



Борисенко А.В., 2010; Доля Е.І., Рябоконт Є.М., 2010]. Дослідження в цьому плані направлені на пошук ефективного методу ендодонтичного лікування з вибором якісного пломбувального матеріалу [Політун А.А., 2007; Піляєв А. Г., 2008].

Основними причинами виникнення періодонтиту є мікрофлора з різним рівнем патогенної дії, зниження загальної резистентності та імунної реактивності організму, на фоні яких зростає агресивність умовно-патогенної мікрофлори ротової порожнини [Жорняк О.І., 2010; Graves D., 2008; Lukić A., Danilović.V., 2008; Sakamoto M., Siqueira J.F., 2007].

Метою дослідження було покращання принципів лікування хронічних форм періодонтиту та радикулярних кіст щелеп залежно від клінічного перебігу на основі застосування препаратів антимікробної та протизапальної дії.

За період дослідження нами проведено лікування 32 пацієнтів, котрих було поділено на дві групи: основна – лікування запропонованим нами методом та контрольна – традиційне лікування.

Аналіз клінічних випадків свідчить про достовірну ефективність застосування препаратів на основі хлорфенолу з камforoю у якості внутрішньоканальної антибактеріальної пов'язки при лікуванні хронічних форм періодонтиту та радикулярних кіст щелеп. Вже на другий день лікування у пацієнтів основної групи перкусія причинного зуба була менш болюча, а на третій день взагалі негативна, тоді як у пацієнтів контрольної групи перкусія була менш чутлива на четвертий день, а від'ємна на сьомий. Даний клінічний ефект у пацієнтів основної групи досягався без прийому анальгетиків та загальної протизапальної терапії, тоді як пацієнти контрольної групи приймали по 0,2 г препарату «Німесил» всередину на протязі 3-4 днів лікування.

Кузняк Н.Б., Шостенко А.А.

ПОСЛІДОВНЕ КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Широке розповсюдження генералізованого катарального гінгівіту серед населення, особливо молодого віку, з частими загостреннями запального процесу в тканинах ясен та недостатньо ефективного лікування, становлять важливу, остаточно нез'ясовану проблему сучасної наукової та практичної стоматології. Сучасні труднощі комплексного лікування захворювання пов'язані з багатогранністю ланок та механізмів, що включені в патологічний процес, який формується в тканинах ясен.

Метою дослідження стало підвищення ефективності комплексного лікування хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення.

У дослідженні брали участь 49 пацієнтів з діагнозом хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення. На підставі даних клінічного обстеження хворі були розподілені на основну (1 група) – 27 осіб та контрольну (2 група) – 22 особи. Хворим 2 групи призначали антибактеріальну терапію, місцево 2% р-н хлоргексидину біглюконат; професійні гігієнічні заходи; імунорегуючу терапію – глюкозамінілмурамідліпептид по 1 т. 1 раз на добу, курсом 10 днів. Хворим 1 групи (основної) призначали професійні гігієнічні заходи; антибактеріальну терапію, обробка ділянок механічних втручань 0,2% р-ном хлоргексидину біглюконат; для пригнічення грибкової мікрофлори та відновлення нормобіозу живі мікробні клітини *Bacillus subtilis* та *Bacillus licheniformis* 2 рази на добу; протизапальна терапія. Імунологічні препарати на першому етапі лікування не використовували. Другий етап лікування хворих 1 групи здійснювалось після ліквідації активного запального процесу в тканинах ясен шляхом застосування глюкозамінілмурамідліпептиду по 1 мг 1 раз на добу, курсом 10 днів. Третій етап лікування хворих включав профілактику рецидивів захворювання у віддаленому періоді шляхом проведення, за показами, професійних гігієнічних заходів та повторного курсу імунотерапії. Вибір способу імунотерапії проводили в залежності від клініко-лабораторних даних і клінічного стану ясенних тканин. Можна зробити висновок, що на першому етапі лікування хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення доцільніше проводити поряд з раціональними професійними заходами місцеву антибактеріальну терапію хлоргексидинвмісними засобами в комбінації з пробіотиком. Імунотерапію хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт в стадії загострення рекомендується здійснювати після усунення активних запальних явищ в тканинах ясен.

Використання глюкозамінілмурамідліпептиду в дозі 1 мг на добу, протягом 10 днів перорально на другому етапі лікування і у профілактичних цілях дозволяє прискорити ліквідацію основних симптомів захворювання.

Мандзюк Т.Б.

ПРИНЦИПИ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ІНДИКАТОРІВ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Патологія тканин пародонту у дітей зумовлена надмірною розповсюдженістю стоматологічних захворювань. Згідно даних експертів ВОЗ у 80% дитячого населення наявні окремі ознаки або комплекс