

УДК 616.314.17-008.1-08:615.8

©Т. С. Гараніна

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

## Використання фізіотерапевтичних процедур у профілактиці генералізованого пародонтиту

Удосконалення комплексного лікування генералізованого пародонтиту залишається актуальним через значне поширення даного захворювання серед населення. У нашому дослідженні ми використовували лазеротерапію для профілактики рецидиву захворювання (апарат «Ліка-терапевт М»).

Ми оглянули 60 пацієнтів, які брали участь у дослідженні, було поділено на 3 групи по 20 чоловік у групі. В першій (контрольній) групі були пацієнти із здоровим пародонтом, друга група — це хворі з генералізованим пародонтитом першого ступеня тяжкості, яким для профілактики рецидиву проводили лазеротерапію, а третю групу склали пацієнти із генералізованим пародонтитом першого ступеня тяжкості, яким проводили комплексне лікування, але без включення фізіотерапевтичних процедур. Діагностику генералізованого пародонтиту проводили за допомогою клінічних

методів обстеження, рентгенографії. Фізпроцедури проводили 3 рази на тиждень протягом двох тижнів. Опромінення проводили як з губної, так і з язикової сторін. Пацієнтів другої і третьої груп поставлено на диспансерний облік. На повторному огляді через три місяці було виявлено, що у другій групі рецидив захворювання відмітили 4 пацієнти, тобто це становить 20 %. У пацієнтів третьої групи рецидив захворювання проявився у 7 чоловік, тобто це 35 %. Результати проведеного дослідження оцінювали за клінічними методами діагностики.

Отже, порівнюючи результати проведеного нами дослідження, можна зробити висновок, що включення у комплексне лікування генералізованого пародонтиту фізіотерапевтичних процедур приблизно на 15 % зменшує кількість виникнення рецидиву даного захворювання.

УДК 611.018.73/.74

©Н. В. Гасюк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

## Система місцевого захисту епітелію ясенної борозни

Необхідність розробки нових діагностичних та прогностичних критеріїв захворювань пародонта пов'язана з низкою медико-соціальних факторів і, зокрема, з високою частотою (46 — 58 %) втрати зубів внаслідок генералізованого пародонтиту в молодих осіб (Н. О. Савичук, 2008, О. І. Остапко, 2011, М. Ю. Антоненко, 2012). Вищеприведене дає можливість пошуку нових патогенетичних підходів до даної проблеми.

Метою дослідження стало визначення рівнів місцевого захисту епітелію ясенної борозни.

Із забраних біоптатів ясенної борозни після фіксації в нейтральному 10 % формаліні та виготовленні парафінових блоків, одержували зрізи, які забарвлювали гематоксиліном і еозином. Імуногістохімічну ідентифікацію проводили із застосуванням специфічного маркера CD-62.

В епітелії ясенної борозни функціонує внутрішньоєпітеліальний рівень місцевої захисної структури, що забезпечується самостійними секреторними і фагоцитарними функціями мігруючих нейтрофільних гранулоцитів, та створює «першу лінію захисту» тканин пародонта за умов впливу пародонтопатогенного мікробного чинника. Маркер CD-62 проявляє експресію на епітеліальні клітини ясенної борозни, які беруть участь у

адгезії лейкоцитів з активованим ендотелієм судинної стінки. Визначається підвищений рівень експресії даного маркера на епітеліоцитах сулькулярного епітелію. Наявність наведеного рівня місцевого захисту епітелію ясенної борозни у фізіологічних умовах сприяє підтримці гомеостазу епітелію в умовах патологічного процесу в тканинах пародонта, що дає можливість функціональній ізоляції стоматогенного вогнища хронічної інфекції.

УДК 616.314? 02:616.513.07?07

©Н. В. Гасюк, М. О. Левків

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

## **Цитологічні та імуногістохімічні критерії прогнозування трансформації різних клініко-морфологічних форм червоного плескатоного лишая**

Деякі атипові клінічні форми червоного плескатоного лишая (ЧПЛ) потребують від клініцистів використання найбільш точних лабораторних методів діагностики для верифікації діагнозу, але залишається актуальним питання цитоспецифічних змін епітелію слизової оболонки ротової порожнини на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу та в динаміці.

Метою дослідження було оптимізувати методи діагностики ЧПЛ на стоматологічному прийомі, запропонувати цитоспецифічні критерії діагностики на ранніх стадіях захворювання та передбачити шляхи пухлинної трансформації.

Пацієнтам проведено загальний клінічний стоматологічний огляд та забір матеріалу для цитологічного дослідження із елементів ураження залежно від клініко-морфологічної форми.

Клітинний склад цитограм характеризується порушенням дозрівання епітелію у вигляді

пара-, гіпер- та дискератозу і залежить від клініко-морфологічної форми ЧПЛ. Цитоспецифічні зміни епітеліоцитів характеризуються багаточисельними інвагінаціями плазмолемми та каріопікнозом ядра аж до фрагментації. Наявність та кількісний склад запальних клітинних елементів відображають суть патоморфологічних змін епітелію. В особливо складних клінічних випадках, які характеризувалися відсутністю позитивної динаміки за умов призначеної фармакотерапії, ми застосували високоспецифічні методи із застосуванням імуногістохімічного маркера Ki-67. Даний маркер експресує на каріолемі клітин, які знаходяться в стані мітозу або в премітотичному періоді клітинного циклу. Встановлено, в базальних та проміжних клітинах біоптатів визначається високий ступінь експресії у вигляді темно-коричневого та світло-коричневого забарвлення ядер клітин епітелію.