

обстеження, такі як проба Шіллера-Писарєва, пародонтальний індекс Russel, комплексний пародонтальний індекс (КПІ) П. А. Леуса. Стан гігієни оцінювали за індексом Федорова-Володкіної.

Комплексне обстеження хворих дозволило в 34,  $1 \pm 0$ , 8% діагностувати хронічний катаральний гінгівіт, у 1,  $8 \pm 0$ , 06% - гіпертрофічний гінгівіт, у 64,  $1 \pm 1$ , 1% - хронічний генералізований пародонтит. Величина індексу Федорова-Володкіної свідчила про незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини пацієнтів ( $1, 96 \pm 0, 33$ )  $p > 0, 1$ .

Схема лікування стоматологічних захворювань до проведення лапароскопічної холецистектомії передбачала професійну гігієну ротової порожнини, призначення полоскань розчином гівалексу, жувальних таблеток лісобакту, ротових ванночок з 5% амінокапроною кислотою, аплікацій мазі траумель С, загальної терапії аскорутином і кальцеміном, ротових орошень мінеральною водою «Поляна Купіль» в умовах санаторію «Поляна» Свалявського р-ну Закарпатської обл. Мінеральна вода належить до вуглекислих борних середньомінералізованих гідрокарбонатно-натрієвих слаболужних вод, що в своєму складі містить фтор. Хворим призначали питний режим із мінеральною водою, «перлинні» ванни, масаж, загальнозміцнювальні та тонізуючі процедури з настоєм женьшеню.

Контроль загального стану пацієнтів до лікування, після проведення лапароскопічної холецистектомії та тритижневого перебування в санаторії «Поляна» здійснювали на основі біохімічних досліджень сироватки крові хворих на ЖКХ та показників імунного статусу (див. табл. 1).

Серед біохімічних показників сироватки крові слід виділити нормалізацію кількості аспартатамінотрансферази, прямого і непрямого білірубіну,  $\beta$ -ліпопротеїдів, холестерину, альбуміну та глобуліну, тоді як кількість аланінамінотрансферази, тригліцеридів, загального білка,  $\gamma$ -глобулінів та тимолова проба перевищували межу норми.

Дослідження імунного статусу свідчило, що найвищу тенденцію до нормалізації демонстрував титр тканинних антитіл жовчного міхура, комплекменту як фактора гуморального імунітету та церулоплазміну. Найбільш інертними залишалися показники клітинного імунітету.

Щодо змін показників стоматологічного статусу (див. табл. 1), то слід указати на позитивні тенденції в нормалізації стану ясен (проба Шіллера-Писарєва), тканин пародонта (індекс ПІ) та КПІ. Позитивні зміни були і у величинах гігієнічного стану ясен уже з найближчих строків спостереження. Позитивні тенденції спостерігали і у відновленні смакових відчуттів та зменшенні, а з часом і повному припиненні гіперестезії з боку язика.

**Висновки.** Отримані результати свідчили, що хірургічне лапароскопічне вилучення вогнища запалення - жовчного міхура, дренажна терапія лімфоміозотом,

протизапальний та імуномодельюючий ефекти антигомотоксичного препарату «Траумель», бальнеотерапія в умовах санаторію «Поляна» протягом місяця сприяли покращенню функціонального стану печінки, ліпідного та пігментного обмінів, зниженню алергізації організму хворих.

Позитивні зміни з боку органів ротової порожнини підтвердили її тісний зв'язок зі станом гепатобіліарної системи й організмом у цілому.

Запропонований курс метаболічної детоксикації організму хворих на калькульозний холецистит зі стоматологічною санацією та реабілітаційними заходами в умовах санаторію «Поляна» може бути рекомендованим у широку медичну парктику.

**Дорубець А. Д. , Король М. Д.**

### **СТАН ПУЛЬПИ ЗУБІВ ПРИ ПРЕПАРУВАННІ ПІД МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**

Вищий державний навчальний заклад України  
"Українська медична стоматологічна академія",  
м. Полтава

Виготовлення металокерамічних незнімних конструкцій передбачає необхідність глибокого препарування твердих тканин зубів, що може викликати ушкодження або загибель пульпи. Така небезпека обумовлена великими розмірами порожнини зуба і, відповідно, її близьким розташуванням до поверхні.

При виготовленні металокерамічних незнімних конструкцій зубних протезів значну увагу приділяють питанням препарування твердих тканин зубів, яке впливає як безпосередньо на тканини зуба, так і на різні органи та системи організму пацієнта і його психоемоційний стан.

Однак досі деякі лікарі перед виготовленням металокерамічних протезів удаються до депульпування опорних зубів. Це зручно для їх глибокого препарування та запобігання ускладненням із боку пульпи.

Використання депульпованих зубів у ролі опорних має суттєві недоліки, оскільки підготовка депульпованого зуба під металокерамічну коронку супроводжується видаленням досить великого шару твердих тканин, а підготовлена кука виявляється суттєво послабленою, тому що порожнина зуба заповнюється пломбувальним матеріалом, який поступається міцністю дентину, а також різко знижується міцність твердих тканин, які оточують порожнину зуба, оскільки в них порушується нормальний перебіг обмінних процесів. У цілому ж сформована з уступом кука зуба, зменшена та послаблена пломбувальним матеріалом, стає малостійкою до жувального тиску і тому часто ламається разом із протезом.

Девіталізація призводить до суттєвих змін у твердих тканинах зуба, які починаються з численних тріщин емалі, що виникають у перші роки після втручання, в свою чергу емаль починає кришитися, оголюючи дентин депульпованого зуба, який швидко руйнується

ся внаслідок відсутності пристосувальних механізмів, що забезпечуються пульпою зуба.

Усе це різко обмежує можливості використання депульпованих зубів для протезування металокерамічними конструкціями. У пацієнтів доцільно зберігати зуби живими і не вдаватися до депульпування, оскільки клінічні умови дозволяють застосовувати металокерамічну конструкцію, а також особливо ретельно слід дотримуватися режиму препарування. Після підготовки зубів обов'язкове застосування тимчасових (провізорних) коронок, які захищають прооперовані тверді тканини від дії прилеглої середовища, а також застосовувати лікарські препарати, які запобігають розвитку запальних змін пульпи.

Отже, якщо дентин підлягатиме впливу тепла, вібрації, тиску й висушування, в пульпі розвиватимуться запальні патологічні процеси й зворотність процесів, регенерація можуть бути неповними. Відновлення пульпи залежить від таких факторів як її стан до моменту препарування, глибина й протяжність ділянки препарування, ступінь ураження тканини пульпи й наявність достатньої кількості клітин у пульпі, здатних до диференціації.

У практиці для досягнення такого результату є два шляхи: депульпування або глибоке препарування з подальшим лікуванням "дентинної рани".

Перший шлях - депульпування - менш прийнятний із багатьох точок зору, особливо в світлі даних про частоту переломів опорних зубів. Безпосередніх даних про зниження міцності дентину в таких зубах у літературі немає, натомість є навіть протилежні судження. Але саме цей аргумент може остаточно вирішити питання про недоцільність девіталізації опорних зубів.

Інший шлях перспективніший, але складніший. Відомо, що глибоке препарування зубів вимагає досконалості лікарських маніпуляцій, знання анатомії зубів, наявності сучасного технічного устаткування. При цьому в технічній частині слід віддати перевагу захисним коронкам, але питання про перевагу тих чи інших методів і шляхів забезпечення оптимальних умов для підвищення міцності дентину, а також для життєздатності пульпи залишається відкритим.

Отже, можна вважати чітко встановленим, що для виготовлення металокерамічних незнімних протезів, які вимагають глибокого значного препарування твердих тканин опорних зубів, необхідні додаткові підготовчі заходи.

**Дорофеева О. В. , Дорофеев М. Ю.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КАЛЬЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА**

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Воспалительные заболевания тканей пародонта занимают второе место по своей распространеннос-

ти среди стоматологической патологии после кариеса зубов. Эта ситуация сохраняется уже давно, но в последние годы отмечается тенденция увеличения частоты хронического гингивита среди лиц молодого возраста. Данное обстоятельство обуславливает необходимость усовершенствования способов профилактики названного заболевания.

**Целью** нашего исследования явилась сравнительная оценка эффективности препаратов на основе кальция в профилактике хронического генерализованного катарального гингивита.

Под нашим наблюдением находились 46 больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом на стадии ремиссии в возрасте от 18 до 34 лет (из них 27 женщин и 19 мужчин). Больные были разделены на 2 группы: основную и контрольную (по 23 человека в каждой). Больным обеих групп были проведены санация полости рта, устранение местных травмирующих факторов и лечение хронического катарального гингивита. Затем, уже на стадии ремиссии, больные контрольной группы в течение 30 дней получали препарат «Кальцефин адванс», в состав которого входят кальция цитрат, кальция карбонат, витамин Д, магний и цинк, а больные основной группы – препарат «Биотрит-дента», разработанный НПА «Одесская биотехнология» и Институтом стоматологии АМНУ. Препарат содержит биотрит, лецитин, аскорбиновую кислоту, фтористый натрий и декаметоксин.

В качестве контроля мы использовали индексы Грина-Вермильона и Рагма, которые были определены больным обеих групп до и после курса профилактики.

Нами были получены следующие результаты. В основной группе больных в начале курса профилактики среднее значение индекса Грина-Вермильона составило  $1 \pm 0,01$  у. е. , после окончания курса –  $0$  у. е. В контрольной группе среднее значение этого индекса составило  $1 \pm 0,01$  у. е. и  $0,2 \pm 0,001$  у. е. соответственно. Индекс Рагма в основной группе до приема «Биотрит –дента» имел среднее значение  $14,5 \pm 0,5\%$ , после –  $7,5 \pm 0,5\%$ .

У больных контрольной группы этот индекс определялся на уровне  $14,0 \pm 0,5\%$  до профилактического курса и  $12,5 \pm 0,5\%$  - после курса. Стадия ремиссии в основной группе удерживалась до 10 месяцев, тогда как в контрольной группе – лишь до 5 месяцев.

Таким образом, полученные результаты констатируют более высокую эффективность препарата «Биотрит –дента» по сравнению с кальцемином и позволяют рекомендовать для широкого применения препарат «Биотрит –дента» с целью профилактики хронического генерализованного катарального гингивита по 1 таблетке 2 раза в день. Курсовая доза – 60 таблеток. Это позволит улучшить и стабилизировать состояние тканей пародонта на длительный период.