,4%) у дисертаціях розглядалися хоч би деякі аспекти етіології та патогенезу захворювань пародонта. Разом з тим, у працях майже немає посилань на віддалені результати лікування. При цьому авторами проглянутих робіт практично не використовували-

ся: 1) аналіз електронних баз даних (medline, cochrane controlled trials register та ін.), доступних за допомогою Інтернету, в яких відображені питання пародонтології; 2) аналіз інформаційних видань фірм-виробників (наприклад, лікарських засобів); 3) запити (анкетування) керівників стоматологічних лікувальних установ. Аналіз опрацьованих даних не дозволив повною мірою отримати відповіді на основні питання: 1) як об'єктивно впливає втручання (в тому числі і комплексне лікування) на тривалість ремісії та стабілізацію стану пародонта; 2) чи знижується ризик ускладнень, пов'язаних із лікуванням; 3) чи покращується прогноз при різних лікувальних схемах; 4) чи підвищується ефективність лікування в цілому (Цепов Л.М., 2006).

За даними Мойсеєвого З. (2000), дослідники не користуються повною мірою рекомендаціями щодо критеріїв відбору у своїх наукових дослідженнях,

якими могли б служити праці деяких авторів: 1) проведення тільки рандомізованих контрольованих випробувань; 2) достатня тривалість дослідження; 3) детальна характеристика хворих (або експериментальних тварин); 4) стандартні критерії підтвердження діагнозу захворювань пародонта; 5) наявність загального показника (або показників), що характеризує ефективність лікування; 6) дослідження відповідно до протоколу і під контролем монітора, етичного комітету; 7) наявність контрольної групи (або групи порівняння), що отримували плацебо і еквівалентних за статтю, віком, супутньою терапією, тяжкістю захворювання, фоновою патологією та ін.

Отже, досліджуючи проблеми патології пародонта, сучасним дослідникам потрібно ретельніше ставитися до вибору завдань, методів, об'єктів, методології проведення своїх наукових робіт.