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

адаптація, крайова пігментація, вторинний карієс, відповідність кольору, гладкість поверхні, блиск, гіперестезія, тріщини, скол емалі); проведено моделювання методом прямого композитного мокапу з наступним виготовлення силіконового ключа та методом «вільної руки».

Для порівняння використовували композиційний матеріал IPS Empress Direct – це універсальний, високо естетичний нано-гібридний композит для виготовлення реставрацій прямим методом. Він наділений природною опаковістю, флюоресцентністю та опалесцентністю, що дає можливість створювати природній вигляд фронтальної групи зубів. Матеріал Estelite Asteria – фотополімерний, рентгенконтрастний композит, призначений для виконання високо естетичних реставрацій як передньої так і бокової груп зубів. Вимагають мінімального препарування порожнини або без її препарування.

Дане дослідження показало, що найкращий естетичний результат можна отримати при використанні методу непрямого попереднього моделювання з виготовлення силіконового ключа та методом прямого мокапу з використанням матеріалів IPS Empress Direct та Estelite Asteria.

Рожко В.І.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАНЯ РІЗНИХ ГРУП ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ ЗА ДАНИМИ ПРИЦІЛЬНОЇ ВІЗІОГРАФІЇ.

Кафедра стоматології дитячого віку
Буковинський державний медичний університет

Ще в середині минулого століття були сформовані основні принципи та цілі ендодонтичного лікування постійних зубів. Вони включають діагностику, хемомеханічну обробку системи кореневих каналів з подальшою їх тривимірною обтурацією. Первинне лікування передбачає хемомеханічну обробку і пломбування каналів зуба. Вторинне ендодонтичне лікування полягає в повторному лікуванні кореневих каналів, які зазнали невдалого первинного лікування. На сьогоднішній день ендодонтія досягла вражаючих результатів завдяки появі новітнього обладнання та ефективних медикаментозних препаратів. Проте невирішені проблеми є і сьогодні. Неякісне лікування ускладненого карієсу призводить до гострих запальних процесів в щелепно-лицевій ділянці та інтоксикації організму в цілому. Неліковані або неякісно проліковані кореневі канали є причиною видалення зубів, розвитку одонтогенних гайморитів, хроніосепсису, запальним процесам щелепно-лицевої ділянки. Не створені протоколи попередження ятрогенних причин на всіх етапах ендодонтичного лікування в повному обсязі. У зв’язку з цим, питання якості ендодонтичного лікування і профілактики лікарських помилок потребують подальшого вивчення, потрібно вдосконалення методологічних підходів до їх вирішення.

Метою дослідження було визначення поширеності різних ускладнень ендодонтичного лікування на основі аналізу візіограм ендодонтично пролікованих різних груп постійних зубів. Визначити якість ендодонтичного лікування. Провести кількісний та якісний аналіз помилок і несприятливих наслідків, що виникають в процесі ендодонтичного лікування ускладнень карієсу зубів, і виявити причини їх виникнення.

Для досягнення поставленої мети нами проведено аналіз 100 прицільних візіографій зі 132 ендодонтично пролікованих зубів. Критеріями якісного ендодонтичного лікування нами були обрані наступні принципи: обробка і пломбування кореневого каналу проведено до фізіологічної верхівки, тобто на 0,5-1 мм коротше рентгенологічної верхівки кореня; гомогенна обтурація кореневого, без пустот між пломбувальним матеріалом і стінкою каналу,відсутність зламаних інструментів в просвіті кореневого каналу; відсутні ознаки деструкції в за апікальній ділянці,відсутність перфорацій в ділянках дна,стінок та апексу. При вивченні якості ендодонтичного лікування на основі аналізу 100 візіограм виявлено, що 71.2% ендодонтично пролікованих зубів (94 з 132) мають несприятливі результати і потребують повторного ендодонтичного ліковування . Так, найчастішим ускладненням після ендодонтичного лікування є виведення матеріалу за верхівку кореня -31,9%. Другим по