



набряком та кровоточивістю ясен. Гіпертрофічний гінгівіт при тиреопатології, на відміну від катарального, зустрічався рідше, однак характерним було домінування його фіброзних форм над гранулюючими.

Ознаки пародонтиту встановлено лише у 2% дітей IV групи. Встановлено, що індекс РМА у II та III групах був майже однаковий і склав близько 35%. Зі збільшенням ступеня тяжкості тиреопатології він зростав до 42,8%, проти контрольного показника 20,3%. Підсумовуючи, результати індексу РМА, слід сказати, що у дітей з ДЗ переважав гінгівіт середнього ступеня тяжкості, тоді як у контрольній групі – легкого. Отримані результати свідчать про вірогідне збільшення всіх пародонтальних індексів та проб, що вказує на погіршення стану тканин пародонта в дітей, які мають супутню патологію щитоподібної залози.

Гігієна ротової порожнини за даними індекса ОНІ-S знаходиться на незадовільному рівні в усіх групах спостереження та контролю, що може стати пусковим механізмом формування дифузного запального процесу в яснах. Встановлено, що у дітей, хворих на ДЗ, спостерігається більший відсоток ураження тканин пародонта, це вказує на необхідність подальшого параклінічного вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози для встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

Іваніцька О.В., Кавчук О.М.

РОЛЬ САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПЕРВИННИХ ПАЦІЄНТІВ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Санітарно - просвітницькі заходи, є важливою складовою у формуванні культури здорового способу життя. У стоматології гігієнічне виховання відіграє дуже важливу роль, так як етіологія і патогенез карієсу зубів і хвороб пародонту значною мірою обумовлені негативними звичками людини, пов'язаними з неправильним споживанням вуглеводів, порушенням самоочищення порожнини рота, недостатнім рівнем гігієни. Гігієнічне виховання включає два напрямки – санітарно-просвітницьку роботу та навчання і контроль за гігієною порожнини рота.

За останні роки в Україні помітна стрімка поширеність стоматологічної патології. Так, поширеність карієсу в осіб у віці 30-40 років досягає 98%, а захворювання тканин пародонтального комплексу зустрічаються в 90-94% випадків. Така тенденція пов'язана з низкою причин: погіршення екологічної ситуації, зниження загальносоматичного здоров'я населення, погіршення рівня життя та умов праці.

Мета роботи - оцінити зміни стану гігієни порожнини рота в процесі проведення програми профілактики стоматологічних захворювань первинних пацієнтів.

Для оцінки вихідного рівня гігієнічних знань досліджуваних було проведено анкетування, яке показало, що 52% опитаних чистили зуби один раз на день, 11% - один раз у декілька днів, решта – двічі на день. 6% респондентів міняли зубну щітку кожні 3 місяці, 74% - 1-2 рази на рік, 20% - один раз на два роки. Додатковими засобами гігієни порожнини рота користувалися 39%, з них – 9% флоссами, 12% - еліксирами і 18% - зубочистками.

Інформацію про профілактичні засоби пацієнти отримали, в основному, із засобів масової інформації і лиш 4% - від стоматолога. 85% опитаних звертались до лікаря-стоматолога тільки за лікарською допомогою.

Низький рівень знань щодо профілактики стоматологічних захворювань підтвердили результати стоматологічного огляду. Інтенсивність карієсу зубів склала 22,00. Середній показник індексу гігієни (по Грін-Вермілліону) дорівнював 3,50 (м'який зубний наліт – 1,30; твердий зубний наліт – 2,20). Отримані дані свідчать про поганий рівень гігієни порожнини рота.

Протягом двох років, один раз на півроку, ми проводили огляд і контроль гігієни ротової порожнини, індивідуальні бесіди про правильний догляд за порожниною рота, про необхідність зниження в харчовому раціоні кількості вуглеводів, навчання на моделях чистки зубів зубними щітками і флоссами. Через два роки після проведення профілактичних заходів і мотивації даної групи пацієнтів, середні показники індексу гігієни зменшились на 50%. Заключне анкетування показало, що рівень знань щодо гігієни порожнини рота всіх пацієнтів підвищився і практично всі вони використовують отримані знання на практиці.

Результати проведеного дослідження свідчать про необхідність регулярної стоматологічної просвітницької роботи, яка, поряд з профілактичними заходами, сприяє значному покращенню стану гігієни порожнини рота пацієнта.

Ішков М.О., Романко О.П.

РЕЗУЛЬТАТИ АНОНІМНОГО ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ КАРІЄС-МАРКЕРА ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ.

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Кількість пацієнтів, що звертаються до медичних закладів Буковини з приводу карієсу досить суттєво збільшується та має тенденцію до зростання. Підвищення ефективності лікування захворювань твердих тканин зубів залишається на сьогоднішній день одним із найбільш актуальних завдань стоматології. Особливу роль в лікуванні карієсу відіграє досконале преларування каріозної порожнини, без якого немає підстав



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 тактильній 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 діб; 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;