

УДК: 616.31-06:616.36-002.17.

Політун А.М.¹, Значкова О.А.¹, Головчанська О.Д.²¹Київський медичний університет УАНМ²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

A.M. Politun, O.A. Znachkova, O.D. Golovchanska

Фізіотерапевтичні методи в комплексному лікуванні ускладнень ендодонтичних втручань

Physiotherapy in a Treatment of Complications of the Endodontic Surgery

Резюме У статті наведені результати клінічного дослідження хворих з ускладненнями пломбування кореневих каналів зубів нижньої щелепи. Комплексне лікування таких хворих включало фізіотерапевтичні методи, зокрема низькоенергетичне лазерне випромінювання та діадинамічний електрофорез лікарських засобів. Проведено теоретичне обґрунтування та аналіз доцільності використання запропонованого лікування.

Summary The results of clinical trials of patients with root canals of lower molars obturation complications are presented in the article. Physiotherapeutic methods, in particular, low-energy laser radiation and diadynamic electrophoresis of medicines were used in the complex treatment of these patients. Theoretical reasoning and analysis of expediency of proposed treatment.

Ключові слова фізіотерапевтичне лікування, ускладнення ендодонтичних втручань, низькоенергетичне лазерне опромінення, діадинамічний електрофорез

Key words physiotherapeutical treatment, complications of endodontic treatment, low-energy laser radiation, diadynamic electrophoresis

Кінцевий результат ендодонтичного втручання залежить від успішності і ретельності проведення всіх його етапів: визначення робочої довжини зуба, якості формування та очищення кореневого каналу, герметичності obturaції та адекватності відновлення коронкової частини зуба [1, 3, 9].

Сучасні методи та техніки ендодонтичних втручань дозволяють максимально ефективно сформувати та очистити стінки основних кореневих каналів та продезінфікувати їх [3, 4]. Загальноприйнятою межею при проведенні ендодонтичних маніпуляцій є фізіологічна верхівка кореня зуба. Інструментальне формування та пломбування кореневих каналів у межах їх анатомічної довжини обумовлює мінімальний контакт іригантів, дезінфектантів та ендогерметиків з навколишніми тканинами [9, 13]. Однак особливості анатомічного співвідношення коренів зубів нижньої щелепи з нижньощелепним каналом та помилки на різних етапах ендодонтичного втручання можуть обумовлювати значний контакт силера і нижнього альвеолярного нерва та призводити до розвитку компресійно-токсичної

невропатії з різним ступенем втрати функції [6, 11, 13] (мал. 1).

Відомі способи лікування компресійно-токсичної невропатії передбачають значне медикаментозне навантаження на організм пацієнта. Ін'єкційний та пероральний спосіб введення лікарських препаратів зумовлює узагальнену дію на організм людини в цілому, але не впливає безпосередньо на ділянку виведення силера (*locus morbi*) та тканини у ділянці іннервації нижнього альвеолярного нерва [5, 6]. Патогенетичний підхід до лікування залежно від фази процесу обґрунтований лише у випадку невідкладної допомоги (перші три доби від початку захворювання) [8, 12]. Лікування невропатії нижнього альвеолярного нерва як ускладнення ендодонтичного втручання у віддалені терміни потребує подальшого обґрунтування і дослідження.

Одними з найпоширеніших реабілітаційних засобів, відомих у загальній медицині, є фізичні фактори. Ефективність застосування фізіотерапевтичних методів лікування для зменшення клінічних проявів ускладнень ендодонтичних втручань та віднов-

лення функції нижнього альвеолярного нерва стало метою нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження

До групи спостереження було включено 75 пацієнтів, які у 2009-2011 роках звернулися у Стоматологічний медичний центр НМУ імені О.О. Богомольця з приводу ускладнень ендодонтичних втручань, що виникли внаслідок надмірного виведення пломбувального матеріалу за межі системи кореневих каналів зубів. Хворі звернулися у різні терміни після виникнення захворювання, у тому числі і після хірургічного лікування (усунення надлишково виведеного силера) (мал. 2).

Всі пацієнти пройшли обстеження у Стоматологічному центрі. До комплексного огляду таких пацієнтів були залучені фахівці різних спеціальностей, а саме стоматолог-терапевт, стоматолог-хірург та лікар-невролог. Обстеження включало стандартні методи стоматологічного та неврологічного обстеження, рентгенологічні



Мал. 1 Фрагмент ортопантомограми пацієнтки З., 1979 р.н. (витяг з медичної картки № 4101).
Первинне ендодонтичне лікування зуба 48 перед підготовкою для протезування



Мал. 2. Фрагмент ортопантомограми пацієнтки Ф., 1987 р.н. (витяг з медичної картки № 16647).
Ділянка видаленого зуба 45 та частково усуненого надлишково виведеного силера

методи (прицільні дентальні знімки, ортопантомографію та конусно-променеву комп'ютерну томографію) та стимулюючи електронейроміографію [8]. За даними клініко-функціональних зіставлень встановлювали ступінь втрати функції нерва та динаміку її відновлення у процесі спостереження через 3, 6, та 12 місяців.

Залежно від тривалості дії травматичного чинника в періапикальних тканинах, клінічних проявів та термінів звертання хворих розподілили на 3 клінічні групи. До складу першої групи включили 46 пацієнтів (61,33%) у гострому періоді захворювання, тобто таких, які звернулися за допомогою в перший місяць від початку хвороби. До складу другої групи увійшли 15 хворих (19,93%), які звернулися за допомогою від одного до шести місяців після виникнення ускладнення ендодонтичного втручання (підгострий період), до складу третьої групи увійшли 14 осіб (18,66%), які звернулися за допомогою після шести місяців від початку захворювання (хронічна стадія).

Кожну групу поділили на дві підгрупи залежно від особливостей клінічних проявів ускладнення. До складу пер-

шої підгрупи увійшли пацієнти з проявами невропатії нижнього альвеолярного нерва (зниженою чутливістю шкіри обличчя та слизової оболонки порожнини рота, парестезіями тощо), а другу підгрупу становили хворі з больовим синдромом без таких симптомів (табл. 1).

Для відновлення функції нижнього альвеолярного нерва у комплексній терапії хворих було застосовано курс фізіотерапевтичного лікування для відновлення функціонування нерва і трофіки тканин у зоні порушеної іннервації. Таке лікування дає можливість зменшити медикаментозне навантаження на організм в цілому, вводити лікарські препарати безпосередньо в ділянку ураження за умови неінвазійності.

Для пацієнтів першої та другої клінічних груп фізіотерапевтичне лікування включало:

1. Лазерну терапію — низькоенергетичне лазерне випромінювання напівпровідниковим (діодним) випромінювачем у червоній ділянці видимого діапазону спектра з довжиною хвилі 658 нм, вихідною потужністю 20 мВт, частотою 100 Гц.

2. Діадинамічний електрофорез у

знеболювальному режимі рідких препаратів Актовегін та Мільгама, які вводили через день.

Для пацієнтів третьої клінічної групи фізіотерапевтичне лікування включало:

1. Лазеротерапію — низькоенергетичне лазерне випромінювання напівпровідниковим (діодним) випромінювачем у червоній ділянці видимого діапазону спектра з довжиною хвилі 658 нм, вихідною потужністю 20 мВт, частотою 50 Гц.

2. Діадинамічний електрофорез у стимулювальному режимі рідких препаратів Актовегін та Натрію аденозинтрифосфат, які вводили через день.

Процедури проводили послідовно в один день, тобто за одне відвідування хворий отримував 2 процедури щоденно, крім вихідних, один курс включав 10 відвідувань. За необхідності, яку визначали за даними електронейроміографії, курс лікування повторювали через 3 місяці.

У запропонованій нами схемі фізіотерапевтичне лікування проводили на малому фізіотерапевтичному комплексі Scorpion Dental Optima виробництва фірми «Optica Laser» (Болгарія), свідоцтво про державну реєстрацію № 5235/2006 від 18 липня 2006 р. Вибір комплексу Scorpion Dental Optima обґрунтований його перевагами порівняно з іншими фізіотерапевтичними апаратами (мал. 3).

Діагностично-терапевтичний комплекс Scorpion Dental Optima належить до апаратури IV покоління і складається з головного модуля та набору спеціальних приставок. Призначений для комплексної терапії у спеціалізованих фізіотерапевтичних відділеннях, в окремих стоматологічних кабінетах, також передбачена можливість використання в домашніх умовах.

Усі процедури проводив підготований лікар-стоматолог-фізіотерапевт після комплексного клініко-рентгенологічного та електронейроміографічного обстеження, виявлення протипоказань для використання даних методів за загальним станом соматичного та психічного здоров'я та відсутності алергічних реакцій на лікарські препарати. Групу порівняння становили 23 пацієнти з ускладненнями внаслідок ендодонтичних втручань, яким фізіотерапевтичне лікування не проводили через наявність протипоказань.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати лікування оцінювали за даними опитування, клініко-функціональних зіставлень у динаміці ліку-

Таблиця 1. Розподіл хворих з ускладненнями ендодонтичних втручань

	Перша клінічна група		Друга клінічна група		Третя клінічна група	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Перша підгрупа (з проявами невропатії нижнього альвеолярного нерва)	26	34,67%	8	10,66%	7	9,33
Друга підгрупа (з больовим синдромом)	20	26,66%	7	9,33%	7	9,33
Разом	46	61,33%	15	19,93%	14	18,66%

вання через три, шість місяців та один рік. Позитивним результатом вважали зникнення або зменшення клінічних проявів, покращення функціональних показників. Оцінку якості лікування проводили за критеріями «клінічне одужання», «значне покращення», «незначне покращення».

Після року спостереження у хворих першої групи клінічне одужання встановлено у 26 хворих (36,67%), із них у 10 хворих (38,46%) першої підгрупи та 16 осіб (61,54%) другої підгрупи. Значне покращення зафіксовано у 12 пацієнтів (16%), з них у 10 осіб (83,33%) першої підгрупи та 2 хворих (16,67%) другої підгрупи. Незначне покращення самопочуття спостерігали у 8 хворих (10,67%), з них у 6 осіб (75%) з першої підгрупи та у 2 пацієнтів (25%) другої підгрупи. У хворих з другої клінічної групи клінічне одужання спостерігали у 5 хворих (6,67%), 2 особи (40%) з яких входили до складу першої підгрупи та 3 хворих (60%) – до другої підгрупи. Значне покращення самопочуття констатовано у 6 хворих (8%), з них 4 особи (66,67%) з першої підгрупи та 2 пацієнти (33,33%) з другої підгрупи. Незначне покращення самопочуття зафіксовано у 4 випадках (5,33%), 2 з яких (50%) становили хворі першої підгрупи та 2 особи (50%) з другої підгрупи.

У хворих третьої групи клінічне одужання виявлено в 1 пацієнта (1,33%) другої підгрупи. Значне покращення самопочуття спостерігали у 7 хворих (9,33%), 3 (42,86%) з яких входили до складу першої підгрупи та 4 хворих (57,14%) – до складу другої підгрупи. Незначне покращення констатували у 6 хворих (8%), 4 (66,67%) з яких належали до першої підгрупи та 2 (33,33%) – другої підгрупи (табл. 2).

Середні результати відновлення провідності нервовими волокнами нижнього альвеолярного нерва за даними електронейроміографії в динамічному нагляді лікування пацієнтів з компресійно-токсичною невропатією нижнього альвеолярного нерва становить 7,89%.

У гострому періоді розвитку ускладнень ендодонтичних втручань лікування спрямовано на зменшення внутрішньостовбурового набряку та гіпертензії, профілактику глибоких деструктивних процесів у нервових волокнах, відновлення порушеного метаболізму нерва, зменшення гіпоксії тканин, відновлення периферійного кровотоку, який порушується внаслідок компресії [7, 12]. При первинній дії травмуючого чинника виникає



Мал. 3 Діагностично-терапевтичний комплекс Scorpion Dental Optima

гострий біль як сенсорна реакція, при збереженні дії фактора тривалий час гострий біль переходить у хронічний. У цій ситуації важливо якнайшвидше усунути гострий біль та запобігти його переходу в хронічний, який усунути набагато важче [6, 13].

Лікування хворих у підгострому періоді захворювання спрямовано на прискорення та посилення відновних процесів, усунення больових відчуттів.

При тривалому терміні перебуванні ендодонтитика в періодичальних тканинах причинного зуба (хронічна стадія захворювання) процес демієлінізації наростає у всіх нервових волокнах, що призводить до стійкого порушення функцій у зоні його іннервації [6, 13]. У денервованих тканинах відбуваються глибокі розлади та трофічні порушення аж до незворотних змін, в першу чергу, у відповідній половині нижньої губи [5, 12]. Лікування таких хворих спрямовано на стимуляцію процесів репаративної регенерації (у першу чергу, реіннервацію та ревазуляризацию), запобігання виникненню трофічних змін та на відновлення функції уражених тканин [5, 6].

Комплекс лікувальних заходів розробили відповідно до фази розвитку патологічного процесу, враховуючи їх патогенетичні механізми.

При комбінованому використанні фізичних факторів і лікувальних засобів має місце не тільки їх загальний ефект, але й значне посилення очікуваного терапевтичного ефекту, що В.С. Улащик [16] назвав інтерференцією лікувальних засобів. Комбіноване застосування лікувальних фізичних методів і медикаментозних засобів дає змогу впливати одночасно на декілька ланок патогенезу захворювання. Це підвищує функціональні можливості елементів нервової системи, що збереглися, сприяє розвитку компенсаторних можливостей, симптоматично впливає на такі прояви запального процесу, як біль та набряк. Лікування, при якому враховується дія як фізичних факторів, так і фармакологічних препаратів, видається нам раціональним [4, 16].

Діадинамічні струми сприяють глибокому проникненню лікарських речовин у тканини організму, прискорюють їх дифузю в кров та потенціюють їх дію. Найбільше практичне значен-

Таблиця 2. Результати комплексного лікування ускладнень ендодонтичних втручань

	Перша група		Друга група		Третя група	
	1 підгрупа	2 підгрупа	1 підгрупа	2 підгрупа	1 підгрупа	2 підгрупа
Клінічне одужання	10 (38,46 %)	16 (61,54 %)	2 (40 %)	3 (60 %)	-	1 (100 %)
Значне покращення	10 (83,33 %)	2 (16,67 %)	4 (66,67 %)	2 (33,33 %)	3 (42,86 %)	4 (57,14 %)
Незначне покращення	6 (75 %)	2 (25 %)	2 (50 %)	2 (50 %)	4 (66,67 %)	2 (33,33 %)
Разом	26	20	8	7	7	7

ня при діадинамічному електрофорезі мають наступні чинники:

- чергування напівсинусоїдальних струмів короткого та довгого періодів зменшує адаптацію тканин до електричного струму;

- подразнення вегетативних волокон призводить до посилення кровообігу та трофіки, вивільнення гістаміну та інших тканинних стимуляторів;

- у тканинах утворюється депо іонів, які мають фармакологічну активність, що обумовлює більшу тривалість дії лікарського препарату;

- утворення високої локальної концентрації лікарських речовин без насичення ними крові та інших елементів організму;

- безболісність введення лікарських засобів та відсутність деформації тканин, які виникають у разі використання ін'єкційних методів фармакотерапії;

- менша вірогідність виникнення побічних реакцій судинних порушень, активації регіонарної та мікроциркуляції [15, 16].

Вибір лікарських препаратів обумовлений клінічним діагнозом, патогенетичними механізмами розвитку захворювання та фармакологічними властивостями медикаментів.

Актовегін – препарат, що активує обмін речовин та стимулює процеси регенерації шляхом прискорення транспорту та накопичення глюкози та кисню у тканинах, покращує їх внутрішньоклітинну утилізацію та обумовлює антигіпоксичну дію. Ці процеси сприяють оптимізації енергетичного метаболізму клітини. Важливим ефектом Актовегіну є також покращення кровопостачання.

Мільгама – комплексний препарат вітамінів групи В, до складу якого входять тіаміну гідрохлорид 100 мг, піридоксину гідрохлорид 100 мг, ціа-

нокобаламін 1000 мкг, в комбінації з лідокаїну гідрохлоридом 20 мг. Мільгама сприяє швидкому покращенню обміну речовин у нервовій тканині при патологічних станах, пов'язаних з абсолютною або відносною недостатністю цих вітамінів. Відновлює провідність руховими, чутливими та вегетативними нервовими волокнами, а також покращує синаптичну передачу.

Натрію аденозинтрифосфат є природною складовою частиною тканин організму людини. Він бере участь у багатьох процесах обміну речовин, є одним з медіаторів нервового збудження в периферійній та центральній нервових системах, покращує проведення нервового збудження, зменшує спазм периферійних судин, позитивно впливає на перебіг дистрофічних та атрофічних процесів у м'язах [10].

Низькоенергетичне лазерне випромінювання – немедикаментозний метод лікування, біологічні ефекти якого проявляються протизапальною, протинабряковою, знеболювальною, регенеруючою, десенсибілізуючою, імунокорегуючою дією. Серед застосовуваних фізіотерапевтичних методів впливу на організм людини низькоенергетичне лазерне випромінювання є найоптимальнішим. Воно викликає не тільки місцеву реакцію клітин, але й нормалізує функцію всього організму, активізує біосистему, не пошкоджуючи її, призводить до активації процесів життєдіяльності організму. Суттєвою також є стимулювальна дія лазерного випромінювання на відновлювальні процеси в тканинах, яка обумовлена покращенням кровообігу у ділянці опромінення, активацією обміну речовин, підвищенням рівня синтезу білків та

нуклеїнових кислот, впливом на гуморальний і клітинний імунітет та метаболічні процеси в клітинах [2, 14].

Застосування лазерної терапії в комплексному лікуванні дозволяє зменшити дози медикаментозних препаратів, підвищити адаптацію організму до стресових факторів та фізичного перевантаження, поліпшити якість життя хворих та здійснити первинну профілактику розвитку деструктивних явищ у щелепно-лицевій ділянці.

Висновки

Отже, виведення ендогерметика в канал нижньої щелепи – важке ускладнення ендодонтичного лікування. Як доводять результати нашого дослідження, використання фізіотерапевтичних методів у комплексному лікуванні ускладнень пломбування корневих каналів зубів є патогенетично спрямованим, сприяє скороченню термінів лікування та підвищенню його ефективності. Фізіотерапевтичне лікування є неінвазивним та медикаментозно невантаженим і як наслідок економічно вигідним. Динамічний контроль стану пацієнтів при диспансерному нагляді в різні терміни захворювання дає можливість корегувати курс лікування відповідно до даних обстежень.

Курсове застосування лікувальних фізичних чинників у комплексі з медикаментами продовжує період ремісії без ефекту кумуляції внаслідок покращення адаптації систем і органів до фізіологічних та фізичних впливів і збереження ефекту післядії за рахунок формування неспецифічної умовно-рефлекторної реакції у відповідь на регулярні (при курсовому лікуванні) низькоінтенсивні фізичні впливи.

Література

1. Бублий Т.Д. Надежная герметизация корневых каналов — залог успеха эндодонтического лечения / Т. Д. Бублий // *Стоматолог* — Харьков. — 2002. — №6. — С. 23 – 24.
2. Бургонский В.Г. Теоретические и практические аспекты применения лазеров в стоматологии / В. Г. Бургонский // *Современная стоматология*. — 2007. — №1. — с. 10 – 15.
3. Бьюкенен Л. С. Формирование и очистка корневого канала / Л. С. Бьюкенен // *Дент Арт*. — 2003. — № 4. — С. 19 – 23.
4. Волошина О.Б. Принципи сполученого застосування фармакологічних препаратів і лікувальних фізичних чинників / О. Б. Волошина // *Вестник физиотерапии и курортологии*. — 2002. — №1. — С. 82 – 87.
5. Головчанська О.Д. Тяжкі ускладнення пломбування корневих каналів зубів, причини виникнення, особливості клініки, лікування та попередження : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.Д. Головчанська. — Київ, 2006. — 20 с.
6. Григорьянц Л.А. Клиника, диагностика и лечение больных с выведенным пломбирочным материалом за пределы корня зуба / Л. А. Григорьянц, В. А. Бадалаян, М. В. Томазов // *Клиническая стоматология*. — С.-П., 2001. — №1. — с. 38-41.
7. Декл. патент №41223 Україна МПК 7 А61 К 31/00 Спосіб лікування невротії нижнього альвеолярного нерва, що виникла як ускладнення ендодонтичного втручання / А. М. Політун, О. Д. Головчанська, Г. В. Левченко, Т. К. Бешарова; заявник та патентовласник Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. — №2001042506; заяв. 13.04.2001; надрук. 15.08 2001, Бюл. №7, 2001.
8. Декл. патент №8820 Україна МПК 7 А 61 В 10/00 Спосіб оцінки стану нижнього альвеолярного нерва у хворих на компресійно-токсичну невротію / А. М. Політун, Т. К. Бешарова, Г. В. Левченко, Т. М. Костюк; заявник та патентовласник

- Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. — №и200502031; заяв. 04.03.2005; надрук. 15.08.2005, Бюл. №8, 2005.
9. Зорян А. Методики obturации и критерии качества пломбирования корневых каналов / А. Зорян, А. Овсеян, В. Чиликин // СтоматологИнфо. — 2007. — №5. — С. 31-36.
 10. Компендиум 2009 — лекарственные препараты. / Под ред. В. Н.Коваленко, А. П. Викторова — К.: Морион, 2009. — 1200 с.
 11. Коробкеев А.А. Особенности анатомо-топографического строения нижней челюсти как одного из факторов риска выведения пломбировочного материала в канал нижней челюсти / А. А. Коробкеев, С. В. Сирак, А. А. Михайленко // Медицинский Вестник Северного Кавказа. — 2008. — №1. — с. 45 – 49.
 12. Политун А.М. Неотложная помощь больным в остром периоде компрессионно-токсической невралгии нижнего альвеолярного нерва / А. М. Политун, Т. К. Бешарова, А. Д. Головчанская, А. В. Левченко // Современная стоматология. — 2001. — №4. — с. 11 – 14.
 13. Політун А.М. Виведення пломбувальних матеріалів за межі кореневих каналів зубів як тяжке ускладнення ендодонтичного лікування / А. М. Політун, Т. К. Бешарова, О. Д. Головчанська, Г. В. Левченко // Вісник Української ендодонтичної асоціації. — 2007. — №2(3). — с. 4 – 5.
 14. Прохончуков А.А. Лазеры в стоматологии / А. А. Прохончуков, Н. А. Жижица. — Москва: Медицина. — 1986. — 176 с.
 15. Самосюк И.З. Электротерапия и электропунктура в медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии / И. З. Самосюк, Н. В. Чухраев, Н. И. Самосюк [и др.] — К.: Медтехника, 2006. — 292 с.
 16. Улащик В.С. Общая физиотерапия / В. С. Улащик, И. В. Лукомский // Минск, Книжный дом. — 2003. — с. 86 – 94.



ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС 74346

Оформити передплату на журнал «НОВИНИ СТОМАТОЛОГІЇ»
Ви можете у будь-якому відділенні зв'язку України,
а також у передплатних агентствах

Меркурій	м. Дніпропетровськ	(056) 744-16-61, 744-72-87, 778-52-85	KSS	м. Кривий Ріг	(054) 40-07-59, (067) 487-41-61
Фактор-Преса	м. Львів	(032) 241-83-91, 241-83-92	KSS	м. Луганськ	(0642) 71-07-02
Фактор-Преса	м. Харків	(057) 717-71-99	KSS	м. Луцьк	(0332) 28-52-67 (067) 691-64-23
Ідея	м. Донецьк	(062) 381-09-32, 304-20-22	KSS	м. Миколаїв	(0512) 58-00-99, 46-42-58
ПП Паращак	м. Дрогобич	(0342) 41-54-74	KSS	м. Одеса	(048) 777-03-55, (067) 242-68-25
ПП Філіпова	м. Івано-Франківськ	(0342) 50-13-20	KSS	м. Полтава	(0532) 50-93-10, 50-65-15
ПП Потьомкіна	м. Хмельницький	(0382) 78-33-78	KSS	м. Рівне	(0362) 43-20-12, 60-81-63
САММІТ	м. Київ	(044) 521-40-50, 521-23-74	KSS	м. Севастополь	(0692) 54-90-64
САММІТ-Львів	м. Львів	(032) 245-22-04, 298-04-80	KSS	м. Сімферополь	(0652) 70-99-09, 62-07-56
САММІТ-Крим	м. Сімферополь	(0652) 51-56-55, 51-63-56	KSS	м. Суми	(0542) 61-95-50
САММІТ-Крим	м. Ялта	(0654) 32-41-35	KSS	м. Тернопіль	(0352) 23-51-51, 43-04-27
САММІТ-Харків	м. Харків	(057) 714-22-60, 714-22-61	KSS	м. Херсон	(0552) 26-63-59
САММІТ	м. Кременчук	(0536) 79-13-28	KSS	м. Черкаси	(0472) 56-97-69
САММІТ	м. Полтава	(0532) 63-68-40	KSS	м. Чернігів	(0462) 60-45-13
САММІТ	м. Дніпропетровськ	(056) 370-44-23, 370-45-12	KSS	м. Чернівці	(0372) 58-40-57, 90-40-40
KSS	м. Вінниця	(0432) 69-79-77	KSS	м. Ялта	(067) 506-27-73
KSS	м. Запоріжжя	(061) 220-96-00, 213-49-50	НойХау	м. Миколаїв	(0512) 47-35-03, 47-20-03, 47-25-47
KSS	м. Кам'янець-Подільський	(03849) 2-43-93	Західний кур'єр	м. Львів	(032) 221-21-01
KSS	м. Кіровоград	(0522) 27-02-92	Прес максимум	м. Львів	(032) 297-15-15, 297-02-18
KSS	м. Львів	(032) 241-91-65, 241-91-66	Циндра	м. Львів	(032) 297-15-15