

люнку, характерного для великих кутніх зубів у осіб чоловічої та жіночої статі. Виготовлялись товсті й тонкі шліфи зубів для виявлення змін твердих тканин при прекаріозних процесах. Як показують результати досліджень, найбільш типовими як для чоловіків, так і для жінок є «+5», «+4», «У-5», «У-4» одонтогліфічний малюнок великих кутніх зубів верхньої і нижньої щелеп. Встановлено, що при «+4» малюнку емаль, що оточує ямку, складається переважно з поздовжніх пара- та діазон завдяки вертикальному ходу пучків емалевих призм. Разом з тим, при «+5» малюнку між окремими ямками існують горизонтальні пара- та діазони завдяки косому ходу пучків емалевих призм.

Завдяки наявності у великих кутніх зубів латерального гребеня тригона при «У»-малюнку відбувається зміщення ходу однієї або двох ямок. За рахунок цього змінюється хід пучків емалевих призм, що в поляризаційному світлі утворюють різнозabarвлені пара- та діазони. Прекаріозні процеси у фісурах та ямках, що супроводжуються деструктивними руйнуваннями кутикули, демінералізація пучків емалевих призм, ураження дентинних каналців та адаптаційними (контрастування ліній Гунтера-Шрегерера, ліній Ретціуса з гіперплазією сітчастого шару, внутрішніх пара- та діазон) процесами в емалі, мають прямий зв'язок із будовою ямок при різних одонтогліфічних малюнках.

УДК 616.314.17-008.1-085.242

© В. Р. Мачоган, Т. І. Дзецюх

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

Ефективність синбіотика «Бактулін» у комплексі лікування хворих на генералізований пародонтит

Задля об'єктивної оцінки ефективності синбіотика «Бактулін» в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту був проведений рівномірний випадковий розподіл хворих на групи спостережень з урахуванням ступеня розвитку генералізованого пародонтиту. У хворих основної групи і в групі порівняння пародонтит І та ІІ ступенів зустрічався у 80,33 і 80,95 % випадків відповідно. Решту випадків (1/5 хворих) у кожній групі склав ІІІ ступінь пародонтиту. Відміни між відсотковими показниками були недостовірними, тобто за ступенем розвитку пародонтиту групи були сформовані однорідними.

Пацієнтам контрольної групи проводили традиційне лікування за показаннями, а пацієнтам основної групи додатково місцево застосовували суспензію препарату «Бактулін» у вигляді аплікацій на ясна. За наявності пародонтальних кишень суспензія «Бактулін» вводилася безпосередньо у кишені. Для збільшення тривалості контакту тканин пародонта з суспензією

«Бактулін» ми використали методику нанесення цього препарату в екстемпорально виготовлену зубну капу з силіконового відбиткового матеріалу. Процедура проводилася пацієнтам з ІІ та ІІІ ступенями тяжкості пародонтиту 3-4-разово після проведення професійного чищення зубів та усунення етіологічних факторів. Окрім того, перорально призначали бактулін по 2 таблетки 3 рази в день з рекомендацією тримати таблетки в роті до повного розсмоктування.

Клінічне обстеження стану тканин пародонта хворих кожної групи спостереження проводили до лікування, після завершення курсу лікування та через 6 місяців після лікування. В осіб основної групи на 2-3 доби визначалося зниження ознак запалення ясен у 50 пролікованих (81,97 %). В контрольній групі хворих зменшення ознак запалення відбулося на 4-6 доби в 49 хворих (77,78 %), тобто включення синбіотика в схему лікування зменшувало дисбіотичні явища, які присутні при пародонтиті,

що значно швидше сприяло зменшенню запальних явищ. Параклінічні показники достовірно підтверджують позитивний вплив бактуліну на перебіг пародонтиту в хворих основної групи. Так відбувалось покращення ГІ в хворих на локалізований пародонтит I ступеня на 50,4 % , через 6 місяців цей показник був меншим від показника ГІ до лікування на 35 %. У групі порівняння ГІ покращився після лікування на 41,4 %, через 6 місяців ГІ зберігався кращим на 30,1 %, ніж до лікування. У хворих на локалізований пародонтит II ступеня ГІ поліпшився на 54,8 та 45,2 % після лікування,

на 45,2 і 28,3 % – через 6 місяців у основній і порівняльній групах відповідно. В хворих на генералізований пародонтит III ступеня ГІ покращився на 55,8 та 32,5 % після лікування, на 38,5 і 15,4 % – через 6 місяців у основній і порівняльній групах відповідно.

Отже, запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів із використанням синбіотика «Бактулін» при лікуванні хворих на генералізований пародонтит зменшувало кількість рецидивів захворювання у 3 рази, покращився гігієнічний стан порожнини рота – ГІ у 2 рази на відміну від групи порівняння.

УДК 616.314.17-002-02:616-022.7:579.83/.88

© А. Є. Демкович, О. О. Бандрівська

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

Роль *Porphyromonas gingivalis* у розвитку інфекційного запального процесу в тканинах пародонта

Porphyromonas gingivalis є одним з основних збудників, що бере участь в пародонтиті. *P. gingivalis* – нерухомі грам-негативні анаеробні палички, які відносяться до сімейства *Porphyromonadaceae*. Їхня поверхня покрита перитрихіяльно фімбріями. Особливо багато їх можна виявити у свіжих вогнищах ураження. У досліджах *in vitro* показана потенційна роль фімбрій в адгезії до епітеліоцитів, колонізації і деструкції пародонта, здатності проникати в епітеліальні й ендотеліальні клітини ясен. Виходячи із сучасних поглядів патогенезу інфекційних захворювань, викликаних даним збудником, важливу роль у розвитку мікробної патології можуть мати саме адгезини, які беруть участь у прикріпленні мікроорганізму до колонізуючої поверхні, й токсини, що порушують важливі функції еукаріотичних клітин. Провідну роль в патогенезі інфекційного процесу, викликаного *P. gingivalis*, відіграють нефібрильні адгезини і білки з токсичною функцією. Внутрішньоклітинно розташо-

вані *P. gingivalis* здатні підпорядкувати собі метаболізм клітини, що має пряме відношення до розвитку захворювання. Так, після інвазії даного мікроорганізму в ясенні епітеліоцитах пригнічується секреція інтерлейкіну-8, що в цілому послаблює природний захист пародонта. В умовах, що створилися, позбавляється сигнал про присутність бактерій і не направляються лейкоцити для їх знищення. *P. gingivalis* може перешкоджати міграції поліморфноядерних лейкоцитів через епітеліальний бар'єр. Показано, що протеолітичні ферменти можуть руйнувати різні білки організму і, можливо, порушувати функції його клітин. *P. gingivalis* синтезують протеази, які руйнують імуноглобуліни, гінгіпаїни, що індукують продукцію інтерлейкіну-6 нейтрофілами, гемолізину, ендотоксини. Переважання в тканинах *P. gingivalis* є поганою прогностичною ознакою при типових формах пародонтиту і вказує на ризик прогресування хронічного запалення в пародонті.