

ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
УНІВЕРСИТЕТСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА  
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ «УЖНУ»  
(УЖГОРОД, УКРАЇНА)  
АСОЦІАЦІЯ СУДОВОЇ СТОМАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ  
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ ОРТОПЕДІВ ТА ЗУБНИХ ТЕХНІКІВ  
УКРАЇНИ

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

МАТЕРІАЛИ 7 МІЖНАРОДНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
20-21 КВІТНЯ 2018 РОКУ

УЖГОРОД-2018

6.11.18  
6.11.18

11

10

ВІСНІР ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ПЛОМБУВАННІ КАРІОЗНОЇ ПОРОЖНИНИ В КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ТІКАНИНИ ПАРОДОНТУ	34
Ishchur Ю.Ю., Балаж Д.О., Магдич О.М.	
CHOICE AND ACCERTABILITY OF FILLING THE CARION CAVITY OF V <sup>th</sup> CLASS BY BLACK AND THEIR INFLUENCE ON PARADON KNITTING	35
Ishchur Y.Y., Balazh D.O., Mahdych O.M.	
ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ В ПЕРЕД- ОПЕРАЦІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ПАРОДОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	35
Гелей Н.І., Гелей В.М.	
THE USE OF MEDICINAL TREATMENT IN PREOPERATIVE PREPARATION OF PERIODONTOLOGICAL PATIENTS	35
Heley N.I., Heley V.M.	
АНАЛІЗ ПОМИЛОК ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ У ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЄПИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ	36
Гітско Ю.Ю., Пепрецька С.Ю., Колбаско Л.В.	
ANALYSIS OF ERRORS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH FRACTURES OF THE MANDIBLE AT THE PRE- HOSPITAL STAGE	36
Gitisko Yu.Yu., Petretska S.Yu., Kolbasko L.V.	
ЛОКАЛЬНЕ ПІДСИЛЕННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РА- ЮРОЖНИНИ РОТА І РОТОГЛОТКИ ХІМІОТЕРАПІЄЮ З МОДИФІКОВАНОЮ МЕТОДИКОЮ «RADPLAT»	36
Гірна Г.А., Репетило І.І.	
LOCAL STRENGTHEN OF RADIATION THERAPY OF PATIENTS WITH CANCER OF ORAL CAVITY AND OROPHARYNX BY CHEMOTHERAPY BY MODIFIED METHOD «RADPLAT»	36
Girna H.A., Repetilo I.I.	
ЮРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЄПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	37
Гілювчак В.Ю.	

Буцько Н.В.	34
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДИНАМІЧНИХ ЖУВАЛЬНИХ ПРОБ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖУВАЛЬНОГО АПАРАТУ	34
Бурлак О.О.	
ANALYSIS OF EFFICIENCY OF USE CHEWING TRIALS FOR FUNCTIONAL CONDITION DETERMINATION OF JOINT APARATUS	34
Burлак O.O.	
АНАЛІЗ ТЕОРІЙ ЕТІОЛОГІЇ БРУКСИЗМУ	38
Бутчак В.О., Стецик А.О.*, Жеро Н.І.**	
ANALYSIS OF THEORIES OF ETHIOLOGY OF BRUXISM	38
Butchak V.O., Stetsyk A.O., Zhero N.I.	
ОЦІНКА ВПЛИВУ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА	40
Бухарієва Я.Р., Данканич В.І., Кобильчук О.В., Негря А.В.	
ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF DEMOUNTABLE DENTURES AND THE CONDITION OF THE CAVITY MUCOSA	40
Bukharieva Ya.R., Dankanich V.I., Kobylchuk O.V., Negrya A.V.	
ВПЛИВ НУТРИЄНТНОГО СКЛАДУ ХАРЧУВАННЯ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ДИТЯЧОГО КАРІЄСУ У ДІТЕЙ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ	43
Бухарієва Я.Р., Кобильчук О.В., Колесник А.С., Онуфрійчук Н.В.	
INFLUENCE OF NUTRITIONAL COMPOSITION ON THE INTENSITY OF CHILD CARIES EMERGENCE IN CHILDREN LIVING IN THE TRANS-CARPATIAN REGION	43
Bukharieva Ya.R., Kobylchuk O.V., Kolesnik A.S., Onufriyчук N.V.	
КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНИМ ОДОНТОГЕННИМ ЗАПАЛЬНИМ ПРОЦЕСОМ У ЩЕЛЄПНО-ЛИЦЕВІЙ ДІЛЯНЦІ	45
Вовчанська С.В.	
CLINICAL EVALUATION OF DENTAL STATUS PATIENTS WITH ODONTOGENIC INFLAMMATION IN ORO-MAXILLARY AREA	45
Vovchanska S.V.	

## ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ В ПЕРЕОПЕРАЦІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ПАРОДОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

### ХВОРИХ

Гелей Н.І., Гелей В.М.

Наукові керівники: д.мед.н., професор Костенко Є.Я.\*, к.мед.н., доцент Добровольська М.К.\*\*\*, к.мед.н., доцент Брехлічук П.П.\*\*\*  
Кафедра ортопедичної стоматології\*, кафедра терапевтичної стоматології та кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології\*\*\*, стоматологічний факультет, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Ужгород, Україна.

### THE USE OF MEDICINAL TREATMENT IN PREOPERATIVE PREPARATION OF PERIODONTOLOGICAL PATIENTS

Heley N.I., Heley V.M.

Scientific leaders: D.med.s., Prof. Kostenko Ye.Ya.,  
PhD, Dobrovol'ska M.K., PhD, Brekhlichuk P.P.,  
Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Onkostatolog  
Department of Prosthetic Dentistry, Department of Therapeutic Dentistry,  
Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Ефективність оперативного втручання і періодонтитного періоду у хворих на генералізований пародонтит в значній мірі залежить від передопераційної підготовки, купірування гострого запалення і недопущення загострень патологічного процесу в майбутньому.

**Метою** нашого дослідження стало розробити комплекс лікувальних заходів у передопераційному періоді для хворих на генералізований пародонтит, який би унеможливив подальші загострення і сприяв довготривалій ремісії патологічного процесу.

У своїх пошуках ми притримувалися положень щодо запального процесу як комплексу захисно-приспосувальних реакцій, що еволюційно склалися в організмі людини у відповідь на пошкодження тканин при проникненні чужорідних речовин та об'єктів. В патологічному процесі завжди приймає участь дві системи: про- та протизапальна, дії яких строго скоординовані.

Уявляючи взаємодію запалення і повернення організму до стану «здоров'я», ми повинні врахувати порушення цієї координації організму залишатися у нормальній формі і запалення переходить у хронічну форму з порушеннями імунітету.

Модифікація запалення може розвиватися по двох напрямках:

- на імунодепримованому типі з проявами алергії, або автоімунного типу запалення;
- на імуноактивному типі з ознаками імуносупресії і спайкового запалення.

Важливим концепція терапії гострого і загостреного патологічного процесу є три напрямки: етіологічний, патогенетичний і клінічний з використанням антибіотиків, протизапальних препаратів, імуномодуляторів.

Нині стратегія терапії гострого запалення пропонує перейти від лікування запалення до оптимізації його перебігу шляхом використання методів патогенетичної терапії.

Мета стратегії лікування гострого запалення за допомогою фармакологічних препаратів (АГП) передбачає:

- припинення клінічних проявів і нормальній реактивності організму;
- припинення запалення монотерапією АГП;
- припинення загального процесу, гіпер- і гіпорактивних реакцій оптимізувати загальноприйняті стандарти лікування шляхом призначення АГП.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням перебувало 41 хворих з гострим і загостреним хронічним перебігом запального процесу пародонтиту I ступеню важкості. Серед них було 25 жінок і 16 чоловіків у віці 25-60 років. Хворі були поділені на дві групи спостереження: I група – контрольна та контрольна – з 20.

У контрольній групі ми використовували лише препарати традиційної терапії. В основній групі наряду з традиційними антибіотиками використовували та імуномодулюючі препарати – лістерин (лістерин) ми застосовували АГТТ терапію: траумель, ехінацея композиційна, імунолізин. Значимі зміни в групі спостерігали зниження клінічних симптомів запалення (ІІІ-ІІІІ) до 1,5 днів від початку лікування 86,35 % пацієнтів основної і 53,4 % контрольної групи. Індекс Федорова-Володкіної в контрольній групі склав 1,2 +/- 0,1, а в основній - 1,1 +/- 0,02 бала (p>0,1).

У основній групі спостерігали суттєвий розрив у показниках групи контролю. Уже до 3-ох місяців 11 % пацієнтів контрольної групи розривили і прищоду загострення патологічного процесу в пародонті. Хворі контрольної групи в цей період до пародонтолога не зверталися. У основній групі розрив у значеннях показників контрольної і основної групи склав 31,1 %, а в основній – 65,7 %. Подальше загострення патологічного процесу спостерігалося у 18,1 % пацієнтів контрольної і 7,1 % основної групи. Покращення відмічали 56,2 % пацієнтів контрольної і 77,1 % основної групи.

Всім пацієнтам проводили професійну гігієну ротової порожнини подальшою корекцією індивідуальних методів і засобів догляду. Закінчення курсу лікування пацієнтам давали рекомендації щодо гігієни ротової порожнини та раціонального харчування. Диспансерний нагляд здійснювали через 3 і 6 місяців.

В своєму дослідженні ми використали клінічні і спеціальні обстеження: пробу Шиллера-Писарева, пародонтальний індекс (PI), індекс Федорова-Володкіної. Стан кісткових структур альвеолярного відростку – за даними ортопантомограм. Зміст зубоюсненних кишень гігієни бактеріологічному дослідженні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Об'єктивне обстеження контрольної і основної групи виявило болочність, гіперемію міжзубних ясенних сосочків, клінічні ясенні кишень до 4-5 мм. з серйозним ексудатом, рухомість зубів I ст. Проба Шиллера-Писарева позитивною у 99,7 % пацієнтів, PI в середньому дорівнював 0,27, PI -2, лікування потребувало біля 3-ох, 4-ох сегментів. На ортопантомограмі

спостерігали порушення цілісності середньої третини міжзубних перегородок.

У основній групі спостерігали суттєвий розрив у показниках групи контролю. Уже до 3-ох місяців 11 % пацієнтів контрольної групи розривили і прищоду загострення патологічного процесу в пародонті. Хворі контрольної групи в цей період до пародонтолога не зверталися. У основній групі розрив у значеннях показників контрольної і основної групи склав 31,1 %, а в основній – 65,7 %. Подальше загострення патологічного процесу спостерігалося у 18,1 % пацієнтів контрольної і 7,1 % основної групи. Покращення відмічали 56,2 % пацієнтів контрольної і 77,1 % основної групи.

Всім пацієнтам проводили професійну гігієну ротової порожнини подальшою корекцією індивідуальних методів і засобів догляду. Закінчення курсу лікування пацієнтам давали рекомендації щодо гігієни ротової порожнини та раціонального харчування. Диспансерний нагляд здійснювали через 3 і 6 місяців.

В своєму дослідженні ми використали клінічні і спеціальні обстеження: пробу Шиллера-Писарева, пародонтальний індекс (PI), індекс Федорова-Володкіної. Стан кісткових структур альвеолярного відростку – за даними ортопантомограм. Зміст зубоюсненних кишень гігієни бактеріологічному дослідженні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Об'єктивне обстеження контрольної і основної групи виявило болочність, гіперемію міжзубних ясенних сосочків, клінічні ясенні кишень до 4-5 мм. з серйозним ексудатом, рухомість зубів I ст. Проба Шиллера-Писарева позитивною у 99,7 % пацієнтів, PI в середньому дорівнював 0,27, PI -2, лікування потребувало біля 3-ох, 4-ох сегментів. На ортопантомограмі