

пациентов, однако высокий уровень в сыворотке "печеночных" маркеров, остающиеся после лечения, свидетельствует о неблагоприятном гепато-билиарной системы. Об этом свидетельствуют и сохраняющиеся на высоком уровне в слюне маркеры воспаления (эластаза, МДА), показатель микробной обсемененности (уреазы) и достоверно сниженная активность слюнного лизоцима и каталазы.

О том, что традиционное лечение не устраняет первопричину заболевания, свидетельствуют и такие интегральные показатели как индекс АПИ, отражающий состояние антиоксидантной системы, и степень дисбиоза, свидетельствующая о нарушении иммунитета и микробиоценоза, на фоне которого развивается большинство заболеваний. По-видимому, для эффективного лечения больных холециститом необходимо дополнить существующую схему лечебных мероприятий назначением препаратов, способных устранить явления дисбиоза и позволяющих активизировать защитные системы организма.

В свете современных представлений медицинской науки [12-16] на повестке дня стоит вопрос о широком использовании адаптационно-трофических средств (про- и пребиотики, адаптогены, витамины и другие биорегуляторы) для профилактики и эффективного лечения практически всех заболеваний.

Выводы. 1. При холецистите в сыворотке крови повышается уровень "печеночных" маркеров (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ), который снижается после традиционного лечения, однако не возвращается к норме.

2. Аналогично наблюдается существенное увеличение в слюне уровня маркеров воспаления (эластаза, МДА) и степени дисбиоза, которые не возвращаются к норме после лечения.

3. Уровень в слюне защитных систем (АПИ, каталаза и лизоцим) достоверно снижается у больных холециститом, однако не повышается после лечения.

4. Существующее традиционное лечение больных холециститом следует дополнить средствами адаптационно-трофического действия (про- и пребиотики, адаптогены, витамины и др.).

Список литературы

1. Биохимические маркеры воспаления и дисбиоза в слюне больных холециститом / А.П. Левицкий, С.А. Демьяненко, П.И. Пустовойт [и др.] // Вісник стоматології. – 2011. – № 1 (74). – С. 21-23.
2. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 864 с.
3. Широкова Е. Н. Современные подходы к диагностике и лечению холестаза / Е.Н. Широкова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2008. – № 4. – С. 33-39.
4. Левицкий А. П. Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных / А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, Л.Н. Осаханова // Вісник стоматології. – 2005. – № 2. – С. 7-8.
5. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: Метод. рекомендации / А.П. Левицкий, О.В. Деньга, О.А. Макаренко [и др.] – Одесса, 2010. – 16 с.
6. Левицкий А. П. Методы определения активности эластазы и ее ингибиторов: Метод. рекомендации / А.П. Левицкий, А.В. Стефанов – К.: ГФЦ, 2002. – 15 с.
7. Стальная И. Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И.Д. Стальная, Т.Г. Гаришвили // В кн.: "Современные методы в биохимии". – М.: Медицина, 1977. – С. 66-68.
8. Гаврикова Л. М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных с острой одонтогенной инфекцией челюстно-лицевой об-

ласти / Л.М. Гаврикова, И.Т. Сегень // Стоматология. – 1996. – Спец. вып. – С. 49-50.

9. Левицкий А. П. Лизоцим вместо антибиотиков / А.П. Левицкий // Одесса: КП ОГТ, 2005. – 74 с.

10. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: Метод. рекомендации / А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, И.А. Селиванская [и др.] – К.: ГФЦ, 2007. – 23 с.

11. Гирин С. В. Модификация метода определения активности каталазы в биологических субстратах / С.В. Гирин // Лабораторная диагностика. – 1999. – № 4. – С. 45-46.

12. Яковлев М. Ю. Элементы эндотоксикологической теории физиологии и патологии человека / М.Ю. Яковлев // Физиология человека. – 2003. – Т. 29, № 4. – С. 98-109.

13. Ткаченко Е. И. Питание, эндоэкология человека, здоровье, болезни. Современный взгляд на проблему их взаимосвязей / Е.И. Ткаченко // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76, № 2. – С. 67-71.

14. Янковский Д. С. Микрофлора и здоровье человека / Д.С. Янковский, Г.С. Дымент – К.: Червона Рута-Турс, 2008. – 552 с.

15. Левицкий А. П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / А.П. Левицкий, Ю.Л. Волянский, К.В. Скидан // Харьков: ЭДЭНА, 2008. – 100 с.

16. Левицкий А. П. Антимикробная функция печени / А.П. Левицкий, С.А. Демьяненко, Ю.В. Цисельский – Одесса: КП ОГТ, 2011. – 141 с.

Поступила 07.02.12



УДК 616.314-073.75: 611.314

**Р. С. Назарян, Ю. В. Фоменко, Н. А. Щерблыклина,
Т. А. Колесова, И. В. Букалова**

Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Третьи моляры возможно рассматривать в качестве опорных зубов в случае утраты первого и второго моляров. Доступ к зубу, непредсказуемое строение, а также близость к нижнечелюстному каналу или гайморовой пазухе создают основные сложности при их лечении. Планирование эндодонтического лечения третьих моляров необходимо проводить с учетом функциональной ценности зуба и данных современных методов обследования, позволяющих получить достоверную информацию об их анатомии.

Ключевые слова: третий моляр, эндодонтическое лечение, конусно-лучевая компьютерная томография.

**Р. С. Назарян, Ю. В. Фоменко, Н. А. Щерблыклина,
Т. А. Колесова, И. В. Букалова**

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

Треті моляри можливо розглядати в якості опорних зубів у разі втрати першого і другого молярів. Доступ до зуба, непередбачувана будова, а також близькість до нижньощелепного каналу або гайморової пазухи створюють основні складності при їх лікуванні. Планування ендодонтичного лікування третіх молярів необхідно проводити з урахуванням функціональної цінності зуба і даних сучасних методів об-

© Назарян Р. С., Фоменко Ю. В., Щерблыклина Н. А.,
Колесова Т. А., Букалова И. В., 2012.

стеження, що дозволяють отримати достовірну інформацію про їх анатомію.

Ключові слова: третій моляр, ендодонтичне лікування, конусно-променева комп'ютерна томографія.

**R. S. Nazaryan, Y. V. Fomenko, N. A. Shcheblykina,
T. A. Kolesova, I. V. Bukalova**

Kharkiv National Medical University

ENDODONTIC TREATMENT PLANNING OF THIRD MOLARS

Third molars may be used as abutment teeth in case of first and second molars loss. Access to the tooth, unpredictable structure, as well as proximity to the mandibular canal or maxillary sinus creates major difficulties of their treatment. Third molars endodontic treatment planning should be carried out considering the tooth functional significance and modern research methods that provide accurate information about their anatomy.

Key words: third molar, endodontic treatment, cone-beam computer tomography.

Комплексний підхід к санации полости рта требует взаимодействия врачей стоматологов всех специальностей. Зачастую составление плана протезирования приводит к необходимости депульпирования интактных зубов. Утрата первого и второго моляров часто является причиной рассмотрения третьего моляра в качестве основного опорного зуба.

Третий моляр имеет функциональную ценность в следующих случаях:

- если удален хотя бы один из рядом стоящих моляров;
- если зуб является последним в зубном ряду и служит опорой для несъемного протеза, и его отсутствие приведет к появлению протяженного концевой дефекта и необходимости протезирования съемным протезом (рис. 1-5);



Рис. 1. Пациентка Р., 49 лет. Фрагмент ортопантограммы. Запланировано протезирование мостовидным протезом с опорой на зубы 43, 45, 48.

- если утрата зуба вызовет необходимость депульпирования дополнительных опорных зубов и установки большего несъемного протеза;
- если зуб является опорным для съемного протеза и его утрата может привести к необходимости изготовления более сложной конструкции частичного съемного протеза или полного съемного протеза (рис. 6-9).



Рис. 2. Предоперационная рентгенограмма зуба 48.



Рис. 3. Контроль пломбирования корневых каналов.

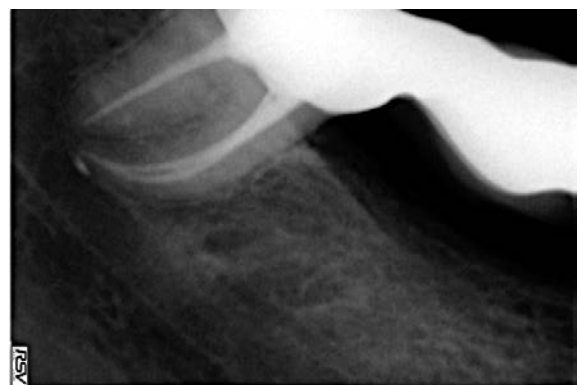


Рис. 4. Повторная рентгенограмма через год после протезирования.

Сложность лечения третьих моляров заключается в трудном доступе к зубу, в непредсказуемой анатомии корней, а также в близости расположения их к нижнечелюстному каналу или гайморовой пазухе.

Верхние третьи моляры могут иметь один, два, но чаще - три канала. Их устья могут располагаться в виде треугольника или почти по прямой линии.

Третий нижний моляр нужно оценивать по форме его корня. Хорошо сформированные коронки час-

то располагаются на спаянных, коротких, сильно изогнутых или с нарушениями развития корнях [1].

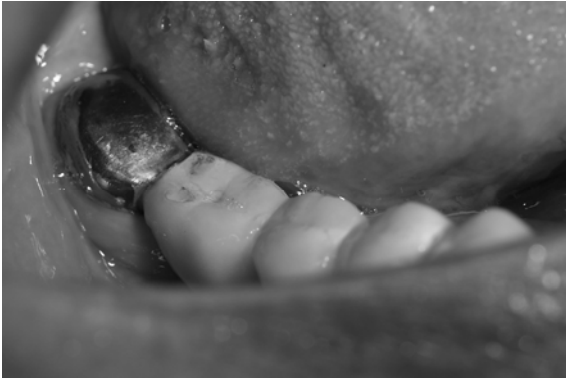


Рис. 5. Зуб 48 служит опорой для мостовидного протеза.

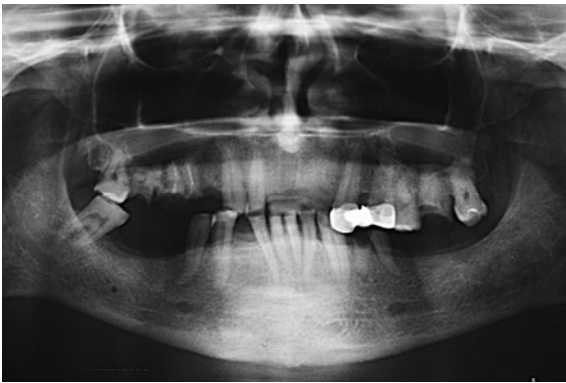


Рис. 6. Пациент П., 60 лет. В план лечения входит депульпирование зубов 18, 28 и 48, которые будут использованы в качестве опор для съемного протезирования.



Рис. 7. Зуб 18. Постоперационная рентгенограмма.



Рис. 8. Зуб 28. Контроль пломбирования.



Рис. 9. Зуб 48. После obtурации.

В тех случаях, когда имеется хороший доступ, а также адекватно сформированные корни, нет причин, чтобы не проводить эндодонтическое лечение таких зубов.

Для составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое исследование зуба с целью изучения морфологии корневых каналов. Внутривитовое рентгенологическое исследование продолжает оставаться наиболее распространенным методом изучения анатомии зуба, и имеет свои неоспоримые преимущества: доступность, относительная дешевизна, простота исполнения, невысокая лучевая нагрузка.

Любая методика – параллельной рентгенографии либо биссектрисы угла – является актуальной. Выбор зависит от материальной оснащенности кабинета и от мануальных навыков оператора. В сложных случаях с целью диагностики необходимо делать два снимка, изменяя горизонтальный угол поворота тубуса на 30°. При последующем изучении и сравнении двух изображений врач может увидеть дополнительные каналы или ранее скрытые тени корней, а также получить представление о степени их искривления.

Необходимо учитывать, что рентгеновский снимок является двухмерным изображением трехмерного объекта, и всегда есть вероятность его неправильной интерпретации [2].

Существенно снизить риск ошибок позволяет правильное расположение тубуса, пленки, соблюдение правил ее проявки, хорошая освещенность и использование увеличительного стекла [3].

Новая технология, которая получает все большее признание в нашей стране – конусно-лучевая компьютерная томография. На сегодняшний день – это самый информативный и достоверный метод исследования в стоматологии [4]. Преимуществами КЛКТ по сравнению с традиционным рентгенологическим исследованием являются:

1. Возможность получить на экране компьютера 3-мерное изображение. Обычный рентген снимок – это статическое изображение в одной проекции, тогда как КТ – исследование, сохраненное на носителе, позволяет изучать объект в любой из трех плоскостей под различными углами.

2. При внутривитовой рентгенографии неизбежно возникают искажения объекта, при КТ-исследовании изображение соответствует реальным размерам зуба.

3. Компьютерные программы позволяют врачу проводить на изображении измерения различных ана-

томических образований (длина каналов), определять плотность костной ткани, производить фотозахваты различных срезов и проекций, распечатывать интересные фрагменты.

4. Дает возможность придерживаться стандартов диагностики, т. е. точности повторения исследования данной области спустя любой промежуток времени.

5. Быстрота исследования. Сканирование выполняется максимум 24 секунды.

6. Лучевая безопасность. КЛКТ позволяет получить информацию при минимальных дозах для организма человека (35 – 55 мкЗв). Лучевая нагрузка на пациентов при использовании КЛКТ может быть сравнима с обычным панорамным снимком.

Таким образом, планирование эндодонтического лечения третьих моляров необходимо проводить с учетом данных современных методов обследования и функциональной ценности зуба, что способствует долгосрочному благоприятному прогнозу функционирования данных зубов в полости рта.

Список литературы

1. **Эндодонтия.** / Перевод с английского О.А.Шульги, А.Б.Куадже. – С.-Петербург: НПО «Мир и семья-95», ООО «Интерлайн», 2000. – 696 с.: ил.
2. **Джон С. Роудз.** Повторное эндодонтическое лечение: Консервативные и хирургические методы / Джон С. Роудз; Пер.с англ.- М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 216с.: ил.
3. **Джеймс Л. Гутман.** Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение / Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл; Пер. с англ.- М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 592с.: ил.
4. Новые технологии диагностики в эндодонтии / А. М. Политун, Т. П. Скрипникова, С. З. Беньяминава [и др.] // Эндодонтист – 2010. – №1 (3), – С.3-7.

Поступила 18.01.12



А. А. Бабеня, к. мед. н., Н. Б. Дмитриева, к. мед. н., Т. И. Дымчева

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Цель работы состояла в изучении на амбулаторном стоматологическом приеме встречаемости лиц с патологическими изменениями в полости рта, обусловленными сопутствующей хронической соматической патологией, и выявления основных препятствий в оказании адекватной стоматологической помощи таким больным.

Результаты исследования показали, что такие симптомы, как сухость, болезненность и повышенная кровоточивость слизистой, дисплазия эпителия затрудняют любое стоматологическое вмешательство у этой категории пациентов. У таких больных очень сложно провести лечение даже простого кариеса, не говоря уже об осложненных его формах. Хирургические манипуляции на альвеолярном отро-

стке могут вызывать обострения сопутствующей стоматологической и соматической патологии. Невозможно также осуществить полноценное ортопедическое лечение. Целесообразным является разработка специальных алгоритмов лечения стоматологических заболеваний, развившихся на фоне хронической соматической патологии.

Ключевые слова: стоматологические заболевания, соматическая патология, алгоритмы оказания стоматологической помощи.

Г. О. Бабеня, Н. Б. Дмитриева, Т. И. Димчева

ДУ «Институт стоматології НАМН України»
Одеський національний медичний університет

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЙОМІ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПОРОЖНИНІ РОТА У ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Мета роботи полягала у вивченні на амбулаторному стоматологічному прийомі зустрічності осіб з патологічними змінами в порожнині рота, обумовленими супутньою хронічною соматичною патологією, і виявлення основних перешкод у наданні адекватної стоматологічної допомоги таким хворим.

Результати дослідження показали, що такі симптоми, як сухість, болісність і підвищена кровоточивість слизової оболонки, дисплазія епітелію ускладнюють будь-яке стоматологічне втручання в цієї категорії пацієнтів. У таких хворих дуже складно провести лікування навіть простого карієсу, не кажучи про його ускладнені форми. Хірургічні маніпуляції на альвеолярному відростку можуть викликати загострення супутньої соматичної й стоматологічної патології. Неможливо також здійснити повноцінне ортопедичне лікування.

Доцільним є розробка спеціальних алгоритмів лікування стоматологічних захворювань, що розвинулися на тлі хронічної соматичної патології.

А. А. Babenia, N. B. Dmitrieva, T. I. Dymcheva

SE “The Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine”

THE FREQUENCY OF REVELATION OF PATHOLOGIC CHANGES IN ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH SOMATIC DISEASES AT AMBULATORY VISITS TO DENTIST'S

The aim of the work was to investigate the frequency at ambulatory visits to dentist's of patients with pathologic changes in oral cavity, conditioned by the accompanying somatic pathology, and to reveal the main obstacles in provision of such patients with the adequate dental aid. The findings have shown that such symptoms as dryness, painfulness and increased hemorrhage of mucous membrane, dysplasia of epithelium make any dental intrusion in these category of patients more difficult. It is very hard to treat even simple caries in such patients, to say nothing of its complicated forms. Surgical manipulations on alveolar appendage may cause exacerbations of accompanying dental and somatic pathology. It is also impossible to carry out the full-fledged orthopedic treatment. The elaboration of the special algorithms of treatment of dental diseases, developed simultaneously to chronic somatic pathology, is reasonable.

Key words: dental diseases, somatic pathology, algorithms of dental aid.