

також вивчалися функціональні можливості жувальної системи методом гнатодинометрії. У першому періоді адаптації показник жувальних проб, в середньому, становив $32 \pm 2,4$ % у пацієнтів із протезами без еластичної підкладки та $48 \pm 1,8$ і $52 \pm 1,4$ % у пацієнтів із еластичними підкладками ПМ-С і Ufi Gel P відповідно ($p < 0,05$). У другому періоді адаптації, який триває до 5 доби після накладання протезів, відмічено покращення результатів жувальних проб, а саме, у I групі пацієнтів показник жувальних проб, у середньому, становив $38 \pm 2,1$ %, а в II та III групах – $68 \pm 1,6$ і $69 \pm 1,8$ % відповідно ($p < 0,001$). Така ж тенденція спостерігається і в третьому періоді адаптації – у пацієнтів із ПЗПП з твердим акриловим базисом середній показник жувальних проб складає $64 \pm 1,8$ %, а у пацієнтів із еластичними підкладками ПМ-С та Ufi Gel P – $92 \pm 1,2$ і $93 \pm 1,6$ % відповідно ($p < 0,001$). Аналіз жувальних проб виявив, що відсоток роздріблення їжі на 39 % вищий у пацієнтів, які користувались протезами з підкладкою Ufi Gel P і на 34 % вищий у пацієнтів, які мали протези з еластичною підкладкою ПМ-С у порівнянні з результатами, які отримано у пацієнтів із протезами без еластичної підкладки.

Ключові слова: зубо-щелепна система, знімні пластинкові протези, еластичні підкладки, жувальні проби, адаптація до протезів.

Стаття надійшла 25.06.18р.

с и без эластичной подкладки, а также изучались функциональные возможности жевательной системы методом гнатодинометрии. В первом периоде адаптации показатель жевательных проб в среднем составил $32 \pm 2,4$ % у пациентов с протезами без эластичной подложки и $48 \pm 1,8$ и $52 \pm 1,4$ % у пациентов с эластичными подкладками ПМ-С и Ufi Gel P ($p < 0,05$). Во втором периоде адаптации, который длится до 5 суток после наложения протезов, отмечено улучшение результатов жевательных проб, а именно, в I группе пациентов показатель жевательных проб в среднем составил $38 \pm 2,1$ %, а во II и III группах – $68 \pm 1,6$ и $69 \pm 1,8$ % ($p < 0,001$). Такая же тенденция наблюдается и в третьем периоде адаптации – у пациентов с протезами с твердым акриловым базисом средний показатель жевательных проб составлял $64 \pm 1,8$ %, а у пациентов с эластичными подкладками ПМ-С и Ufi Gel P – $92 \pm 1,2$ и $93 \pm 1,6$ % ($p < 0,001$). Анализ жевательных проб обнаружил, что процент дробления пищи на 39% выше у пациентов, которые пользовались протезами с подкладкой Ufi Gel P и на 34% выше у пациентов, с протезами с эластичной подкладкой ПМ-С по сравнению с результатами, которые получены у пациентов с протезами без эластичной подкладки.

Ключевые слова: зубо-челюстная система, съёмные пластиночные протезы, эластичные подкладки, жевательные пробы, адаптация к протезам.

Рецензент Аветиков Д.С.

DOI 10.26724/2079-8334-2018-3-65-95-99

УДК 616.33/342-036.12:612.135]-092-053.5

Ю.М. Нечитайло, Д.Ю. Нечитайло, Т.М. Міхєєва, О.Г. Бурак
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗА СТАНОМ ПЕРИФЕРИЧНОЇ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

E-mail: tmkhieieva@gmail.com

Було обстежено 60 дітей шкільного віку, які знаходились на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні з діагнозом хронічної неускладненої гастродуоденальної патології. Всім дітям проведено ендоскопічне дослідження верхніх відділів травного тракту з оцінкою кровонаповнення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки; проведено капіляроскопію нігтьового ложа. Під час ендоскопічного дослідження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей із хронічними гіпертрофічними та хронічними ерозивними гастродуоденітами спостерігались більше виражений набряк слизової оболонки, стаз та наявність геморагій, ніж у дітей з хронічними поверхневими гастритами та хронічними поверхневими гастроуденітами, що можна пояснити наслідком порушення кровонаповнення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки. У дітей із хронічними ерозивними і гіперпластичними гастроуденітами частіше виявляли симптоми порушення мікроциркуляції, а саме: феномен «сладжування», локальний спазм, патологічну звивистість та зміну калібру капілярів, що можна пояснити наслідком вегетативної дисрегуляції, яка, в свою чергу, супроводжується розладами мікроциркуляції.

Ключові слова: діти шкільного віку, хронічна гастроуденальна патологія, слизова оболонка шлунка та дванадцятипалої кишки, мікроциркуляція.

Робота є фрагментом НДР «Хронологічні аспекти діяльності серцево-судинної системи у дітей з порушеннями артеріального тиску», № держреєстрації 0117U002357.

Гастроуденальна патологія посідає провідне місце в структурі захворюваності дітей як і в Україні, так і в світі. За результатами епідеміологічних досліджень, поширеність захворювань гастроуденальної ділянки в різних регіонах України становить 140-150 на 1000 дитячого населення і має тенденцію до зростання [2]. Серед гастроуденальної патології у дітей важливе місце посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), яка становить 50-65% від загальної кількості захворювань органів травлення. За останнє десятиріччя спостерігається збільшення частоти важких форм гастритів та гастроуденітів у дітей з розвитком виразкової хвороби, та частотою їх рецидивів до 75% [1, 2, 8]. Збільшення кількості захворюваності гастроуденальної ділянки у дітей диктують потребу детального вивчення патогенетичних механізмів захворювання, а також впровадження ефективних методів лікування цієї патології у них [4, 5, 7]. Патогенез уражень гастроуденальної зони є складним багатфакторним процесом [3, 6]. Внаслідок нерационального та неякісного харчування школярів майже у кожній третій дитини в

той чи інший час діагностуються гастродуоденіти. Одним із механізмів розвитку гастродуоденальної патології є порушення кровопостачання слизової оболонки шлунка і ДПК, що призводить до ушкодження її структури, цілісності та функції [2]. Мікроциркуляція (МЦ) відіграє важливу роль у надходженні кисню до тканин, забезпеченні регенерації сполучної тканини та мікросудин при пошкодженнях слизової оболонки шлунка і ДПК. Тому порушення МЦ можуть бути ранніми ознаками захворювання [6]. Відомо, що мікроциркуляторні зміни визначаються варіантом гастродуоденітів та є досить раннім маркером ступеня ураження органів-мішеней. Стан мікроциркуляторного русла шлунково-кишкового тракту має високий корелятивний зв'язок із станом мікроциркуляції слизових оболонок бульбарної кон'юктиви та нігтьового ложа. При оцінці МЦ у цих ділянках спостерігаються патологічні зміни в капілярах, ідентичні змінам у слизових оболонках шлунка та ДПК [6].

За останні роки в педіатрії дослідження стану капілярів при різних патологіях у дітей є актуальною неінвазивною методикою. Необхідно звернути увагу, що капіляроскопічне дослідження легко проводити у дітей різних вікових груп. Воно не потребує додаткової підготовки дитини, займає мінімальну кількість часу і не викликає негативної реакції у пацієнта. Виявлені зміни у капілярах дають можливість провести уточнення діагнозу та відкорегувати лікування [6]. Крім того виявлені особливості капілярів відкривають додаткові можливості для розуміння картини глибоких механізмів патофізіологічних аспектів різних захворювань.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості перебігу хронічної гастродуоденальної патології за станом периферичної мікроциркуляції у дітей шкільного віку.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 60 дітей шкільного віку, які проживають у м. Чернівці та в сільській місцевості. Усі діти знаходились на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці з діагнозом хронічної неускладненої гастродуоденальної патології. Середній вік дітей становив $14,2 \pm 0,13$. Співвідношення дівчат та хлопців – 1:1. Структура гастродуоденальної патології в обстежених школярів була такою: 12 з 60 дітей (20 %) із хронічним гастритом, 18 з 60 (30 %) із хронічним поверхневим гастродуоденітом, 16 з 60 дітей (26,7 %) із хронічним ерозивним гастродуоденітом, 14 з 60 (23,3 %) із хронічним гіперпластичним гастродуоденітом. Верифікація діагнозу здійснювалася відповідно до наказу МОЗ України №59 від 29.01.2013р. «Про впровадження протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія»».

Нами використані наступні методи дослідження: антропометричні, клінічні, лабораторні, інструментальні, статистичні. Всім дітям, проведено езофагогастродуоденофіброскопію за допомогою ендоскопа EG-2908 (фірми «Pentax», Японія) під час якої макроскопічно оцінили стан слизової оболонки шлунку та ДПК та її кровонаповнення: характер ураження (геморагічне, ерозивне, гіперпластичне, тощо), колір слизових оболонок, наявність набряку, геморагій та стазу.

Мікроскопію капілярів нігтьового ложа у дітей проводили за допомогою цифрового мікроскопа фірми «Olympus» з 400-кратним збільшенням. Зображення зберігалися на портативному комп'ютері в форматі jpg. Всі збережені фотографії оцінювалися за допомогою спеціальної програми. Оцінено периваскулярні, судинні та внутрішньосудинні зміни (наявність чи відсутність локального спазму, патологічної звивистості, змін калібру артеріол, венул, капілярів, а також феномену «сладжування» в них). Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою непараметричних методів оцінки. Математична обробка отриманих даних проводилася з використанням програм Microsoft Office Excel та Statistica 6.1.

Результати дослідження та їх обговорення. Характерними клінічними ознаками при хронічній гастродуоденальній патології у обстежених дітей були: біль у животі, диспепсія, зниження апетиту, вегетативні зміни та хронічна неспецифічна інтоксикація. Найбільш часті скарги у обстежених нами дітей були пов'язані із больовим та диспепсичним синдромами (табл. 1). У дітей із хронічними ерозивними та гіперпластичними гастродуоденітами гострий, інтенсивний, нічний і «голодний» біль виникав у два рази частіше, ніж у дітей з хронічними гастритами. Серед диспепсичних явищ у дітей переважали скарги на наявність нудоти, печії, відригування повітрям, кислим вмістом, відчуття важкості у животі, які спостерігалися у пацієнтів із хронічними ерозивними та гіперпластичними гастродуоденітами. Під час проведення ЕГДФС дітям було проведено макроскопічну оцінку слизової оболонки шлунка та ДПК. У дітей із хронічним гастритом виявлялись такі зміни в слизовій оболонці: помірно гіперемована слизова оболонка та помірний набряк шлунка спостерігали у 77,0% (10/13) дітей, яскраво гіперемована слизова оболонка і виражений набряк – у 23,0% (3/13) дітей. У 61,5% (8/13) пацієнтів геморагій в

слизовій оболонці шлунку не виявлено, у 23,0% (3/13) – поодинокі геморагії, у 15,5% (2/13) – множинні. У 23,0% (3/13) дітей виявлено помірний стаз в шлунку.

Таблиця 1

Клінічні ознаки гастритів/гастроуденітів у дітей за нозологічною структурою

Клінічна ознака захворювання		К-ть дітей із хр. гастритами	К-ть дітей із гастроуденітами	К-ть дітей із ерозивними гастроуденітами	К-ть дітей із гіперпластичними гастроуденітами
Локалізація болю	в епігастральній ділянці	92,3%* (2/13)	44,5% (8/18)	37,5% (6/16)	28,5% (4/14)
	у вілородуоденальній ділянці	-	55,5% (10/18)	62,5% (10/16)	71,5%* (10/14)
Характер болю	гострий біль	15,5% (2/13)	16,7% (3/18)	37,5%* (6/16)	28,5% (4/14)
	ниючий біль	84,5% (11/13)	83,3% (15/18)	62,5% (10/16)	71,5% (10/14)
Інтенсивність болю	постійний	15,5% (2/13)	16,7% (3/18)	25% (4/16)	28,5% (4/14)
	періодичний	77,0% (10/13)	83,3%* (15/18)	75% (12/16)	71,5% (10/14)
Зв'язок болю з прийомом їжі	до прийому їжі	23,0% (3/13)	16,7% (3/18)	18,8% (3/16)	21,4% (3/14)
	через 20-30 хвилин після прийому їжі	61,5% (8/13)	55,5% (10/18)	50% (8/16)	42,9% (6/14)
	через 1 годину після їжі	-	27,8% (5/18)	31,2% (5/16)	35,7% (5/14)
Диспепсичні явища	нудота	38,5% (5/13)	27,8% (5/18)	31,2% (5/16)	35,7% (5/14)
	блювання	15,5% (2/13)	27,8% (5/18)	31,2% *(5/16)	35,7% *(5/14)
	печія	38,5% (5/13)	44,5%* (8/18)	37,5%* (6/16)	28,5% (4/14)

Примітка*– $p < 0,05$

У дітей із хронічним гастроуденітом помірно гіперемований колір слизової оболонки шлунка та ДПК виявлено у 55,5,0% (10/18) дітей, яскраво гіперемована слизова оболонка шлунка і ДПК – у 44,5% (8/18). Помірний набряк слизової оболонки шлунка та ДПК був у 55,5% (10/18) дітей, виражений набряк – у 44,5% (8/18). У 22,2% (4/18) дітей спостерігались поодинокі геморагії, у 27,8% (5/18) – множинні, у 16,7% (3/18) дітей – інтенсивні. У 27,8% (5/18) дітей виявлено помірний стаз в шлунку і ДПК, 16,7% (3/18) – інтенсивний стаз. У дітей із хронічним ерозивним гастроуденітом помірно гіперемований колір слизової оболонки шлунка та ДПК – у 31,2% (5/16) дітей, яскраво гіперемована слизова оболонка шлунка і ДПК – у 68,8% (11/16) дітей. Помірний набряк слизової оболонки шлунка та ДПК – у 62,5% (10/16) дітей, виражений набряк – у 37,6% (6/16). У 31,2% (5/16) дітей виявлено поодинокі геморагії в шлунку і ДПК, у 37,6% (6/16) дітей – множинні, у 31,2% (5/16) – інтенсивні. У 37,6% (6/16) дітей виявлено помірний стаз в шлунку і ДПК, у 31,2% (5/16) дітей – інтенсивний. У дітей з хронічним гіперпластичним гастроуденітом помірно гіперемований колір слизової оболонки шлунка та ДПК виявлено у 57,1% (8/14) дітей, яскраво гіперемована слизова оболонка шлунка і ДПК – у 42,9% (6/14). Помірний набряк слизової оболонки шлунка та ДПК був у 42,9% (6/14) дітей, виражений набряк – у 57,1% (8/14). У 57,1% (8/14) дітей виявлено поодинокі геморагії в шлунку і ДПК, у 42,9% (6/14) – множинні. У 71,5% (10/14) дітей – помірний стаз в шлунку і ДПК, у 28,5% (4/14) дітей – інтенсивний. Таким чином, у дітей з хронічним ерозивним та гіперпластичним гастроуденітами зміни кровонаповнення слизової оболонки шлунка і ДПК виявляли частіше, ніж у дітей з гастритом. При оцінці стану капілярів нігтьового ложа у обстежених дітей відмічались такі зміни периферичної мікроциркуляції (табл. 2).

Таблиця 2

Оцінка стану периферичної мікроциркуляції у обстежених дітей

Капіляроскопічні показники	Виявлені зміни у дітей із хр. гастритами	Виявлені зміни у дітей із хр. гастроуденітами	Виявлені зміни у дітей із хр. ерозивними гастроуденітами	Виявлені зміни у дітей із хр. гіперпластичними гастроуденітами
Локальний спазм капілярів	30,7% (4/13)	33,3% (6/18)	37,6% (6/16)	35,7% (5/14)
Патологічна звивистість капілярів	15,3% (2/13)	16,7% (3/18)	31,2%* (5/16)	42,9%* (6/14)
Зміни калібру капілярів	30,7% (4/13)	33,3% (6/18)	50,0%* (8/16)	42,9%* (6/14)
Феномен «сладжування» в капілярах	23,0% (3/13)	27,8% (5/18)	50,0%* (8/16)	35,7%* (5/14)

Примітка*– $p < 0,05$ – вірогідна різниця капіляроскопічних показників між нозологічними формами гастритів/гастроуденітів.

З метою групування між собою окремих показників мікроциркуляції нігтьового ложа і показників макроскопічної оцінки слизових оболонок шлунка та ДПК було використано кластерний метод статистичного аналізу, який дає можливість побачити групування різних показників. Отримані нами дані представлені на рисунках 1 та 2.

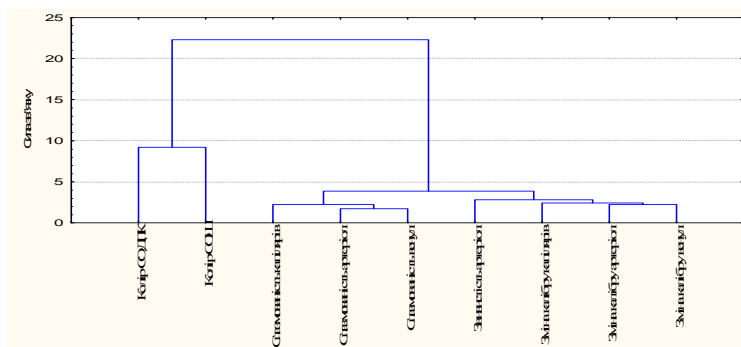


Рис. 1. Взаємозв'язки факторів макроскопічної оцінки слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та перикапілярних змін капілярів нігтьового ложа

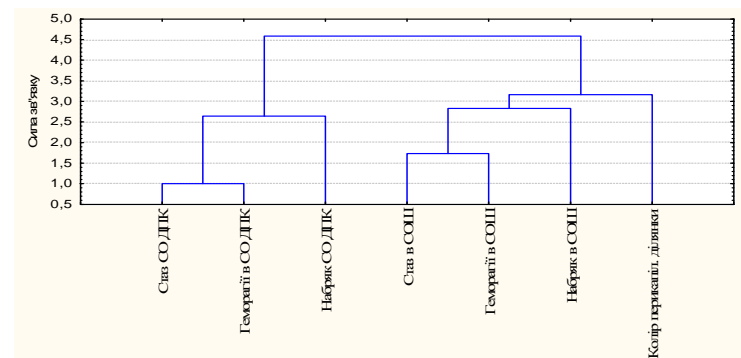


Рис. 2. Взаємозв'язки факторів макроскопічної оцінки слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та судинними змінами капілярів

На даному рисунку видно, що найбільш інтенсивні взаємозв'язки є між наявністю набряку, стазу, геморагій у слизовій оболонці ДПК, між стазом і геморагіями в слизовій оболонці шлунка. Крім того, у тісному зв'язку знаходяться стаз і геморагії у слизовій оболонці шлунка та набряк і колір перикапілярної ділянки. Це вказує на спільні патогенетичні механізми розвитку мікроциркуляторних порушень, що також підтверджується виявленими між ними кореляціями. На рис. 2 найбільш інтенсивні взаємозв'язки відзначаються між капіляроскопічними показниками: спазм артеріол, венул, капілярів, а також змінами калібру артеріол, венул, капілярів та звивистістю артеріол. Колір слизової оболонки шлунка і колір слизової оболонки ДПК потрапляють до іншого кластеру, але між ними та судинними змінами капілярів є дещо слабший взаємозв'язок.

Таким чином, на основі отриманих даних простежується чітка залежність між змінами в мікроциркуляторному руслі слизових оболонок шлунка і ДПК з одного боку та нігтьового ложа – з іншого.

Висновки

1. У дітей із хронічним гіпертрофічним та ерозивним гастродуоденітом клінічні ознаки та перебіг захворювання більше виражений, ніж у дітей гастритом та хронічним гастродуоденітом.
2. У дітей з ерозивним та гіперпластичним ураженням слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки вірогідно частіше спостерігаються порушення кровонаповнення, ніж у дітей з хронічними поверхневими гастритами та гастродуоденітами, що можна пояснити більше вираженими розладами кровонаповнення при даній патології.

Перспективним є подальше детальніше вивчення змін із боку периферичної мікроциркуляції у дітей із хронічною гастродуоденальною патологією та встановлення патогенетичних зв'язків у розвитку цих захворювань.

Список літератури

1. Beketova HV. Khronichnyi hastrroduodinit u ditey i pidlitkiv: epidemiolohiya, etiolohiya, patohenez, diahnostyka. *Sovremennaya pediatriya*. 2012; 6: 20-24. [in Ukrainian]
2. Bobrova OV, Pyankova NI. Epidemiolohichni aspekty perebihu khronichnoyi hastrroduodenalnoyi patolohiyi u ditey. *Suchasna haastroenterolohiya*. 2012; 2: 33-36. [in Ukrainian]
3. Lychkovska OL. Osoblyvosti psyhoemocijnogo stanu ditey z patologijeju hastrroduodenalnoyi diljanky. *Acta Medica Leopoliensia*. 2012; 3: 12-18. [in Ukrainian]
4. Pylypets GM. Stan vegetatyvnoyi nervovoyi systemy u ditey z hronichnym hastrytom i hastrroduodinitom u period remisii. *Suchasna haastroenterolohiya*. 2013; 6 (38): 47-49. [in Ukrainian]
5. Tyazhka OV, Bobrova OV. Vikovi morfolohichni osoblyvosti khronichnoho zapalennya slyzovoyi obolonky shlunka ta dvanadtsyatypaloyi kyshky. *Sovremennaya pediatriya*. 2015; 5: 161-163. [in Ukrainian]
6. Abdel-Salam O.M. Czimmer Gastric mucosal integrity: gastric mucosal blood flow and microcirculation. *J. Physiol*. 2015; 95(1): 105-127.
7. Stollte M, Eidt S. Chronic erosions of the antral mucosa: a sequela of Helicobacter pylori-induced gastritis. *J.Gastroenterol*. 2016; 4 (30): 846-50.
8. Toljamo K.T, Niemela S.E, Karvonen A.L. Histopathology of gastric erosions. Association with etiological factors and chronicity. *Helicobacter*. 2012; 16(6): 444-451.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
ПО СОСТОЯНИЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТАНечитайло Ю.Н., Нечитайло Д.Ю., Михеева Т.Н.,
Буряк А.Г.

Было обследовано 60 детей школьного возраста, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом хронической неосложненной гастроудоденальной патологии. Всем детям проведено эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта с оценкой кровенаполнения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки; проведено капилляроскопию ногтевого ложа. Во время эндоскопического исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в детей с хроническими гипертрофическими и хроническими эрозивными гастроудоденитами наблюдались более выраженный отек слизистой оболочки, стаз и наличие геморрагий, чем у детей с хроническими поверхностными гастритами и хроническими поверхностными гастроудоденитами, что можно объяснить следствием нарушения кровенаполнения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У детей с хроническими эрозивными и гиперпластическими гастроудоденитами чаще проявляли симптомы нарушения микроциркуляции, а именно: наличие феномена «сладжирования» локальный спазм капилляров, патологическую извивистость и изменение калибра капилляров, что можно объяснить следствием вегетативной дисрегуляции, которая в свою очередь сопровождается расстройствами микроциркуляции.

Ключевые слова: дети школьного возраста, хроническая гастроудоденальная патология, слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки, микроциркуляция.

Стаття надійшла: 14.03.18р.

PECULIARITIES OF CHRONIC
GASTRODUODENAL PATHOLOGY COURSE BY
THE STATUS OF PERIPHERAL
MICROCIRCULATION IN CHILDREN
OF SCHOOL AGENechitailo Yu.N., Nechitailo D.Yu., Miheeva T.N.,
Buriak O.H.

We examined 60 children of school age who were hospitalized in the gastroenterological department with a diagnosis of uncomplicated chronic gastroduodenal pathology. All children underwent endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract with assessment of blood supply of the mucous membrane of the stomach and duodenum; the capillaroscopy of the nail bed. During endoscopic research of the mucous membrane of the stomach and duodenum in children with chronic hypertrophic gastritis and chronic with erosions gastroduodenitis observed a more pronounced edema of the mucosa, stasis, and the presence of hemorrhages than in patients with chronic superficial gastritis and chronic superficial gastroduodenitis that can be explained by the result of violation of blood supply of the mucous membrane of the stomach and duodenum. Children with chronic gastroduodenitis had more often symptoms of the microcirculatory disorders: abnormal capillary tortuosity, the existence of the "sludge" phenomenon, local spasm of the capillaries and slowing of blood flow, changes in the capillary, which is understandable consequence of the autonomic dysregulation, which in its turn is accompanied by the hemodynamic changes.

Key words: school-age children, chronic gastroduodenal pathology, the mucous membrane of the stomach and duodenum, microcirculation.

Рецензент Похилько В.І.

DOI 10.26724/2079-8334-2018-3-65-99-102

УДК 616.314-009. 611:615.

Е.В. Ніколішина, А.В. Марченко, І.А. Ніколішин
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», ПолтаваЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДИСКОЛОРИТІВ ЗУБІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ
ВИБІЛЮЮЧИХ СИСТЕМ РІЗНОГО ТИПУ АКТИВАЦІЇ ТА РІЗНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ
ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ

e-mail: ellanikolishyna@gmail.com

В статті надані результати ефективності лікування дисколоритів зубів з використанням вибілюючих систем, що містять різну концентрацію перекису водню та різний тип активації. Для проведення клінічного дослідження було відібрано 27 пацієнтів із середнім ступенем фарбування зубів (С2; А3; D3; В3; А 3,5), яким під час обстеження визначали ТЕР-тест, гігієнічний індекс Green-Vermillion, пробу РМА та індекс інтенсивності гіперестезії зубів (ІГЗ). Аналіз отриманих результатів показав, що професійне вибілювання дисколоритів зубів з використанням вибілюючих систем, що містять різну концентрацію перекису водню та різний тип активації 100% ефективно. Тип активації вибілюючого гелю суттєво не впливає на кінцевий результат. Однак, під час дослідження, встановлено більший відсоток випадків гіперестезії 76,9% в групі де використовували 38% гель хімічної активації, проти 64,3% - де використовували 35% гель з активацією світлом.

Ключові слова: дисколорити, вибілювання, гіперестезія.

Публікація є фрагментом НДР: «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування» (№ державної реєстрації: 0115U001138).

В сучасній естетичній стоматології в останнє десятиріччя з'явився термін «дизайн посмішки», який невід'ємно пов'язаний із красивими білими зубами. Саме колір зубів вважається найбільш важливим критерієм естетики, а одним із найпопулярніших методів отримання білосніжної посмішки є вибілювання зубів. Досягнення сучасної науки розширили можливості естетичної стоматології та дозволяють проводити цю процедуру високоефективно і безпечно.