

3. **Bosshardt D. D.** Hertwig's root sheath, enamel matrix proteins, and initiation of cementogenesis in porcine teeth. / D. D. Bosshardt, A. Nanci // *Journal of Clinical Periodontology*. – 2004. – №31. – P. 184-192.

4. **Fridenstein A. J.** Induction of bone tissue and osteogenous progenitor cells / A. J. Fridenstein, K. S. Lalikina. – Moscow, "Medicine". – 1973. – 223 p.

5. Osteoprotegerin and receptor activator of nuclear factor-kappa B ligand modulation by enamel matrix derivative in human alveolar osteoblasts. / C. Galli, G. M. Macaluso, S. Guizzardi [et al.] // *Journal of Periodontology* 2006. – №77. – P. 1223-1228.

6. In vitro biologic response of human bone marrow stromal cells to enamel matrix derivative / L. Guida, M. Annunziata, F. Carinci [et al.] // *Journal of Periodontology* 2007. – №78. – P. 2190-2196.

7. Soft-tissue wound healing following periodontal surgery and Emdogain application / S. Hagenaars, P.G.H. Louwse, M. F. Timmerman [et al.] // *J Clin Periodontol.* – 2004. – №31. – P. 850.

8. **Hammaström L.** Enamel matrix, cementum development and regeneration / L. J. Hammaström // *Clin Periodontol.* – 1997. – № 24. – P. 658-68.



УДК: 616.314:616.71-003.93

Г. Ф. Білоклицька¹, д. мед. н., Л. М. Панченко², к. мед. н., Ю. Є. Браун¹

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика¹

Інститут травматології і ортопедії НАМН України²

ЗНАЧЕННЯ РЕГЕНЕРАТОРНОГО ПОТЕНЦІАЛУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ПАРОДОНТІ

Вступ. Сучасні методики оперативних втручань на пародонті набули меншої інвазивності і мають на меті регенерацію пародонтальних тканин з одночасним максимальним збереженням їх рельєфу [2-4]. Завдяки застосуванню сучасних зоноспецифічних інструментів та приладів в ділянці наявної пародонтальної кишені (ПК), стало можливим збереження кісткової контури ПК, нехтуючи нівелюванням кісткових стінок [2]. Особливості регенераторного потенціалу кісткової тканини відіграють важливе клінічне значення при проведенні хірургічних втручань у хворих на генералізований пародонтит (ГП) та на етапі підготовки таких пацієнтів до імплантації.

Мета. Дослідити регенераторний потенціал кісткової тканини у хворих на ГП II, II-III ступеня.

Матеріали і методи. Досліджено спонгіозну кістку щелеп 25 хворих на ГП II, II-III ступеня (основна група) та 10 пацієнтів з інтактним пародонтом (група порівняння), яку у основній групі забирали під час проведення клаптевої операції за методикою MIST (Cortellini P., Tonetti M., 2007, 2009), а у групі порівняння - при екстракції вітальних інтактних зубів за ортодонтичними та ортопедичними показаннями.

Клонування остеогенних клітин-попередників (КУОф) кісткового мозку щелеп проводили за методикою Фріденштейна О. Я. (1973) – Астахової В.С. (1982) [1], згідно якої губчасту кісткову тканину поміщали в контейнер з поживним середовищем "199" з подальшою обробкою протягом 14 днів.

Регенераторний потенціал кісткової тканини

оцінювали за величиною показника ефективності клонування КУОф – ЕККУОф кісткового мозку людини серед 10^5 ядровміщуючих клітин. $ЕККУОф = K \div N \times 10^5$, де K – кількість колоній, які виростили в культуральному флаконі на 10^5 ступені; N – кількість клітин, які були посажені в культуральний флакон. Статистичний аналіз проводили за програмою "Statistica".

Результати та їх обговорення. В результаті проведених досліджень було вирощено 33 експериментальних та 10 контрольних колоній, що дозволило визначити відсутність росту колоній КУОф кісткового мозку ($ЕККУОф = 0$) у 27 з 33 хворих на ГП II, II-III ступеня, тобто у 82 % вирощених культур. Ріст колоній стромальних фіброblastів з ефективністю клонування $0,64 \pm 0,33$ (стандартне відхилення 1,86) серед 10^5 ядровмісних клітин був визначений тільки у 6 випадках (18 %).

З 10 культур пацієнтів групи порівняння ріст колоній КУОф виявлено у 20%, проте ефективність клонування склала $11,2 \pm 7,1$ серед 10^5 ядровмісних клітин (стандартне відхилення 15,9), що в 17,5 разів вище ($P < 0,01$) ніж у хворих на ГП.

Висновки. Регенераторний потенціал кісткової тканини хворих на ГП II, II-III у порівнянні з інтактним пародонтом значно ($P < 0,05$) знижений, що вказує на доцільність розробок нових органозберігаючих втручань з мінімізацією втрати природних зубів і підсиленням оптимізації регенераторних можливостей кісткової тканини у хворих на ГП. Врахування особливостей регенераторного потенціалу кісткової тканини у хворих

на ГП в області пародонтального дефекту це передумова до вибору оперативної методики для проведення імплантації у хворих на ГП.

Список літератури

1. Астахова В. С. Остеогенные клетки-предшественники костного мозга человека / Астахова В. С. – Киев, 2000. – 172 с.
2. Cortellini P., Tonetti M. S.: Clinical and radiographic outcomes of the modified minimally invasive surgical technique with and without regenerative materials: a randomized- controlled trial intrabony defects. J Clin Periodontol 2011: 38: 365-373.

3. Linares A., Cortellini P., Lang N. P., Suvan J., Tonetti M. S.; European Research Group on Periodontology (Ergoperio). Guided tissue regeneration/deproteinized bovine bone mineral or papilla preservation flaps alone for treatment of intrabony defects. II: radiographic predictors and outcomes. J Clin Periodontol 2006: 33: 351-8.

4. Sculean A., Donoa N., Windisch P., Brex M., Gera I., Reich E., Karring T. Healing of human intrabony defects following treatment with enamel matrix proteins or guided tissue regeneration. J Periodontal Res 1999: 34: 310-322.



УДК: 616.31-002-02-085.-322:582. 282.19+615.322

**Г. Ф. Белоклицкая, д. мед. н., Ценцило Т. Д., к. мед. н., О. В. Решетняк¹, к. мед. н.,
Т. А. Лисяная, к. биол. н., Г. Пономарева², к. биол. н.**

¹Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика,
кафедра терапевтической стоматологии

²ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ «TEBODONT» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Введение. Увеличение количества факторов, влияющих на снижение иммунитета и резистентности организма к различного рода инфекционным процессам, наличие соматических заболеваний, нерациональное применение лекарственных препаратов (антибиотиков, гормональных препаратов, цитостатиков), снижение процесса слюноотделения, низкий рН слюны, увеличение концентрации глюкозы в слюне, курение, а также способность грибковой микрофлоры ассоциироваться с другими видами микроорганизмов приводит к увеличению кандидозной инфекции в практике врача-стоматолога.

Масло чайного дерева имеет долгую историю применения, репутацию безопасного и эффективного местного антисептика. В настоящее время масло чайного дерева входит в состав многих фармацевтических средств.

Цель исследования. Изучить эффективность ополаскивателя для полости рта на основе масла чайного дерева «Tebodont» в комплексном лечении больных кандидозным стоматитом.

Материалы и методы. Проведено клинико-микробиологическое обследование 78 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с диагнозом кандидоз слизистой оболочки полости рта.

Стоматологическое обследование включало сбор анамнеза, характера жалоб пациентов, а

также их гигиенических навыков. При объективном осмотре слизистой оболочки в области щек, языка, десен, твердого и мягкого неба оценивали ее цвет, консистенцию, увлажненность, наличие беловатого либо серо-белого налета, а также оценивали уровень гигиены полости рта (индекс Грин-Вермильона).

Объекты микробиологического исследования: налет на слизистой оболочке щеки и языка.

Забор материала для бактериологического исследования со слизистой оболочки проводили натошак с помощью стерильного ватного тампона. Первичные посевы делали на питательные среды (мясопептонный агар (МПА), 5 % кровяной агар, сахарный бульон) и на соответствующие для каждого вида микроорганизмов агаризованные и полужидкие селективные и дифференциально-диагностические среды: желточно-солевой агар (Чистовича), «шоколадный» агар, среды Эндо, Калины, Сабуро Вильсон-Блэра, Китта-Тароцци, обогащенный тиогликолевый агар с налидиксовой кислотой, среды для бифидобактерий и лактобактерий. Материал засеивали и инкубировали в термостате при температуре 37°C.

Диагноз кандидозный стоматит верифицирован на основании жалоб пациентов, количества