

была достоверно выше, чем у здоровых детей, проживающих в Северодонецке. При этом различие между уровнями сывороточного Ig A у детей 5-7 лет в сравниваемых зонах проживания составило 1, 1 раза, у детей 8-12 и 13-15 лет – 1, 12 и 1, 13 раза соответственно ( $p < 0,05$  во всех случаях сопоставления). Аналогичная направленность изменений имела место и в отношении содержания сывороточного Ig A в слюне детей, больных кариесом. Так, у детей 5-7 лет, жителей Луганска, больных кариесом, концентрация сывороточного Ig A в слюне превышала таковую у детей 5-7 лет, больных кариесом и проживающих в Северодонецке, в 1, 11 раза, у детей 8-12 лет и 13-15 лет – в 1, 12 раза в обоих случаях ( $p < 0,05$  во всех случаях сравнения).

Полученные результаты исследования показателей гуморального иммунитета в слюне детей, больных кариесом, позволяют утверждать, что у данного контингента имеет место иммунодефицитное состояние, проявляющееся снижением в слюне содержания сывороточного Ig A. Указанные нарушения четко прослеживаются во всех возрастных группах обследованных детей и наиболее выражены у детей, проживающих в Северодонецке.

**Старикова С. Л.<sup>1</sup>, Плехова М. Н.<sup>1</sup>,  
Стариков В. В.<sup>2</sup>**

#### **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В СТОМАТОЛОГИИ**

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

<sup>2</sup>Национальный технический университет «ХПИ», г. Харьков

**Актуальность проблемы.** Материалы медицинского назначения, которые длительное время находятся в контакте с жидкостями и тканями организма, могут оказывать значительные негативные воздействия по различным механизмам. При растворении или вследствие коррозии материалы могут накапливаться в некоторых тканях и производить токсические и аллергические воздействия как самостоятельно, так и за счет продуктов коррозии.

Наибольшее значение проблема непереносимости материалов медицинского назначения приобретает в стоматологии, в частности в ортопедической стоматологии, дентальной имплантологии, ортодонтии, терапевтической стоматологии и т. д. История исследования непереносимости стоматологических материалов насчитывает более 130 лет, на протяжении которых сделаны значительные шаги в понимании механизмов влияния ряда материалов, сменились несколько поколений материалов, появились современные лабораторные и резонансные электропунктурные методы их тестирования в практической деятельности врачей. Тем не менее, правильный индивидуальный подбор материалов все

еще является проблемой, которая пока не имеет удовлетворительного решения.

**Научная новизна.** Предлагается методика индивидуального подбора стоматологических материалов методом резонансной диагностики.

**Цель** - устранение несовместимости биоматериалов при ортодонтическом, хирургическом и терапевтическом лечении.

**Методы и результаты исследования.** По нашим данным, частота явлений непереносимости на стоматологические материалы растет вместе с ростом частоты аллергических расстройств. Большая часть подобных проявлений (более 65%) вызывается металлами, их сплавами и окислами.

В связи с этим правильный выбор материала и принятие всех необходимых мер, направленных на обеспечение его максимальной инертности в организме пациента, – это первое, чем должен владеть стоматолог, если он не хочет, чтобы проявления непереносимости имели значительные шансы быть одним из результатов лечения. Необходимо правильно и оптимально (по цене, доступности, технологичности и т. д.) проводить выбор материалов для лечения конкретного пациента. Решая эту задачу, часто необходимо планировать не только, какие сплавы металлов можно использовать, но, прежде всего, какие следует удалить.

Биосовместимость определяется как способность материала функционировать при определенном применении в присутствии соответствующего ответа организма хозяина (Williams, 1987). В соответствии с EN 1441 (European Committee for Standardization, 1996) биосовместимые материалы не должны вызывать какой-либо риск осложнений.

Для подбора стоматологических материалов на основе взаимной дополнителности нами используются резонансные электропунктурные и лабораторные методы.

Есть еще один аспект применения биорезонансных методик. Известно, что при установке имплантатов необходимо хирургическое удаление зубов с полным заживлением десен после перенесенной операции. Часто этот процесс вследствие слабой иммунной системы и плохого кровотока в костных тканях затягивается, причиняя значительный дискомфорт и болезненные ощущения пациенту. На помощь приходит биорезонансное лечение, которое становится дополнительным фактором стимуляции образования новых тканей в ротовой полости. Эффективность этого метода составляет около 80%, и в большинстве случаев уже после 3-5 сеансов все процессы восстановления тканей активизируются на клеточном уровне, а заживление проходит в оптимальных условиях за более короткие сроки.

**Выводы.** Биорезонансные методики являются эффективным средством решения ряда проблем в стоматологии. Они позволяют:

1. Точно установить диагноз стоматологического заболевания.

2. Подобрать стоматологические материалы и их сочетания для различных клинических случаев.

3. Оптимизировать процесс восстановления организма после проведения лечения с использованием биоматериалов.

Стасюк Н. О., Нейко Н. В., Плав'юк Л. Ю.

**ПОКАЗНИКИ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність теми. Серед актуальних завдань сучасної стоматології захворювання пародонта на рівні з карієсом займають одне з перших місць. За даними ВООЗ, більше 80% населення Землі тією чи іншою мірою страждають на захворювання пародонта. Згідно з дослідженнями А. І. Грудянова та Г. М. Барера тільки у 12% людей пародонт здоровий, а в інших наявні ураження різних ступенів тяжкості – від початково-запальних до тяжких (деструктивних) змін із втратою зубів. У 90% випадків перебіг генералізованого пародонтиту відбувається на фоні різкого зниження імунітету, тому необхідно ретельно аналізувати результати комплексного обстеження пацієнтів у тісному та безперервному зв'язку з імунним статусом.

Останнім часом усе більше обговорюється питання про можливий зв'язок між пародонтитом і виникненням ІХС. На світовому семінарі Periodontal Disease було висунуто гіпотезу щодо каузальної ролі пародонтопатогенних мікроорганізмів (*Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*) у виникненні та дестабілізації атероматозного процесу вінцевих судин. Ці мікроорганізми були ідентифіковані в атеромах, причому частіше у хворих з інфарктом міокарда. Доведено також спільність ла-

нок патогенезу для генералізованого пародонтиту й атеросклерозу: наявність інфекційного агента, зміни з боку імунної системи, розвиток запального процесу. Враховуючи патоімунні механізми формування дистрофічно-запального процесу в пародонті та запалення в атеромі, слід визнати необхідність доповнення і розширення патогенетичної терапії захворювань пародонта й ІХС засобами, що мають імуномодулюючий вплив.

Мета - вивчити вплив імунокорегуючої терапії на перебіг та стабілізацію генералізованого пародонтиту у хворих із супутньою ішемічною хворобою серця.

**Методи дослідження.** Визначення лізоциму в слині, sIgA за Manchini, фагоцитарного числа, індексу завершеності фагоцитозу.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження стала група зі 160 хворих на генералізований пародонтит 1 – 3 стадій розвитку з діагностованою ІХС, що становить 44, 6% загальної кількості обстежених. Хворих розподілено на 3 групи залежно від стадії розвитку генералізованого пародонтиту: відповідно 1 стадія розвитку – 45 осіб (28, 2%), група А; 2 стадії розвитку – 80 осіб (50%), група Б; 3 стадія розвитку – 35 осіб (21, 8%), група С. Залежно від призначеної терапії кожна група поділена ще на дві:

-А1 (20 осіб) - хворі на генералізований пародонтит І стадії розвитку, яким проводили базову терапію;

-А2 (25 осіб) - хворі на генералізований пародонтит І стадії розвитку, яким проводили базову терапію і досліджувану (імунокорегуючу);

-Б1 (20 осіб) - хворі на генералізований пародонтит ІІ стадії розвитку, яким проводили базову терапію;

-Б2 (30 осіб) - хворі на генералізований пародонтит ІІ стадії розвитку, яким проводили базову терапію і досліджувану;

-С1 (10 осіб) - хворі на генералізований пародонтит ІІІ стадії розвитку, яким проводили базову терапію;

Таблиця 1

**Зміни вмісту sIgA в слині хворих на генералізований пародонтит із супутньою ІХС до і після імуномодулюючої терапії**

Групи хворих	A1	A2	B1	B2	C1	C2
До лікування	0,44±0,1	0,44±0,1	0,46±0,1	0,46±0,1	0,32±0,1	0,32±0,1
Після лікування	0,45±0,24	0,47±0,23	0,47±0,12	0,49±0,15	0,43±0,26	0,46±0,25

Таблиця 2

**Індекс завершеності фагоцитозу у хворих на генералізований пародонтит із супутньою ІХС до і після імуномодулюючої терапії**

Групи хворих	A1	A2	B1	B2	C1	C2
До лікування	50,75±0,8*	50,75±0,8*	41,75±1,4*	41,75±1,4*	43,3±1,6*	43,3±1,6*
Після лікування	53,6±1,2*	55,5±1,3*	52,3±3,2*	54,6±3,8*	47,8±2,4*	50,1±2,2*
Норма	71,5±0,1					

\*p<0,05 у порівнянні з нормою;

\*\*p<0,01 у порівнянні з нормою.