

13. Юлиш Е.И. Оптимизация лечения внебольничных пневмоний у детей с хламидофильной инфекцией и кандидозом дыхательных путей / Е.И. Юлиш, Л.С. Коринева // *Врачебная практика*. - 2007. - № 6(60). - С. 92-96.
14. Abdul Latiff A.H. The clinical significance of immunoglobulin A deficiency / A. H. Abdul Latiff, M. A. Kerr // *Ann Clin Biochem*. - Mar 2007. - 44. - P.131-139.
15. Gomes B.P. Microbiological examination of infected dental root canals / B.P. Gomes, E.T. Pinheiro, C.R. Gade-Neto // *Oral Microbiol Immunol*. - 2004. - Vol. 19, №2. - P. 71-76.

Реферати

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ РІЗНИХ СПОСОБАХ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Дністрянський В. І.

Дослідження проведено за участю 62 пацієнтів з хронічним деструктивним періодонтитом, які були розділені на дві групи. Пацієнтам першої групи (19 чоловік) було проведено лікування за традиційною методикою, 42 хворим було проведено лікування за вдосконаленою нами методикою (у першій підгрупі (21 людина) лікування проводилося за традиційною схемою з додаванням обробки кореневого каналу ликвидами для глибокого фторування, в другій (21 людина) - за схемою першої підгрупи з додаванням ультразвукової обробки силера безпосередньо в кореновому каналі). У усіх пацієнтів окрім традиційних стоматологічних показників визначався вміст секреторного імуноглобуліну А (Ig A) і лізоциму (перед лікуванням і через тиждень після лікування) в слині. Встановлено, що усі три використані методи лікування ХДП призводять до достовірного ($p < 0,05$) зниження і нормалізації показників місцевого імунітету порожнини рота через 7 днів після лікування (зміст sIgA знижується в середньому в 2,3-3,0 разу; зміст лізоциму в 1,4-1,9 разу). На підставі результатів кореляційного і факторного аналізу отриманих даних встановлено, що найбільш ефективним методом лікування ХДП є метод, при якому використовується як глибоке фторування кореневого каналу ликвидами, так і ультразвукова обробка силера безпосередньо в кореновому каналі.

Ключові слова: хронічний деструктивний періодонтит, місцевий імунітет, імуноглобулін, лізоцим.

Стаття надійшла 6.03.2015 р.

FEATURES OF LOCAL IMMUNITY AT DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC DESTRUCTIVE APICAL PERIODONTITIS

Dnistranskiy V. I.

The study was conducted with the participation of 62 patients (33 men and 29 women) with chronic destructive apical periodontitis, which were divided into two groups. Patients of the first group (19 persons) were treated apical periodontitis according to the traditional methods. The main group consisted of 42 patients divided into two subgroups (2A and 2B), which was treated apical periodontitis improved by our method. In subgroup 2a treatment of apical periodontitis was conducted according to the traditional scheme with the addition processing of the root canal liquids for deep fluoridation. In subgroup 2b treatment was carried out according to the scheme of the first sub-group with the addition of ultrasonic agitation of siler directly in the root canal. Analysis of the configuration of factor structures built on the basis of the investigated parameters, before treatment and after different types of treatment allowed to establish that the measure of the success of regeneration (PAI) after traditional treatment depends on the oral hygiene (HI) and sIgA content; after treatment according to the traditional scheme with the addition processing of the root canal liquids for deep fluoridation PAI depends only on the state of oral hygiene, but after treatment according to the traditional scheme with the addition processing of the root canal liquids for deep fluoridation and ultrasonic agitation of siler directly in the root canal PAI depends on the performance of local immunity of the oral cavity.

Key words: chronic destructive apical periodontitis, local immunity, immunoglobulin, lysozyme.

Рецензент Петрушанко Т.О.

УДК 616.311-02: 616.314-089

О. М. Дорошенко, Т. М. Волощевець, М. В. Дорошенко
Інститут стоматології ІМАЦЮ ім. П. Л. Шупика, м. Київ

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ОСІБ, ЯКИМ ВИГОТОВЛЯЮТЬ БАЗИСИ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ІЗ РІЗНИХ КОНСТРУКЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

Проблема підвищення ефективності заміщення дефектів зубних рядів знімними конструкціями зубних протезів залишається однією із актуальних в клініці ортопедичної стоматології. Найпоширенішим способом відновлення жувальної функції зубо-щелепної системи при значній втраті зубів є виготовлення знімних пластинкових протезів, більшість яких виготовляється із жорстким акриловим базисом. Мета: Порівняльна характеристика клініко-лабораторних показників осіб, яким виготовляли знімні конструкції зубних протезів із різних конструкційних матеріалів. Незалежно від конструкційного матеріалу, з якого виготовлений знімний зубний протез, у тканинах протезного ложа пацієнтів спостерігалися різного ступеня вираженості запально-деструктивні зміни, у ротовій рідині - підвищений рівень прозапальних інтерлейкінів та підвищений ступінь дисбіозу. Ортопедичне лікування частковими знімними протезами, незалежно від використаного конструкційного матеріалу, не усуває дисбіотичних змін у порожнині рота. Особам, яким виготовляють знімні конструкції зубних протезів, незалежно від матеріалу, з якого вони виготовлені, рекомендується проводити лікувально-профілактичні заходи для прискорення адаптації до ортопедичних конструкцій.

Ключові слова: знімні зубні протези, клініко-лабораторні показники.

Проблема підвищення ефективності заміщення дефектів зубних рядів знімними конструкціями зубних протезів залишається однією із актуальних в клініці ортопедичної стоматології [1, 2]. Найпоширенішим способом відновлення жувальної функції зубо-щелепної

системи при значній втраті зубів є виготовлення знімних пластинкових протезів із жорстким акриловим базисом. У 64 % пацієнтів, яким виготовляють такі конструкції зубних протезів, під базисами останніх виникає патологія слизової оболонки різної етіології. Акрилові пластмаси, з яких виготовляють базиси знімних протезів, спричиняють механічну, хіміко-токсичну, сенсibiliзуючу, термоізолюючу дію на слизову оболонку протезного ложа. Одним із найбільш суттєвих недоліків акрилових пластмас є мікропористість, що призводить до зміни кількісного та якісного складу мікрофлори ротової порожнини, виникненню дисбіозу [3, 4].

Останнім часом для виготовлення зубних протезів стали використовувати біологічно нейтральні термопласти – нейлон, поліоксиметилен, поліпропилен, поліетилен, для яких характерна відсутність залишкового мономера, токсичних чи алергічних речовин, висока біосумісність, що особливо актуально для пацієнтів із захворюваннями імунної, ендокринної, нервової системи, шлунково-кишкового тракту і пацієнтів із алергічним статусом.

Метою роботи було вивчення особливостей деяких клініко-лабораторних показників у осіб, яким виготовляли часткові знімні конструкції зубних протезів, із різних конструкційних матеріалів.

Матеріал та методи дослідження. В залежності від обраної конструкції і матеріалу виготовлення протеза пацієнти були розділені на 4 групи: до першої увійшли особи, яким виготовляли часткові знімні пластинкові протези (ЧЗПП), базис яких виготовлений із акрилової пластмаси «Фторакс» (10 осіб), до другої – особи, яким виготовляли ЧЗПП із нейлоновим базисом «Флексипласт» (10 осіб), до третьої – особи, яким виготовляли часткові знімні протези із литим ацеталовим каркасом «Біо Дентопласт» із акриловим базисом «Фторакс» (9 осіб), до четвертої – пацієнти, яким виготовляли часткові знімні протези із литим ацеталовим каркасом і базисом «Біо Дентопласт» (10 осіб). Усім обстеженим не застосовували ніякої медикаментозної корекції.

Визначення рівня прозапальних інтерлейкінів у ротовій рідині пацієнтів проводили методом імуноферментного аналізу, використовуючи тест-системи для кількісного визначення інтерлейкінів (тов. Укрмедсервіс, м.Донецьк, Україна).

Ступінь дисбіозу визначали за методикою Левицького А.П.

Результати дослідження та їх обговорення. Порівняльний аналіз отриманих результатів оцінки стану тканин протезного ложа показав його залежність від виду застосованого конструкційного матеріалу.

Так, у першій групі обстежених, де ЧЗПП були виготовлені із акрилової пластмаси «Фторакс» відмінний стан тканин протезного ложа становив відповідно до 5, 15 та 30 доби спостереження – 0%, 10% та 20% осіб.

Найбільш позитивна оцінка стану тканин протезного ложа спостерігалася у пацієнтів II-ої і IV-ої груп, що, очевидно, пов'язане із відсутністю метилового ефіру метакрилової кислоти у складі конструкційних матеріалів, який є токсичними для слизової оболонки порожнини рота, особливо у перші дні після введення протезів до ротової порожнини.

Але, незважаючи на цей факт, у осіб, яким були виготовлені знімні зубні протези із конструкційних матеріалів «Флексипласт» (II група) і «Біо Дентопласт» (IV група) у перші 5 днів у 10-11% визначався незадовільний стан слизової оболонки тканин протезного ложа. На основі проведених нами експериментальних досліджень та клінічних спостережень можна стверджувати, що конструкційні матеріали «Флексипласт» та «Біо Дентопласт» можуть негативно впливати на слизову оболонку тканин протезного ложа, але значно менше у порівнянні із акриловою пластмасою «Фторакс», при використанні якої незадовільний стан тканин протезного ложа сягав майже 30% випадків.

Нами досліджений вміст прозапальних цитокінів IL-1 β та ФНП- α у ротовій рідині осіб досліджуваних груп до ортопедичного лікування та через 7, 14 та 30 днів від початку користування протезами. Показники вмісту IL-1 β та ФНП- α в різні терміни після виготовлення часткових знімних протезів, базис яких був виготовлений із різних конструкційних матеріалів («Фторакс», «Флексипласт» та «Біо Дентопласт»), представлені в табл. 1. Із даних, наведених у таблиці, видно, що вихідний рівень прозапальних інтерлейкінів IL-1 β та ФНП- α у ротовій рідині пацієнтів усіх досліджуваних груп був майже на однаковому рівні. Через 7 днів від початку користування ЧЗП картина змінювалася, але була виявлена чітка закономірність – у всіх групах різко підвищувався рівень досліджуваних показників, що вказувало на подразнюючу дію матеріалів, із яких виготовлені протези, на слизову оболонку тканин протезного ложа. Рівень інтерлейкінів у II і IV групах був нижчим порівняно із I-ю групою спостереження у 1,3 та у 1,55 рази відповідно.

Таблиця 1

Динаміка вмісту цитокінів ІЛ-1 β та ФНП- α у ротовій рідині осіб, які користуються частковими знімними протезами, виготовленими із різних конструкційних матеріалів

Матеріал протеза	Досліджувані цитокіни (пг/мл)							
	ІЛ-1 β (пг/мл)				ФНП- α (пг/мл)			
	До протезування	Через 7 діб	Через 15 діб	Через 30 діб	До протезування	Через 7 діб	Через 15 діб	Через 30 діб
I група «Фторакс»	52,8 \pm 2,6	197,7 \pm 1,3*	137,0 \pm 6,7*	78,7 \pm 3,2*	23,1 \pm 1,3	61,8 \pm 4,4*	58,7 \pm 3,8*	50,4 \pm 2,0*
II група «Флексипласт»	54,9 \pm 2,8	152,5 \pm 8,4*	90,3 \pm 4,1*	69,1 \pm 2,5*	26,4 \pm 2,0	43,3 \pm 2,3*	34,4 \pm 1,8	30,5 \pm 2,7
III група «Біо Дентопласт+ Фторакс»	58,4 \pm 4,4	167,1 \pm 6,0*	107,3 \pm 7,1*	74,4 \pm 4,5*	23,8 \pm 1,5	58,3 \pm 3,0*	51,2 \pm 3,3*	40,2 \pm 2,6*
IV група («Біо Дентопласт»)	51,6 \pm 2,4	127,3 \pm 5,3*	82,5 \pm 2,9*	62,3 \pm 2,6	25,8 \pm 2,0	40,7 \pm 2,3*	38,9 \pm 3,2*	32,4 \pm 3,1

Примітка : * – достовірність різниці у показниках із результатами до початку користування протезами (p \leq 0,05)

Через 14 діб рівень цитокінів у досліджуваних групах продовжував знижуватися, залишаючись ще на достатньо високому рівні, але у I-й групі він у 1,5-1,7 разів був вищим у порівнянні з II і IV групами. І лише через 30 діб рівень ІЛ-1 β та ФНП- α у РР пацієнтів наближався, але не сягав вихідного рівня, залишаючись у I-й групі хворих у 1,5 рази вище вихідного рівня.

Отже, на основі проведених досліджень можна стверджувати, що незалежно від конструкційного матеріалу, з якого виготовлений знімний зубний протез, у ротовій рідині осіб, які користуються протезами, особливо на 7-14 добу спостерігається підвищений рівень інтерлейкінів, що вказує на наявність запального процесу в слизовій оболонці тканин протезного ложа, викликаного складовими матеріалів, з яких виготовлені ортопедичні конструкції та безпосередньою дією самого протеза, як сильного подразнюючого фактора, що приводить до зниження імунологічної реактивності організму, і, як наслідок, до підвищення рівня цитокінів.

Вивчення ступіню дисбіозу у осіб досліджуваних груп показало, що до протезування СД ротової порожнини був підвищеним у віх пацієнтів у порівнянні з контролем у 2-3 рази, що вказувало на пригніченість місцевих захисних факторів СОПР (табл.2).

Таблиця 2

Ступінь дисбіозу ротової порожнини у осіб, що користуються знімними зубними протезами, виготовленими із різних конструкційних матеріалів

Матеріал, із якого виготовлений протез	Досліджувані показники					
	Термін дослідження	Активність лізоциму (од/мл)	Відносна активність лізоциму	Активність уреаз (мкмоль/хв.л.)	Відносна активність уреаз	СД
I група «Фторакс»	Контроль (здорові)	0,024 \pm 0,003	1	1,88	1	1
	До протезування	0,018 \pm 0,003	0,75	4,2 \pm 0,3	2,23	2,97
	Через 7 діб	0,017 \pm 0,001	0,70	4,1 \pm 0,2	2,18	3,1
II група «Флексипласт»	До протезування	0,020 \pm 0,002	0,83	4,0 \pm 0,4	2,12	2,55
	Через 7 діб	0,018 \pm 0,003	0,78	4,19 \pm 0,5	2,3	2,94
	Через 7 діб	0,020 \pm 0,002	0,83	4,2 \pm 0,3	1,96	2,36
III група «Біо Дентопласт+ Фторакс»	Через 30 діб	0,021 \pm 0,002	0,87	4,2 \pm 0,3	1,91	2,19
	До протезування	0,020 \pm 0,001	0,83	4,2 \pm 0,3	2,18	2,6
	Через 7 діб	0,021 \pm 0,001	0,87	4,2 \pm 0,3	2,18	2,5
IV група «Біо Дентопласт»	Через 30 діб	0,021 \pm 0,001	0,91	4,2 \pm 0,3	2,02	2,19
	До протезування	0,019 \pm 0,002	0,79	4,2 \pm 0,3	2,23	2,82
	Через 7 діб	0,021 \pm 0,001	0,88	4,2 \pm 0,3	2,12	2,41
	Через 30 діб	0,023 \pm 0,001	0,95	4,2 \pm 0,3	1,96	2,06

Аналізуючи табл.2., можна зробити висновок, що, незалежно від виду конструкційного матеріалу в усіх групах СД був підвищеним на 7-му добу у 2,2 – 2,9 разів порівняно із контролем. На 30 добу від початку користування протезами СД проявив тенденцію до зниження, але не сягав нормальних величин в жодній групі. У I-й групі пацієнтів, яким виготовляли ЧЗПП із акрилової пластмаси «Фторакс», СД був декілька вищим, але ці значення були недостовірними (p $>$ 0,05).

Таким чином, ортопедичне лікування ЧЗП, незалежно від конструкційного матеріалу, з якого виготовлений протез, не усуває дисбіотичних змін у порожнині рота, хоча на 30 добу від початку користування протезами у II-й і IV-й групах рівень його був дещо нижчим у порівнянні із іншими групами.

Висновки

1. Стан тканин протезного ложа у осіб із частковими знімними протезами залежить від виду застосованого конструкційного матеріалу. Найгірші показники виявили у осіб, базис протеза яким був виготовлений із акрилової пластмаси «Фторакс».
2. Незалежно від конструкційного матеріалу, з якого виготовлений знімний зубний протез, у ротовій рідині осіб, особливо на 7-14 добу спостерігається підвищений рівень прозапальних інтерлейкінів, що вказує на наявність запального процесу в слизовій оболонці тканин протезного ложа, викликаного складовими матеріалів, з яких виготовлені ортопедичні конструкції та безпосередньою дією самого протеза, як сильного подразника, що приводить до зниження імунологічної реактивності організму, і, як наслідок, до підвищення рівня цитокінів.
3. Ортопедичне лікування частковими знімними протезами, незалежно від конструкційного матеріалу, з якого він виготовлений, не усуває дисбіотичних змін у порожнині рота, хоча на 30 добу від початку користування протезами у II-й і IV-й групах рівень його був дещо нижчим у порівнянні із іншими групами.
4. Особам, яким виготовляють знімні конструкції зубних протезів, незалежно від матеріалу, з якого вони виготовлені, рекомендується проводити лікувально-профілактичні заходи для прискорення адаптації до ортопедичних конструкцій.

Список літератури

1. Волосовець Т. М. Лікування травматичних уразень слизової оболонки порожнини рота при підготовці зубних рядів до протезування та в період адаптації до зубних протезів / Т. М. Волосовець, О. М. Дорошенко // Український стоматологічний альманах. – 2002. - № 6. – С. 17-19.
2. Дорошенко О. М. Фармакокорекція патологічних змін слизової оболонки протезного ложа в період адаптації до знімних протезів / О.М. Дорошенко // Матеріали III (X) з'їзду АСУ. – Полтава, -2008. – С. 374-375.
3. Дорошенко О. М. Вплив гелю «Комфорт» на ступінь дисбіозу ротової порожнини в період адаптації до знімних протезів / О. М. Дорошенко // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Вип.1. – С. 243-246.
4. Левицкий А.П. Физиологическая микробная система полости рта / А.П. Левицкий // Вісник стоматології. – 2007. - № 1. – С. 7-10.

Реферати

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ, КОТОРЫМ ИЗГОТАВЛИВАЮТ БАЗИСЫ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Дорошенко Е.Н., Волосовець Т.Н., Дорошенко М.В.

Проблема повышения эффективности замещения дефектов зубных рядов съёмными конструкциями зубных протезов остается одной из актуальных в клинике ортопедической стоматологии. Распространенным способом восстановления жевательной функции зубочелюстной системы при значительной потере зубов является изготовление съёмных пластиночных протезов, в большинстве случаев - с жестким акриловым базисом. Цель: Сравнительная характеристика клинико-лабораторных показателей лиц, которым изготавливали съёмные конструкции зубных протезов из различных конструкционных материалов - акриловой пластмассы "Фторакс" (Украина), нейлона «Флексипласт» («Бредент», Германия) и ацетала «Био Дентопласт» («Бредент», Германия). Независимо от конструкционного материала, из которого изготовлен съёмный зубной протез, в тканях протезного ложа пациентов наблюдались различной степени выраженности воспалительно-деструктивные изменения, в ротовой жидкости - повышенный уровень провоспалительных интерлейкинов и повышенный уровень дисбиоза. Ортопедическое лечение частичными съёмными протезами, независимо от используемого конструкционного материала, не устраняет дисбиотических изменений в полости рта. Лицам, которым изготавливают съёмные конструкции зубных протезов, независимо от материала изготовления, рекомендуется проводить лечебно-профилактические мероприятия для ускорения адаптации к ортопедическим конструкциям.

Ключевые слова: съёмные зубные протезы, клинико-лабораторные показатели.

SOME FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS WHO PRODUCE BASES OF REMOVABLE DENTURES WITH DIFFERENT STRUCTURAL MATERIALS

Doroshenko O., Volosovets T., Doroshenko M.

Problem efficiency replacement dentition defect structures removable dentures is one of the urgent clinics in prosthetic dentistry. The most common way to restore chewing function dentoalveolar system with considerable loss of teeth is prostheses, most of which is made of tough acrylic base. Purpose: Comparative characteristics of clinical and laboratory characteristics of persons who made removable denture construction of various construction materials - acrylic plastic "Ftoraks" (Ukraine), nylon "Fleksyplast" ("Bredent", Germany) and acetal "Bio Dentoplast" ("Bredent" Germany). Regardless of the material of construction material of dentures, prosthetic bed tissues in patients experienced varying degrees of severity of inflammatory and destructive changes in oral fluid - elevated levels of pro-inflammatory interleukins and increased the degree of dysbiosis. Orthodontic treatment of partial dentures, regardless of the material used structural, not eliminate dysbiotic changes in the mouth. Persons who made removable dentures design, regardless of the material from which they are made, recommended treatment and preventive measures for adaptation to orthopedic structures.

Key words: dentures, clinical and laboratory parameters.

Стаття надійшла 8.03.2015 р.

Рецензент Аветиков Д.С.