



сподіватися на ефективну та довговічну реставрацію. Дуже часто після закінчення препарування каріозних порожнин на дні та стінках порожнини залишається демінералізований та інфікований дентин, що значно погіршує адгезію реставраційних матеріалів до твердих тканин зуба. Провести препарування каріозної порожнини повноцінно, не залишивши інфікованого дентину допомагає застосування карієс – маркерів. Карієс – маркер «Ізумруд» виробництва фірми «Латус» (Україна) являє собою рідину зеленого кольору, до складу якої входять барвник, поверхнево – активний посій, активатор та наповнювач. Методика застосування карієс – маркера досить проста та доступна. Після препарування каріозної порожнини вона висушується і в порожнину наноситься карієс маркер на 10 сек. Потім зуб промивається водою. Карієс – маркер з'єднується з денатурованим колагеном, що міститься в інфікованому дентині та зафарбовує його. Це дозволяє візуально визначити наявність інфікованого дентину в каріозній порожнині та провести повноцінне препарування.

Нами було проведено анонімне інтернет – опитування 33 лікарів стоматологів, в процесі якого було поставлено запитання: чи використовуєте Ви карієс – маркер в процесі препарування каріозних порожнин? Із 33 лікарів завжди використовують карієс – маркер 9 (27,3%), не використовують його 13 (39,4 %), застосовують інколи – 11 (33,3 %). Результати опитування свідчать про те, що майже половина лікарів ніколи не використовує карієс – маркер при лікуванні карієсу, покладаючись тільки на власний досвід та тактильні відчуття. Такий підхід породжує сумніви у високій якості препарування та довговічності реставрацій, виконаних без застосування карієс – маркера. Варто більш широко застосовувати карієс – маркер в процесі препарування каріозних порожнин, що дозволить покращити якість лікування.

В подальших дослідженнях планується дослідити антимікробну активність карієс – маркера «Ізумруд» з метою використання його для антисептичної обробки каріозної порожнини перед пломбуванням.

Кузняк Н.Б., Дроник І.І. **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ** **ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

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

Значний прогрес у вивченні патогенезу генералізованого пародонтиту, в розробці сучасних методів діагностики, адекватне лікування новими високоєфективними лікувальними засобами, дозволили досягти беззаперечних успіхів в боротьбі з цим захворюванням. Однак, однією із основних проблем залишається гнійно-запальний процес в тканинах пародонта, що важко піддається комплексній терапії та який ініціює тяжкі деструктивні пошкодження в тканинах пародонтального комплексу, що призводить до швидкої втрати зубів.

Метою дослідження стало підвищення ефективності комплексного лікування хворих на хронічний генералізований пародонти.

Для вивчення ефективності методів лікування були сформовані 2 групи хворих (по 18 осіб кожна), ідентичного віку, статі, з однаковою тяжкістю захворювання і порівняними лабораторними показниками. Хворим основної групи призначали: трипсин - 10 мг в/м; гіалуронідазу - 64 ОД в 10 мл 0,5% розчину новокаїну у вигляді інстиляцій в пародонтальні кишені протягом 7 днів); амоксицилін та клавуланову кислоту - 875/125 мг 1 раз на добу, курсом 7 днів; живі мікробні клітини *Bacillus subtilis* та *Bacillus licheniformis* - 2 рази на добу, курсом 7 днів; глюкозамінілмурамідліпептид - по 1 мг 1 раз на добу сублінгвально, курсом 10 днів.

Хворим групи порівняння призначали: лінкоміцину гідрохлорид - по 0,5 г три рази на добу, протягом 6-7 днів; інтерферон альфа-2b - 1 млн/5 мл 0,9% розчину натрію хлориду у вигляді аплікацій, курсом 10 днів; вітамін Е - по 0,1 г 1 раз на добу, протягом трьох тижнів.

Результати досліджень продемонстрували у основній групі регрес симптомів запалення та зменшення піореї з пародонтальних кишень на 4-5 добу лікування. Нормалізація індексів гігієни відзначалась у 93,8% хворих. У групі порівняння подібна позитивна динаміка спостерігалась на 14-16 день лікування. Нормалізація індексів гігієни відзначалась у 43,8% випадків. Повний регрес основних клінічних ознак запалення і відсутність гнійного процесу в пародонтальних тканинах відзначений під впливом розробленого методу лікування у 100% хворих основної групи на 9-10 день лікування, а у хворих групи порівняння - у 75% хворих на 15-16 день.

Аналіз динаміки клініко-лабораторних показників виявив, що за час лікування позитивні зміни відбулися як в групі пролікованих за розробленою нами схемою, так і в групі, що отримували традиційне лікування. Однак, у хворих основної групи вони були більш суттєвими у більшого числа осіб і виявлялися в більш ранні терміни.

Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І., Ткачик С.В. **ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ФОРМ ПЕРІОДОНТИТУ ТА РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП**

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

В практичній стоматології досягнуті певні успіхи в пошуках нових і удосконаленні відомих способів лікування хронічного верхівкового періодонтиту (ХВП). Проте, багато питань стіотропної і патогенетичної терапії вимагають подальшої розробки. Усе ще залишаються невирішені питання відновлення структури і функції періапикальних тканин після лікування деструктивних форм даного захворювання [Алехина О.В., 2010;



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 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 ВООЗ у 80% дитячого населення наявні окремі ознаки або комплекс