

Метод ультразвуковой диагностики на сегодняшний день – это самый безопасный и высокоинформативный способ диагностики патологии органов и систем.

Отсутствие нежелательного влияния диагностических доз ультразвука на больного позволяет проводить динамическое и многоазовое обследование.

Эхосиалография является важным методом диагностики при заболеваниях слюнных желез. Она основана на способности ультразвуковых колебаний проходить через среды различной плотности и отражаться от границ их раздела. Преобразованные импульсы воспроизводятся на экране электронно-лучевой трубки ультразвукового диагностического аппарата изображение исследуемого участка органа. Эхосиалография дает возможность получить послойное изображение слюнной железы и тем самым оценить ее микроструктуру.

В зависимости от плотности исследуемые ткани по-разному отражают ультразвуковые колебания, поэтому по характеру изменения эхограмм можно определить участки, где железистая ткань замещена акустически более плотной (рубцовой, опухолевой), уточнить размеры и локализацию патологического очага. Сиалосонография дает представление и о макроструктуре слюнной железы. По эхограмме можно судить о величине, форме и соотношении слоев ткани с различной плотностью, выявлять склеротические изменения, слюнные камни и границы новообразований.

Нами было проведено ультразвуковое исследование слюнных желез у 50 больных с заболеваниями щитовидной железы у жителей промышленного региона Кривбасса.

Результаты исследования показали, что в большинстве случаев (у 29 из 50) эхографически определялась увеличенная или уменьшенная в размерах слюнная железа, пониженной эхогенности, неоднородной структуры за счет гипозоногенных включений, перемычек в виде неправильной формы.

Протоки слюнных желез были, в основном, не расширены, но встречались и расширенные, в среднем, на 0,2 мм.

У половины обследуемых больных отмечались увеличенные паренхиматозные лимфатические узлы.

У 11 больных при обследовании определялась средняя эхогенность, неоднородная структура, гипозоногенные включения диаметром до 1-2 мм; умеренно расширенные слюнные протоки: встречались также кальцинозные изменения в паренхиме.

И у 10 больных при ультразвуковом исследовании особых изменений не было выявлено, т.е. эхосонограмма выглядела следующим образом: эхогенность средняя, структура однородная, слюнные протоки не расширены, дополнительных образований нет.

Таким образом, при ультразвуковом исследовании слюнных желез на фоне патологии щитовидной железы, возможно сделать выводы, что у большинства больных имело место наличие хронического неспецифического воспалительного процесса.

Учитывая то, что в анамнезе обследуемых больных не выявлено признаков обострения хронических сиалоаденитов: жалоб на боль, припухлость желез, гнойного отделяемого из протоков, можно предположить, что у них была клиническая картина либо хронического интерстициального сиалоаденита, либо сиалоза.

Обнаруженные при ультразвуковом исследовании увеличенные внутрикапсулярные лимфатические узлы еще раз подтверждают наличие воспалительного процесса.

При длительно текущем процессе у больных появлялась сухость во рту, слюна становилась пенистой и вязкой, что было отмечено в клинической лаборатории при исследовании других показателей: вязкости слюны, pH, количества слюны и другие.



УДК: 616.314.17-008.1-031.81-089

**Браун Ю.Є.**

Кафедра терапевтичної стоматології НМАПО ім. П. Л. Шупика

### **ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «EMDOGAIN» (STRAUMANN) І МЕМБРАНИ «BIO-GIDE-PERIO» (GEISTLICH) В ХОДІ ХІРУРГІЧНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ (ФАЗА ІІ) ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ І, ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**

Основною метою хірургічного етапу лікування генералізованого пародонтиту (ГП) є відновлення структури і функції пародонта (Sculean A., Bosshardt D.D., 2009) за рахунок процесу регенерації тканин, а не репарації (Sculean A. 2012; Bateman G. et al. 2007; Detieville R. 2005). До теперішнього часу відсутні точні данні про механізм регенерації тканин пародонта (A. Sculean та D.D. Bosshardt, 2009), але (проте) відома клінічна ефективність комбінації направленої тканинної регенерації у сполученні з емалевими матричними протеїнами (ЕМП), віднесеними до, так званих, регенеративних пародонтологічних втручань (Nikolidakis D. et al., 2008).

**Мета.** Визначити клінічну ефективність використання препарату «Emdogain» (Straumann) з мембраною «Bio-Gide-Perio» (Geistlich) в ході хірургічного етапу лікування (фаза II) хворих на ГП I, II ступеня тяжкості.

**Матеріали та методи.** Клініко-рентгенологічне обстеження проведено 5 хворим на генералізований пародонтит (ГП) I, II ст. тяжкості, хронічного перебігу, які отримували комплексне лікування ГП на базі СПНЦ НМАПО. Передопераційна підготовка тканин пародонта включала: скейлінг, руплєнінг, ендодонтичне лікування зубів (по показанням), шинування зубів тимчасовими коронками, гігієнічні рекомендації. Клаптеву операцію по Відману (Modified Widman flap) проводили згідно протоколу виконання з додатковим використанням препарату «Emdogain» (Straumann) в комбінації з мембраною «Bio-Gide-Perio» (Geistlich). Операційну рану зашивали швами з поліестеру 2,0 та накладали целюлозну пов'язку «Reso-Pac» (Hager Werken). В постопераційному періоді протягом 5 днів призначали протизапальну, знеболюючу та протинабрякову терапію: «Німесил» та «Цетрин» за схемою. Місцево – гігієнічний нагляд за ротовою порожниною з іригацією «Ангілексом» - 14 днів. Контрольний огляд проводили через 5, 14 днів. Зняття швів на 14 день. Наступний огляд - через 3,6 міс.

**Результати:** Оперативне втручання згідно викладеного лікувального алгоритму проведено 5 хворим на ГП. Визначено створення умов ізольованості та стабільності рани протягом 1-2 доби, мінімальні прояви больового та набрякового синдромів, відсутність необхідності призначення антибактеріальної терапії. Через 5-14 днів у всіх випадках краї рани були чистими, стабільними, зберігали рельєф. При обстеженні через 3 та 6 міс. спостерігали стійку ремісію у перебігу ГП у всіх прооперованих пацієнтів, стабільність отриманого контуру маргінального пародонта. При цьому, через 6 міс. відмічено зменшення глибини ПК на 1,5-2мм з повною відсутністю ексудації.

**Висновки.** Застосування на етапі хірургічного лікування (фаза II) хворих на ГП I, II ступеня тяжкості комбінації препарату «Emdogain» (Straumann) з мембраною «Bio-Gide-Perio» (Geistlich) сприяє відновленню тканин, втрачених внаслідок розвитку запально-дистрофічного процесу у тканинах пародонту.



УДК:616.314-002-053.2-084

**Е. А. Воевода**

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца

### ЭНДОГЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Своевременная профилактика кариеса зубов у детей с учетом показателей кальция - фосфорного обмена в периоды активного роста обеспечивает условия для оптимизации процессов минерализации и формирования кариесрезистентной эмали постоянных зубов.

**Цель исследования.** Повышение эффективности профилактики кариеса постоянных зубов у детей путем назначения витаминно - минерального комплекса «Кальцинова» совместно с антигомотоксическим препаратом «Остеобиос», который регулирует кальций-фосфорный обмен и обеспечивает полноценное усвоение кальция.

**Материалы и методы.** Было сформировано две группы 6 летних детей –основная (40 детей) и контрольная (30 детей). Обследование полости рта проводили по общепринятой методике. Дети основной группы принимали комплексный антигомотоксический препарат «Остеобиос» (Гунна, Италия) по 6 капель 2 раза в день утром и вечером в течении первых двух недель. Затем назначали витаминно-минеральный комплекс «Кальцинова» (КРКА, Словения). Препарат назначали по 2 таблетки утром и вечером в течении 3-х недель. Курс повторяли 2 раза в год. Дети контрольной группы не принимали данный комплекс препаратов. Контрольные осмотры проводили через 12 и 24 месяца после начала профилактических мероприятий.

**Результаты исследования.** Через 12 месяцев у детей контрольной группы прирост кариеса составил 0,96 зуба, а у детей основной группы – 0,25. Редукция прироста кариеса постоянных зубов составила 73,96 %. После двух лет наблюдений прирост интенсивности кариеса у детей контрольной группы составил 2,47, у детей основной – 0,78 зуба. Редукция прироста кариеса постоянных зубов за два года наблюдений составила 68,42 % у детей основной группы.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о выраженном кариеспрофилактическом эффекте разработанного комплекса и о целесообразности его применения для эндогенной профилактики кариеса постоянных зубов у детей в период интенсивного роста.

