дослідження у хворих на ХКГ І ступеня було в 1,42 рази (p<0,001) вище норми, що характеризує стан гігієни РП як незадовільний. У хворих на ХКГ ІІ ступеня середнє значення цього показника при первинному обстеженні було в 1,24 рази (p<0,05) вище, ніж у групі пацієнтів із І ступенем ХКГ. Абсолютне значення індексу Федорова Володкіної відповідає градації 2,6-3,8 і характеризує стан гігієни РП як поганий. Поширеність запальних змін у тканинах пародонта при наростанні тяжкості процесу підтверджується значеннями індексу РМА, який у хворих на ХКГ І ступеня тяжкості до лікування становив 40,81±1,12 %, а у хворих на ХКГ ІІ ступеня тяжкості – 64,31±1,32 %, різниця між ними становила 23,50 % (p<0,05) й свідчила про те, що поширеність запалення зростала в 1,60 рази.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що при ортодонтичному лікуванні брекет-технікою спостерігається прогресуюче погіршення гігієни ротової порожнини, що тісно пов'язано з наростанням запалення в тканинах пародонта.

Кузняк Н.Б.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ВИКОРИСТАННЯМ СИСТЕМНОЇ ЕНЗИМОТЕРАПІЇ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Буковинський державний медичний університет

Однією із основних невирішених проблем в тканинах пародонта залишається гнійно-запальний процес, що важко піддається комплексній терапії. Він ініціює тяжкі деструктивні пошкодження в тканинах пародонтального комплексу, що призводить до швидкої втрати зубів. Прогрес у вивченні патогенезу генералізованого пародонтиту, розробка сучасних методів діагностики, адекватне лікування новими високоефективними лікувальними засобами, дозволять досягти беззаперечних успіхів в боротьбі з цим захворюванням.

Метою дослідження було підвищення ефективності комплексного лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит з гнійними вогнищами в пародонтальних тканинах шляхом використання стандартного комплексного лікування в комбінації з системною ензимотерапією. Основу дослідження склали власні результати обстеження і лікування 69 хворих на хронічний генералізований пародонтит І - ІІ ступеня тяжкості. Серед них було 52 (53,1%) жінки і 46 (46,9%) чоловіків.

Для вивчення ефективності використовуваних методів лікування були сформовані 2 групи: І-група (основна) 35 осіб, ІІ-група (порівняння) 34 особи, ідентичного віку, статі, важкості захворювання, порівнюваними лабораторними показниками. Пацієнти групи порівняння отримували традиційне комплексне лікування за наступною схемою: проведення професійних гігієнічних заходів, усунення місцевих шкідливо-діючих факторів. Загальне антибактеріальне лікування складалося з використання амоксиклаву, в загальноприйнятому дозуванні. Кратність прийому 6-7 днів. Для очищення ділянок гнійного ураження від запального детриту в схему стандартного лікування хронічного генералізованого пародонтиту включали такі ензими, як трипсин і лидаза. Лідазу вводили внутрішньом'язево по 10 мг, а трипсин по 65 ОД в вигляді інстиляцій в пародонтальні кишені. Кратність введення 6-7 днів. Основна група отримувала комплексне лікування (за такою ж схемою) в поєднанні з системною ензимотерапією Вобензимом, що замінило місцеве використання трипсину та внутрішньом'язеве лідази. Вобензим призначали по 4 таб. / 3 рази на день протягом першого тижня лікування, наділі по 3 таб. на добу, курсом 6-7 днів.

Після проведення комплексної терапії, з використанням Вобензиму, у 34 хворих основної групи (І група), реєстрували скорочення часу, необхідного для ліквідації гнійно-запального процесу в пародонті. Вже на 4-5 добу лікування достатній регрес основних клінічних симптомів запалення в яснах і ліквідація піореї з пародонтальних кишень спостерігалося у 85,3% пацієнтів. У хворих групи порівняння описана позитивна динаміка з боку клінічних показників реєструвалася лише на 9-10 добу і у меншого числа осіб (76,5% випадків). До кінця першого тижня від початку лікування у 97,5% хворих основної групи

встановлено відсутність суб'єктивних і об'єктивних ознак гнійно-запального процесу в тканинах ясен, а в групі порівняння лише на 12-14 добу у 82,5% пролікованих пацієнтів.

Таким чином, додаткове включення Вобензиму в стандартну комплексну терапію хронічного генералізованого пародонтиту дозволяє підвищити ефективність лікувальних заходів: домогтися більш повного усунення етіологічних і патогенетичних ланок та регресу клінічних симптомів захворювання. Під його впливом клініко-лабораторна реабілітація настає в терміни на 5,4 ± 0,2 дні швидше, а ремісія протягом року має місце у 91,7% випадків.

Муринюк Т.І.

ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ ВИДАЛЕННЯ ЗАРОДКІВ НИЖНЬГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРА ІЗ ФРАГМЕНТУВАННЯМ ТА ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ФОРМИ ЗАРОДКА У ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 12-14 РОКІВ

Кафедра стоматології дитячого віку
Буковинський державний медичний університет

Ретенція та дистопія третіх молярів зустрічається в 35-50 % населення та є однією з передумов у формуванні цілої низки ортодонтичних проблем. Окрім утруднене прорізування зубів мудрості призводить до розвитку запальних та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки. Операція видалення третього моляра є однією з найпоширеніших у практиці хірурга-стоматолога та викликає великий інтерес з точки зору практичної медицини, тому вивчення та оцінка стану зачатків третіх молярів, їхнього впливу на формування прикусу та стан зубощелепної системи є актуальними та перспективними, а методи оперативного видалення третіх молярів постійно удосконалюються та розширюються покази та методики їхнього проведення.

Метою дослідження є підвищення ефективності хірургічного етапу лікування ортодонтичних хворих шляхом оптимізації вибору методу видалення третій молярів на підставі аналізу клінічних, рентгенологічних та імунологічних даних. Нами було обстежено 32 особи віком від 12-14 років (15 чоловічої та 17 жіночої статі), які були направлені лікарем-ортодонтом для видалення нижніх третіх молярів за ортодонтичними показаннями.

На правій стороні зародки видалялись через зменшене вікно доступу та фрагментування коронки, зліва видалення проводилось із повним розкриттям кортикальної пластинки для видалення цілісного зародка. Усім досліджувальним особам було призначено однакову медикаментозну терапію. Проводилось вимірювання глибини ясенної борозди по дистальному та щічному краю парадонтальним зондом перед операцією і на 14-й та 21-й дні, а також на 3-й день проводилось вимірювання набряку.

Отже, встановлено середній час видалення із фрагментуванням зародка становив 13 хв. 31 с., а зі збереженням цілісності зародка 15 хв. 9 с.

Павлов Ю.О.

МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

Кафедра стоматології дитячого віку
Буковинський державний медичний університет

У сучасній стоматології питання ефективного, якісного та надійного відновлення твердих тканин зубів, зокрема фронтальної групи, залишається актуальним. На сьогодні для прямих реставрацій широко використовують композитні пломбувальні матеріали. Однак певна частина виготовлених конструкцій потребує корекції або заміни через виникнення дефектів або ускладнень.

Метою роботи була оцінка якості реставрацій фронтальної групи зубів та обгрунтування методики їх виконання.

Проведено обстеження 20 пацієнтів, у яких оцінювали 44 реставрації фронтальних зубів, проведено клінічну та інструментальну оцінку твердих тканин, оцінку якості реставрацій за модифікованими критеріями USPHS Ryge (анатомічна форма, крайова