

зменшення об'єму препарування шинованих зубів армуючий каркас розташовують поверхнево і покривають лише тонким шаром композиту. Інколи препарування зубів узагалі не проводиться. Під дію тертя при жувальних рухах поверхневий шар композиту може стиратися і каркас шини оголюється. Під дію подальшого тертя і потрапляння вологи армуючий каркас зі скловолокна розпушується і шорсткість поверхні в місці оголення збільшується.

Для моделювання поверхнево-го стирання під дією тертя використовували зразки адгезивних шин (20x6x6 мм), виготовлені з рідкотекучого композиту світлового твердіння «Latelux». У ролі армуючого каркаса були використані скловолоконна стрічка «Polyglas» та фрагмент ортодонтичної флекс-дуги (по 15 зразків кожного типу). Стирання здійснювалося керамічною напівсферою (d=6 мм), яку притискали до зразків із силою 50 Н, потім їй надава-

лися рухи вздовж зразка з амплітудою 3 мм. Сумарна кількість рухів для кожного зразка складала 200 000, що приблизно відповідає 1,5 рокам терміну використання шини. Шорсткість зразків оцінювали профілометричним методом. Показано, що після оголення скловолоконного каркаса шорсткість зразка різко зростає. Шорсткість зразка з дротаним каркасом зростає більш плавно, що можна пояснити відсутністю розпушування волокон.

Ткаченко П.І., Доленко О.Б., Тумакова О.Б.

## СТАТИСТИЧНІ ВІДОМОСТІ ПРО СТРУКТУРУ І ЧАСТОТУ ВІЯВЛЕННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ ПО ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2006-2011 РОКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Вроджені вади розвитку - одна з головних та найскладніших проблем сучасної медицини, яка особливо гостро відчувається на тлі тенденції до зниження загальної народжуваності та зростання кількості дітей з уродженими вадами, яка сягає 1-12 % усіх новонароджених. Порушення розвитку тканин щелепно-лицевої ділянки мають найбільшу питому вагу

серед інших вад, і 90% припадає на незрощення верхньої губи та/або піднебіння.

За матеріалами II Всесвітнього Конгресу з уроджених незрощень обличчя (Мюнхен, 2000), щодня у світі народжується близько 700 дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння, які потребують спеціалізованої допомоги. У різних областях України показники частоти народжува-

ності дітей із цими вадами наближені до середньоєвропейських, однак статистичні дані останніх років свідчать про збільшення кількості дітей з уродженими вадами обличчя в нашій країні.

**Метою** нашого дослідження було вивчення статистичних відомостей про структуру і частоту вроджених вад розвитку обличчя по Полтавській області за 2006 -2011 рр.

### Кількість народжених дітей по Полтавській області за 2006-2011 рр.

2006 рік	2007 рік	2008 рік	2009 рік	2010 рік	2011 рік
13564 дитини	13334 дитини	14748 дітей	14755 дітей	14250 дітей	14167 дітей

### Кількість народжених дітей із вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки (незрощення верхньої губи та піднебіння Q35 – Q 37) по Полтавській області за 2006 – 2011 рр.

2006 рік		2007 рік		2008 рік		2009 рік		2010 рік		2011 рік	
9 дітей		16 дітей		18 дітей		19 дітей		15 дітей		17 дітей	
ВНГ*	ВНП**	ВНГ	ВНП	ВНГ	ВНП	ВНГ	ВНП	ВНГ	ВНП	ВНГ	ВНП
6	3	10	6	11	7	10	9	9	6	10	7

ВНГ\* - вроджені незрощення губи

ВНП\*\* - вроджені незрощення піднебіння

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

За даними обласного інформаційно-аналітичного центру Полтавського обласного управління охорони здоров'я, за 2006-2011 рр. у Полтавській області народилося 84818 дітей, із них - 94 дитини з уродженими вадами розвитку обличчя, а саме: 56 дітей з уродженими незрощеннями верхньої губи та 38 – із незрощеннями піднебіння.

Найбільша кількість уроджених вад ЩЛД спостерігалася у 2008 році - 1:776 пологів, а найменша - у 2006 році (1:1507 пологів), що свідчить про суттєве збільшення по Полтавській області дітей із цими вадами. Слід зазначити, що станом на 2000 рік цей показник становив по Україні 1:1000, а по Полтавській області - 1:1200.

Народження дітей з уродженими вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки супроводжується низкою медико-соціальних проблем, які визначають необхідність постійного вдосконалення не тільки методів комплексної реабілітації вказаного контингенту хворих, а насамперед їх реєстрації та обліку.

Ткаченко П.І., Митченко М.П.

## ХАРАКТЕР КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЦИТОГРАМ ЕКСУДАТУ ПРИ АЛЬВЕОЛІТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Гостре запалення супроводжується низкою реакцій організму у відповідь на патофізіологічні та патоморфологічні зміни безпосередньо в вогнищі запалення. Не є винятком і альвеоліт, при виникненні якого в лунці видаленого зуба відбуваються закономірні зміни клітинного складу ексудату, що супроводжує і характеризує динамічність ранового процесу. Медіатори запалення активізують процеси ушкодження тканин, зумовлюють руйнування клітин і регулюють репаративні процеси.

**Метою нашого дослідження** стало вивчення клітинного складу мазків-перевідбитків із ексудату лунки при серозній формі альвеоліту у 25 хворих на 2-3 і 6-7 добу після видалення зуба і встановлення діагнозу. Мазки-перевідбитки отримували за розробленою нами методикою (Ткаченко П.І., Митченко М.П., 2009) із фарбуванням за Романовським-Гімзою. Якісні та кількісні характеристики цитограм визначали за загальноприйнятою методикою в довільно вибраних 10 полях зору.

При проведенні обстеження для встановлення клінічного діагнозу ми посилювалися на скарги пацієнтів, які зводилися до проявів слабких больових відчуттів ниючого характеру в ділянці лунки видаленого зуба, інтенсивність яких підвищувалася під час їди, наявності неприємного присмаку в порожнині рота. У 17 хворих (68%) температура тіла підвищувалася до 37-37,3 °С, реакція регіональних піднижньощелепних лімфатичних вузлів була в тієї ж кількості пацієнтів при локалізації причинної лунки на нижній щелепі. Слизова оболонка навколо лунок видалених зубів була трохи набряклою, з вінчиком гіперемії по краю у всіх випадках, а лунки не були виповнені повноцінним згустком.

З метою підтвердження підозр на наявність гострого запалення зразу ж було зроблено мазки-перевідбитки з поверхні залишків згустку. Вивчення їхнього клітинного складу дозволило встановити в значній кількості розмаїття різних форм нейтрофілів як зі збереженою

структурою, так і деструктурованих. Причому в одному полі зору визначалося лише 8-10 клітин, які мали типову форму і розміри, інші ж перебували на стадії лізису. Крім того, на фоні незначної кількості детриту виявлялися в помірній кількості еритроцити та поодинокі лімфоцити зі збереженою структурою.

Після комплексного лікування та ліквідації явищ запалення в лунках усіх хворих (зазвичай 6-7 доба) в цитограмах мазків-перевідбитків визначалися переважно в незначній кількості нейтрофіли зі збереженою структурою і деструктуровані клітини та поодинокі еритроцити і лімфоцити.

Отже, вивчення клітинного складу ексудату з лунки може слугувати допоміжним діагностичним критерієм для встановлення гострого запалення на ранній стадії розвитку і дозволяє відслідковувати ефективність лікарських заходів. Рання ж діагностика і раціональне лікування альвеоліту сприяють ліквідації явища гострого запалення за коротший проміжок часу.