



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 радикальних 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 радикальних 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 лобу, 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 грибової 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



симптомів захворювань тканин пародонту і, нажаль, досі не існує досвіду повної ліквідації даного захворювання. В даний час в практичній охороні здоров'я мало уваги приділяється поведінковим факторам дітей шкільного віку, що часто можуть бути основними причинами недостатньої ефективності медичних програм первинної профілактики. Ефективним інструментом для виявлення можливих взаємозв'язків поведінкових факторів ризику і стоматологічного статусу дітей являється система EGONID – 2005 Європейська глобальна система індикаторів стоматологічного здоров'я, відповідно до якої групою експертів по стоматології рекомендовано 40 індикаторів, які включають суб'єктивні та об'єктивні критерії.

Основною метою дослідження було визначення стоматологічного статусу дітей з використанням Європейських індикаторів та можливих взаємозв'язків з поведінковими чинниками ризику виникнення захворювань тканин пародонту.

Нами були проведені стоматологічні огляди двох груп дітей по 100 чоловік 12 та 15 років, анонімне анкетування школярів, визначення кровоточивості ясен, необхідності планового та невідкладного лікування, а також аналіз отриманих результатів.

Пародонтальний статус у дітей, згідно з рекомендаціями ВООЗ (2013) і системи EGONID-2005 визначається за наявністю кровоточивості ясен при легкому зондуванні зубоясенної борозни за допомогою пародонтального зонда з кулькою на кінчику. У досліджених нами дітей поширеність кровоточивості ясен, як симптому хронічного гінгівіту або початкової ознаки патології пародонту, визначена на рівні 45% і 49% у школярів 12-ти і 15-ти років, що відповідає середньому рівню поширеності хвороб пародонта у дітей. Патологічні кишені у дітей до 15-18 років визначати не рекомендується. Таким чином, кровоточивість ясен – основний індикатор пародонтального статусу і у дослідженого нами контингенту школярів він досить виражений і вказує на недостатню ефективність профілактики хвороб пародонту у дітей. У даній роботі було важливо визначити детермінанти хронічних гінгівітів у школярів, що є неодмінною умовою для проведення профілактичної роботи. Також нами були визначені можливі взаємозв'язки рівня гігієни порожнини рота та поширеності гінгівітів серед школярів. Так, у 12-річних дітей поширеність кровоточивості ясен була 45% при індексі ОНІ-S 1,2 (задовільний); у 15-річних підлітків поширеність кровоточивості ясен збільшилася на 4% до рівня 49%, що супроводжувалося збільшенням ОНІ-S на 0,1 од. з переходом в категорію близькою до незадовільної гігієни рота, 34-38% школярів потребували профілактики, тоді як поширеність хронічних гінгівітів у них була 45-49%, гігієна рота була близька до незадовільної, а багато дітей взагалі не чистили зуби (22-27%). Таким чином, не тільки стоматологічний статус і явні детермінанти хвороб визначають потребу в профілактиці, але й ряд суб'єктивних індикаторів.

Одним з найважливіших суб'єктивних індикаторів, що характеризує здоровий або нездоровий спосіб життя і має пряме відношення до створення сприятливих умов для виникнення детермінантів хвороб (надлишку мікробного зубного нальоту і тривалої ретенції субстрату для кислотоутворюючих бактерій) є дотримання рекомендованого режиму чищення зубів 2 рази в день. Визначено, що задовільний показник рівня гігієни (ОНІ-S = 1,1) у 12-річних школярок перейшов в категорію близьку до незадовільної (ОНІ-S = 1,4) у старшокласників. Очевидною причиною погіршення гігієни рота у досліджених дівчаток було значне (в 2 рази) зменшення відсотка 15-річних школярок, які дотримуються рекомендований режим чищення зубів – до 34% від числа анкетованих. Таким чином, суб'єктивний індикатор виявив, щонайменше одну з можливих причин підвищення поширеності хронічних гінгівітів. Підтвердженням цього є наступні результати: при значно більшому (в 2 рази) відсотку 12-річних дівчаток, які практикують дворазове чищення зубів (67%), в порівнянні з 15-річними школярками (34%), поширеність кровоточивості ясен у них була на 16% меншою: 59% і 75% у 12-ти і 15-тирічних дівчаток відповідно.

Отже, нами вперше в Полтаві була апробована міжнародна система EGONID - «Глобальна європейська програма розвитку індикаторів стоматологічного здоров'я», що включає комплекс об'єктивних і суб'єктивних критеріїв оцінки стоматологічного статусу і факторів ризику виникнення основних стоматологічних захворювань.

Аналіз показників об'єктивних і суб'єктивних індикаторів стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку дозволили встановити, що кровоточивість ясен визначалася у кожного другого школяра 12-ти і 15-ти років, були визначені чіткі взаємозв'язки гігієни рота, режиму чищення зубів і частоти вживання солодких напоїв з даними стоматологічного статусу дітей, що визначає практичну значимість вказаних детермінантів хвороб тканин пародонта для оптимізації програм профілактики на комунальному і індивідуальному рівнях.

Отримані в цьому дослідженні дані дозволяють рекомендувати систему EGONID для комплексної оцінки стоматологічного здоров'я і його чинників серед дітей шкільного віку, для систематичного моніторингу медичної ефективності програм первинної профілактики карієсу зубів і хвороб пародонту, для оцінки якості стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Остафійчук М.О., Батіг В.М.
АНТИДИСБІОТИЧНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕННЯХ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ

Кафедра терапевтичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Дисбактеріоз виникає у результаті порушення рівноваги кишкової мікрофлори через низку можливих