

УДК 616.314.17-031.82-08-059-083

Годована О.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
каф. терапевтичної стоматології факультету післядипломної освіти

(зав. – проф. Т.Д. Заболотний)

O.I. Hodovana

Клінічний досвід використання засобів інтердентальної гігієни у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, поєднаному з шинуванням зубів

Clinical Experience of the Usage of Means for Interdental Hygiene in Complex Treatment of Generalized Periodontitis Combined with Dental Splinting

Резюме У статті висвітлено деякі аспекти гігієни порожнини рота пацієнтів з генералізованим пародонтитом у поєднанні з ендопародонтальними вогнищами. Проведено індексну оцінку стану гігієни порожнини рота обраних груп пацієнтів. Розглянуто переваги та особливості використання інтердентальних щіток після клаптевих операцій та зубозберігаючих технологій з одночасним шинуванням рухомих зубів інтра- та екстракоронковими армованими адгезивними системами.

Summary In the article, there have been elucidated some aspects of clinical experience of the providing of oral hygiene in patients with generalized periodontitis concomitant with endoperiodontal foci. Index evaluation of the state of oral hygiene was carried out in the selected groups of patients. It has been regarded advantages and peculiarities of the usage of interdental brushes after flap surgery and employment of tooth-sparing technologies combined with splinting of mobile teeth by means of intra- and extracoronar reinforced adhesive systems.

Ключові слова генералізований пародонтит, індивідуальна та професійна гігієна порожнини рота, інтердентальні щітки, шинування зубів

Key words generalized periodontitis, personal and specialized oral hygiene, interdental brushes, splinting of teeth

Індивідуальна гігієна порожнини рота залишається недосконалою ланкою у комплексному лікуванні стоматологічних хвороб, зокрема запальних та дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонту [3, 10, 5, 15, 16, 18, 13, 14, 9]. Тривала ремісія тканин пародонту можлива завдяки правильно встановленому діагнозу, складеному адекватному плану та якісно проведеному комплексному лікуванню генералізованого процесу [8, 19]. Заходи підтримуючої терапії, зокрема після проведеного хірургічного лікування тканин пародонту, визначають для кожного пацієнта індивідуально (залежно від показань, важкості захворювання та ін.). Однак, у після-

операційному періоді клінічний досвід демонструє, що найвідповідальнішим є інтервал між сеансами підтримуючої терапії, коли пацієнт самостійно виконує рекомендації лікаря, правильно застосовує підібрані для нього засоби гігієни порожнини рота для запобігання рецидиву, подовження терміну ремісії та стабілізації процесу [14, 16, 17, 18].

У комплексному лікуванні захворювань пародонту впродовж багатьох років доведена ефективність фіксації рухомих зубів з використанням незнімних адгезивних волоконних шин та адгезивних мостоподібних протезів [4, 1]. Цей метод відіграє позитивну роль у процесах загоєння та реге-

нерації тканин у рамках зубозберігаючих операцій, таких як гемісекція, ампутація кореня, короно-радикалярна сепарація, тунелювання молярів на фоні генералізованого пародонтиту різного ступеня важкості [7]. За твердженням Павленка О.В. і Мазур І.П. (2003) [12], тільки надійна іммобілізація рухомих зубів забезпечує процеси репаративного остеогенезу. Сукупність низки факторів, а саме постійна пародонтопатогенна мікробна агресія, хронічний перебіг запального процесу в тканинах пародонту, патологічна рухомість зубів, порушують процеси відновлення мікроциркуляції у зоні формування кісткового регенерату. Зменшення при-

току крові в дану зону, застійні явища у кровоносних і лімфатичних судинах сповільнюють процеси міграції остеогенних клітин.

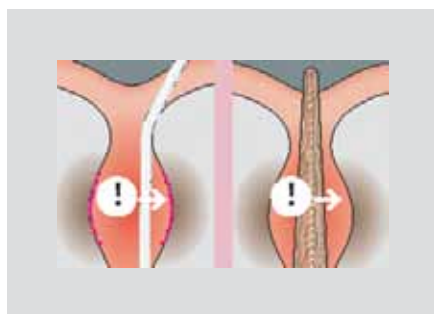
Відтак, накопичення недоокислених продуктів у межах ушкодження, підвищення осмотичного тиску з розвитком місцевого ацидозу несприятливо позначаються на процесах проліферації і диференціювання остеогенних клітин-попередників.

Механічний фактор у вигляді шинування рухомих зубів на ранніх етапах лікувально-реабілітаційного процесу сприяє відновленню васкуляризації кісткового регенерату, що перебуває на стадії формування. Надалі за умови збереження зуба фізичний момент навантаження у вигляді натягу і тиску виступає рушійною силою регенераційного процесу та забезпечення часткового або повного функціонального відновлення.

У деяких випадках, унаслідок незворотного патологічного процесу в пародонті, окремі зуби стають надто слабкими для звичайних шинуючих незнімних протезів, а їх видалення теж є передчасним. Використання протезів за таких умов може бути ризикованим, оскільки зниження у висоті пародонтальної підтримуючої структури створює ймовірний перерозподіл навантаження на зуби, зокрема на поверхні коренів фронтальних зубів, що впливає на їх життєздатність. Анатомічні особливості ясенного краю забезпечують належну топографію для посиленої волокнами композитної шини, оскільки міжзубні проміжки залишаються відкритими без зняття частини твердих тканин зубів.

Залежно від хімічного складу екстракоронкові та інтракоронкові армовані адгезивні системи базуються переважно на двох типах матеріалів: на основі неорганічної матриці – скловолокна та органічної матриці – поліетилену [1, 4]. Висока ефективність таких пародонтальних шин та адгезивних мостоподібних протезів у поєднанні з багатофункціональними композитними матеріалами забезпечує достатню естетичну міцність, та поряд з тим викликає у пацієнтів стійке зниження мотивації до виконання гігієнічних заходів [9, 18].

Пріоритетним засобом гігієни – зубною щіткою, пацієнт здатний якісно очистити тільки три поверхні зуба – вестибулярну, оральну та жувальну. Наліт, який залишається у найбільш критичних ділянках вздовж лінії ясен та у вузьких інтердентальних просторах, виступає домінуючим фактором розвитку карієсу та рецидивного загострення запальних та дистрофічно-



Мал. 1. Недостатнє очищення увігнутих поверхонь зубів у інтердентальних просторах флосами та дерев'яними зубочистками

запальних захворювань пародонту. Використання інтердентальних флосів та дерев'яних зубочисток не завжди ефективно, зокрема у випадках, коли йдеться про увігнуті поверхні зубів та лінію ясен (мал. 1). З огляду на це, інтердентальні щітки є обов'язковою складовою індивідуальної гігієни порожнини рота пацієнтів зі захворюваннями тканин пародонту. Призначати ці засоби після проведення професійної гігієни, згідно з показаннями, слід при найменшій підозрі на схильність до запальних процесів у тканинах пародонту.

Поняття «професійна гігієна» порожнини рота, зокрема на етапах підтримуючої терапії, охоплює три основні групи заходів

- профілактичні
- навчальні
- лікувальні.

Основні завдання професійної гігієни порожнини рота:

- індексна оцінка гігієнічного стану
- мотивація пацієнта
- антисептика порожнини рота
- знечуження
- зняття назубних відкладень
- шліфування та полірування поверхонь зубів
- зрошування порожнини рота
- контроль якості проведених маніпуляцій
- фтор-профілактика
- рекомендація індивідуальних засобів гігієни та гігієнічне навчання
- визначення дати наступного відвідування.

Важливу роль в роботі займають мотивація, навчання та інструктаж пародонтологічного хворого. Доцільно сформулювати в особі пацієнта свідомого помічника в боротьбі проти захворювання. Відомий «індекс кооперації» полягає у цілковитій співпраці лікаря і пацієнта, бажанні та можливості пацієнта виконувати рекомендації лікаря [19]. Лише у виняткових клінічних ситуаціях лікарю складно підібрати потрібні слова й аргументи. У



Мал. 2. Скловолокні балки Jen-FiberBulk, шнур J-FiberRope, стрічка J-FiberTape (JenDental)

цьому полягає мистецтво спілкування, яке розцінюється як універсальний код для обміну інформацією.

Мотивація – своєрідне спонукання активності пацієнта, що зумовлює спрямованість його дій. Важливим завданням лікаря-стоматолога є зосередити увагу пацієнта на потребі уважного ставлення до свого стоматологічного здоров'я. Перш за все до того, що завдяки регулярній якійсній гігієні порожнини рота, заходам підтримуючої терапії, можна позбутися захворювання і зберегти власні зуби надовго. Розмову треба провадити таким чином, щоб у тактовній формі підказати пацієнту відповідь на запитання: «Чому я повинен це робити і який у цьому зміст?» [5, 10, 11].

Серед видів мотивації важливе значення відіграє:

- зорова мотивація – індикація назубних відкладень за допомогою барвників, так званих ревелаторів назубного нальоту
- слухова мотивація передбачає словесні розмірковування, дискусію і переконання в необхідності постійного якісного догляду за порожниною рота
- тактильна мотивація або «язиковий тест» – це, у прямому розумінні, відчуття гладкості та комфорту, отримане пацієнтом після проведення професійної гігієни в умовах клініки і те, до чого йому слід прагнути під час догляду за порожниною рота в домашніх умовах

■ нюхова мотивація, оскільки запах розцінюється як найстаріше і найглибше відчуття; адже саме запах може викликати такі дії як протест, неспокій, незадоволення і навпаки. Різні запахи мають здатність спрямовувати імпульси в мозок набагато швидше, ніж візуальні та слухові рецептори, проходячи відразу в рухову систему – основу емоцій.

З огляду на це, нюхова мотивація включає відчуття свіжого подиху, як фактор здоров'я, чистоти і краси [14, 15, 16].



Мал. 3. Використання йоржика Jordan (micro – 0,4 мм; діаметр 2 мм) під пародонтальною шиною нижніх фронтальних зубів



Мал. 4. Йоржики Jordan (mini – 05 мм; діаметр 3 мм)



Мал. 5. Йоржики Jordan (cone – 0,6 мм; діаметр 2–7 мм)



Мал. 6. Набір Oral-B Interdental Set – ручка-тримач, циліндричні та конічні щітки



Мал. 7. Використання циліндричного йоржика Oral-B під пародонтальною шиною нижніх фронтальних зубів



Мал. 8. Щітки Lacalut (XS – 2 мм, S – 2,4 мм, M – 3,0 мм та L – 4,0 мм)

Матеріали та методи дослідження

За вищезазначеними принципами обстежено 107 пацієнтів віком від 18 до 60 років, схильних до нехтування рекомендаціями та недотримання щоденної якісної гігієни порожнини рота. Основну групу становили 34 хворих з різними термінами після проведеного хірургічного лікування з приводу генералізованого пародонтиту II та III ступеня у поєднанні з ендодонтальними вогнищами. У цій когорті – 14 хворих з пародонтитом II–III ступеня важкості, яким проведені клаптеві операції з остеопластиком в модифікаціях Cohen і Лукомського та шинування пародонтальною стрічкою J-FiberTape (зміцнені керамічні волокна), 10 осіб після операції гемісекції та інтракоронкового шинування за допомогою скловолоконних балок різних розмірів (Jen-FiberBulk) та шнура J-FiberRope (JenDental) (мал.

2), 4 – після короно-радикулярної сепарації («премоляризації»), 6 – після методики «тунелювання» дефекту. Контрольна група (31 пацієнт), в якій не виявлено загрозливих ознак захворювань пародонту, однак простежена тенденція до нехтування правилами гігієни порожнини рота, отримувала лише професійну гігієну та корекцію гігієнічних навиків.

Діагноз визначали за класифікацією М.Ф. Данилевського з доповненнями Г.Ф. Білолицької (2007) [2]. Проводили визначення індексу гігієни ОНІ-S, гінгівального індексу GI та рентгенологічне дослідження.

Процедура зняття над- і під'ясенних відкладень (scaling) включала root planing: згладжування та вирівнювання поверхні коренів, опрацювання фуркаційних ділянок і сліпих ямок. Використовували ручні інструменти (Hu-Friedy, Kohler, LM-Dental), низькочастотний пневматичний скейлер OZK-92 та прилад Top Selector.

Гігієну порожнини рота пацієнти обох груп проводили індивідуально підібраними зубними щітками, пастами, ополіскувачами та флосами Colgate, Blend-a-med, Miradent, Oral-B та Lacalut. Інтердентальні щітки (Miradent, Lacalut, Oral-B та Jordan) рекомендували пацієнтам основної групи після ретельного аналізу індивідуальних анатомічних умов міжзубних просторів (прохідність, тертя) [11]. Оцінювали переваги даних засобів та проводили порівняльний аналіз. Усі пацієнти основної групи були поінформовані про те, що початкове застосування інтердентальних щіток може викликати кровотечу з ясен, але при регулярному використанні це явище достатньо швидко припиняється. Змінювати щітку при стиранні ворсу рекомендували приблизно один раз на тиждень.

Термін спостереження тривав шість місяців з моменту доопераційної підготовки, проведення клаптевих операцій з дотриманням зубозберігаючих технологій та шинуванням.

Таблиця 1. Індекс кооперації відповідно до вікових показників (n = 107)

Вік	18–25 років	26–35 років	36–45 років	46–60 років
Високий рівень, %	68,18±9,93	50,00±9,44	29,62±8,79	13,33±6,20
Середній рівень, %	18,18±8,22	21,43±7,75	44,44±9,56	36,67±8,80
Низький рівень, %	13,63±7,31	28,57±8,53	25,92±8,43	56,67±9,05

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз гігієни порожнини рота пацієнтів різного віку до лікування, у безпосередні та віддалені терміни після операційного періоду, а також пацієн-

тів контрольної групи дозволив простежити низку особливостей.

Перш за все, необхідно відзначити факт, що пацієнти молодого віку значно швидше засвоювали пропоновані рекомендації щодо гігієнічних навичок догляду за порожниною рота. Пацієнти старшого віку виявляли зацікавлення тільки у безпосередні терміни до- та післяопераційного періоду. Згодом простежувалась тенденція до зниження рівня індивідуального гігієнічного догляду, навіть за умов відповідної мотивації. Проблемна когорта таких пацієнтів занепокоєна станом зубів і ясен виключно в період загострення хронічного процесу в тканинах пародонту. На стадії лікування під час відвідування кабінету стоматолога вони активніше намагаються виконувати рекомендації лікаря. Після стихання явищ запального характеру та відсутнього покращання на стадії ремісії, пацієнти призупиняють проведення гігієнічних заходів та звертаються за підтримуючою терапією тільки у зв'язку з погіршенням стану (табл. 1).

Рівень гігієни за індексом ОНІ-S в основній групі до лікування демонстрував такі показники: задовільний – 27,67±8,07%, незадовільний – 34,33 ± 8,61%, поганий – 40,0 ± 8,94%. Середнє вихідне значення індексу ОНІ-S в даній групі (2,38 ± 0,14%) інтерпретували як незадовільний рівень гігієни (табл. 2, 3).

Після лікування в основній групі встановлена позитивна динаміка: добра гігієна – у 13,35±6,21%, задовільна – у 50,0±10,21%. Кількість пацієнтів з незадовільною гігієною змінилась незначною мірою (з 34,33±8,61% до 36,68±8,8%). Однак випадків поганої гігієни порожнини рота не було (табл. 2).

У групі порівняння початковий рівень гігієни порожнини рота оцінений як задовільний (1,08±0,09%), а після корекції індивідуальної гігієни порожнини рота, як добрий (0,41 ± 0,06%). До проведення професійної гігієни зубів добра гігієна встановлена у 37,5±9,88% обстежених з групи порівняння, а після процедури – у 87,5±6,75%. Кількість пацієнтів зі задовільною гігієною після чищення зубів зменшилась у 4 рази (з 50,0 ± 10,21% до 12,5±6,75%). У більшості (87,5±6,74%) гігієна сягала доброго рівня. Після проведених заходів випадки незадовільної та поганої гігієни не простежувались (табл. 2, 3). В основній групі до лікування та навчання гігієнічних навичок гінгівальний індекс становив 1,93±0,14% – запалення ясен середнього ступеня

важкості. Після лікування, шинування, мотивації та використання призначених гігієнічних засобів, зокрема інтердентальних щіточок, показник покращився до 1,32±0,13%. У групі порівняння до чищення індекс GI становив 0,65±0,09%, засвідчуючи наявність незначного запалення ясен, після професійної гігієни індекс зменшився до 0,27±0,07% (табл. 3).

В основній групі після лікування кількість пацієнтів зі запаленням середнього та важкого ступеня зменшилась у 2,4 та 1,2 рази. У групі порівняння початково легке запалення ясен простежувалось у 80% випадків, середнього ступеня важкості – у 20% випадків (табл. 4). Після проведених заходів у групі порівняння у 40% випадків простежувались клінічно здорові ясна, легкий запальний процес діагностувався у 1,43 рази рідше – у 56% обстежених. Рівень запалення

середньої важкості знизився у 5 разів – до 4%.

Використання інтердентальних йоржиків отримало серед пацієнтів основної групи схвальну оцінку, оскільки більшість з них взагалі не мали інформації про цей вид гігієнічних засобів. Аналіз інтердентальних йоржиків різних фірм дозволив виявити деякі відмінності та переваги. Пацієнти, згідно з показаннями, застосовували йоржики Jordan трьох розмірів: рожеві micro – 0,4 мм (діаметр 2 мм) (мал. 3), червоні mini – 0,5 мм (діаметр 3 мм) (мал. 4) та сині cone – 0,6 мм (діаметр 2–7 мм) (мал. 5). Йоржики з тонкого дроту, з гнучкою робочою частиною, пластмасовим покриттям та захисним ковпачком були достатньо міцними та ефективними в роботі. Набір Oral-B Interdental Set (мал. 6) містить ручку-тримач для щітки з ергономічним дизайном, ребристи-

Таблиця 2. Динаміка стану гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S, р±m, %

ОНІ-S, гігієна	До лікування	Після лікування	p
Основна група			
Добра	–	13,35±6,21	
Задовільна	27,67±8,07	50,0±9,13	<0,05
Незадовільна	34,33±8,61	36,68±8,8	>0,05
Погана	40,0±8,94	–	
Група порівняння			
Добра	37,5±9,88	87,5±6,74	<0,05
Задовільна	50,0±10,21	12,5±6,75	<0,05
Незадовільна	12,5±6,75	–	

Таблиця 3. Динаміка показників стоматологічних індексів, M±m, p<0,05

Індекс	До лікування	Після лікування	Покращення показника
Основна група			
ОНІ-S	2,38±0,14	1,45±0,12	0,82±0,08
GI	1,93±0,14	1,32±0,13	0,61±0,04
Група порівняння			
ОНІ-S	1,08±0,09	0,41±0,06	0,66±0,05
GI	0,65±0,09	0,27±0,07	0,40±0,05

Таблиця 4. Динаміка стану ясен згідно з індексом GI, р±m, %

GI, ступінь запалення ясен	До лікування	Після лікування	p
Основна група			
Легкий	23,33±7,72	53,33±9,11	<0,05
Середній	40,0±8,94	16,67±6,8	<0,05
Важкий	36,67±8,8	30,0±8,37	>0,05
Група порівняння			
Клінічно здорові ясна	–	40,0±9,80	–
Легкий	80,0±8,00	56,0±9,93	<0,05
Середній	20,0±8,00	4,0±9,84	<0,05



Мал. 9. Професійний набір засобів інтердентальної гігієни Miradent («Hager&Werken»)



Мал. 10. Інтердентальні щітки різного розміру з набору Miradent



Мал. 11. Йоржики Miradent з ручкою I-Prox chx (x fine – 1,8 мм)



Мал. 12. Зонд Pic-Brush IP Probe з кольоровою шкалою для вимірювання інтердентальних проміжків (Miradent)



Мал. 13. Підготовка зубів нижньої щелепи до екстракоронкового шинування



Мал. 14. Етап екстракоронкового шинування пародонтальною стрічкою J-FiberTape («JenDental»)



Мал. 15. Вимірювання простору під пародонтальною шиною зондом Pic-Brush IP Probe



Мал. 16. Використання інтердентальної щітки відповідного розміру (x fine – 1,8 мм)



Мал. 17. Вимірювання розміру міжзубних проміжків після клаптевої операції на верхній щелепі

ми поверхнями з упором для великого та вказівного пальців для кращої фіксації в руці. Замок на верхівці тримача надійно фіксує одну з двох щіток та спрощує їх заміну (мал. 7). Циліндричний йоржик (2,7 мм) призначений для вузьких просторів, а конічний (3,0/6,5 мм) – для ширших. Можлива зміна кута щітки на 180° сприяє очищенню важкодоступних ділянок та конструкцій. Пацієнтам призначали також чотири види інтердентальних щіток Lacalut (мал. 8): XS (оранжеві) – 2 мм, S (червоні) – 2,4 мм, M (сині) – 3,0 мм та L (жовті) – 4,0 мм. Хірургічний дріт (>1000 N/мм²) в основі щітки забезпечує запас міцності, а достатньо ергономічна ручка та гнучка шийка для захисту ясен створюють кращий доступ до великих кутних зубів.

Особливої уваги в нашій роботі заслужує набір засобів інтердентальної гігієни Miradent («Hager&Werken») (мал. 9). У комплекті є сім видів інтердентальних щіток у такій послідовності (мал. 10):

- рожеві (xx fine) – 1,5 мм
- жовті (x fine) – 1,8 мм
- білі (fine) – 2,0 мм
- зелені (medium) – 2,2 мм
- сині (large) – 3,0 мм
- оранжеві (конічна форма) – 2,5–5,0 мм
- бордові (x-large) – 6,5 мм

Професійний набір містить двосторонній тримач для йоржиків Pic-Brush Set (під кутом 120° для бокових зубів, і прямих – для фронтальної групи зубів). Для зручності йоржики різних розмірів з ручкою I-Prox chx та гнучкою робочою частиною із захисним

ковпачком представлені в окремих упаковках (мал. 11).

Монопучкові щітки з тримачем I-Prox P для ясенних борозенок та важкодоступних ділянок придатні також для втирання медикаментозних середників з профілактичною метою (мал. 9). Значною перевагою даної системи є професійний інструмент для вимірювання розміру міжзубних проміжків – зонд Pic-Brush IP Probe (мал. 12). Зонд із шкалою та кольоровим маркуванням, останній видимий колір якої під час вимірювання вказує на максимальний розмір йоржика, що значною мірою полегшує індивідуальний підбір щіток для кожного пацієнта. На практиці цей зонд є вагомим кроком уперед у навчанні та мотивації, успішному контролю нальоту в інтердентальних проміжках.



Мал. 18. Підбір йоржиків з ручкою I-Prox chx (x fine – 1,8 мм та xx fine – 1,5 мм, Miradent)



Мал. 19. Застосування йоржика large – 3,0 мм (Miradent) після тунелювання 17 зуба внаслідок пародонтиту III ступеня важкості



Мал. 20. Хв. О., 40 р. Етап інтракоронкового шинування після проведеної гемісекції зуба 36



Мал. 21. Хв. О., 40 р. Вимірювання інтердентальних проміжків під інтракоронковою шиною



Мал. 22. Хв. О., 40 р. Застосування щіточок xx fine – 1,5 мм та x fine – 1,8 мм



Мал. 23. Рентгенограма хв. В., 50 р. Генералізований пародонтит II–III ступеня та фуркаційні дефекти зубів 37, 38



Мал. 24. Хв. В., 50 р. Підготовка 35, 37, 38 зубів до інтракоронкового шинування після клаптевої операції та гемісекції зуба 37



Мал. 25. Хв. В., 50 р. Завершена інтракоронкова шина зубів 35, 37, 38



Мал. 26. Хв. В., 50 р. Вигляд шини та інтердентальних просторів через 6 місяців до проведення професійної гігієни

Правильно підібрана інтердентальна щіточка повністю заповнює і ретельно очищує міжзубну ясенну лінію, увігнуті поверхні зубів і контактні пункти. Невідповідність розміру йоржика створює труднощі у вигляді недостатнього очищення та надмірної травмизації ясен, зокрема у важкодоступних ділянках.

На мал. 13 і 14 представлено етапи екстракоронкового шинування зубів нижньої щелепи пародонтальною стрічкою після клаптевої операції внаслідок генералізованого пародонтиту II–III ступеня важкості. Проведено вимірювання простору під пародонтальною шиною та перевірку відповідним йоржиком (мал. 15, 16).

На мал. 17, 18 – процес підбирання йоржиків після клаптевої операції вна-

слідок генералізованого пародонтиту III ступеня важкості. Для вузьких міжзубних просторів 12 та 13 зубів обрано розмір xx fine 1,5 мм та x fine 1,8 мм (Miradent). Після застосованої методики тунелювання в ділянці 17 зуба рекомендовано сині щіточки (3 мм) (мал. 19).

На мал. 20 – етап інтракоронкового шинування скловолоконною балкою у поєднанні з фотополімерним матеріалом після проведеної гемісекції 36 зуба внаслідок пародонтиту та фуркаційного дефекту II ступеня. На мал. 21 – вимірювання інтердентальних просторів під шиною та вибір інтердентальних щіточок (мал. 22).

На мал. 23 – рентгенограма пацієнта з пародонтитом II–III ступеня важкості та фуркаційними дефектами 37 та 38 зу-

бів. У ділянці дистального кореня 37 зуба розвиток каріозного процесу унеможливив консервативне лікування. На мал. 24, 25 – ситуація після проведеної клаптевої операції та гемісекції зуба 37 на етапі інтракоронкового шинування. Надалі завдяки створенню інтердентальних просторам під шиною пацієнт індивідуально підібраними інтерпроксимальними щіточками проводить гігієну, що поряд з етапами підтримуючої терапії сприяє досягненню тривалої ремісії процесу та засвідчує позитивну динаміку стабілізації кісткоутворення (мал. 26, 27, 28, 29).

Висновки

Відповідно до індексної оцінки гігієнічне виховання пацієнтів різного віку



Мал. 27. Хв. В., 50 р. Використання інтердентальної щітки конічної форми 2,5-5,0 мм



Мал. 28. Хв. В., 50 р. Досягнення тривалої клінічної ремісії патологічного процесу



Мал. 29. Хв. В., 50 р. Процес стабілізації рівня кісткової тканини в зоні дефекту після клаптевої операції та гемісекції зуба 37

зі захворюваннями тканин пародонту вимагає значної оптимізації та інтенсифікації.

Важливим моментом у процесі комплексного лікування є здатність переконати пацієнта, що тільки спільні зусилля лікаря й пацієнта дозволять зберегти зуби, їх функціональність та тривалу стабілізацію існуючого патологічного процесу.

Правильний догляд у післяопераційному періоді вимагає відповідної наполегливості і усвідомлення важливості цієї процедури. З огляду на це, для кожного пацієнта необхідно скласти індивідуальну програму гігієни порожнини рота та здійснювати її систематичний моніторинг і корекцію.

■ За показаннями при створенні армованих конструкцій значну увагу треба приділяти резервуванню міжзубних просторів.

■ Тільки постійна і якісна гігієна порожнини рота забезпечує подовження служби шинуючих конструкцій на тривалий час.

Для цього необхідно рекомендувати пацієнтам увесь спектр гігієнічних середників, зокрема засоби інтердентальної гігієни.

■ Використання міжзубних йоржиків у комплексі з іншими засобами гігієни порожнини рота значно покращило очищення контактних поверхонь зубів та проміжків у межах шинуючих конструкцій, що сприяло

підвищенню рівня індивідуальної гігієни в основній групі.

■ Не слід рекомендувати пацієнту більше двох (трьох – в окремих випадках) йоржиків різного розміру, оскільки надмір допоміжних засобів у більшості випадків може мати зворотний ефект.

■ Рекомендовані нами засоби інтердентальної гігієни відповідають таким критеріям оцінки як висока якість, привабливий дизайн та зручність у використанні.

■ З огляду на різний розмір міжзубних проміжків та простору під шинуючими конструкціями, у повсякденній роботі потрібно використовувати професійний вимірювальний зонд Pic-Brush IP Probe (Miradent).

Література

1. Бакшутова Н.А. Долгосрочное шинирование зубов у больных при генерализованном пародонтите адгезивными волоконными системами / Н.А. Бакшутова // Дентальные технологии. – 2005. – №2-3(21-22). – С. 73.
2. Белоклицкая Г.Ф. Современный взгляд на классификацию болезней пародонта / Г.Ф. Белоклицкая // Современная стоматология. – 2007. – №3(39). – С. 59-64.
3. Белоклицкая Г.Ф. Значение средств индивидуальной гигиены полости рта на этапе первичного пародонтологического лечения больных генерализованным пародонтитом / Г.Ф. Белоклицкая, Я.С. Горбань // Современная стоматология. – 2008. – №4. – С. 46-49.
4. Белоклицкая Г.Ф. Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубных рядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Лузина // Современная стоматология. – 2004. – №2. – С. – 64-65.
5. Близнюк Г.О. Обґрунтування принципів раціональної гігієни порожнини рота у хворих із загостреним перебігом генерализованого пародонтиту: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Ін-т стоматології. – / Г.О. Близнюк. – Одеса, 2006. – 20 с.
6. Годована О.І. Захворювання пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз): Навч. пос. / О.І. Годована – Львів; – Тернопіль: Джура, 2009. – 200 с.
7. Годована О.І. Фуркаційні дефекти. Їх ліквідація з використанням кістково-пластичного матеріалу «Остеобласт» / О.І. Годована // Современная стоматология. – 2009. – №5. – С. 70-74.
8. Дерейко Л.В. Организация та проведення заходів підтримуючої терапії у пацієнтів із захворюваннями пародонту у стоматологічній практиці / Л.В. Дерейко, Н.О. Бабич, Т.В. Бабич //Новини стоматології. – 2004. – №2(39). – С. 20-23.
9. Кирносорова А.И. Клинико-лабораторное обоснование выбора метода профессиональной гигиены в зависимости от состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта: автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.00.21 / ГУО ВППО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава. / А.И. Кирносорова. – М., 2006. – 22 с.
10. Косенко К.Н. Профилактическая гигиена полости рта. / К.Н. Косенко, Т.П. Терешина – Одесса: Изд-во КП ОГТ, 2003. – 296 с.
11. Мюллер Х.-П. Пародонтология. Науч. ред. изд. на русск. яз. проф. А.М. Политун: Пер. с нем. – Л.: ГалДент, 2004. – 256 с.
12. Павленко А.В. Лечебно-реабилитационные мероприятия у больных генерализованным пародонтитом /
13. А.В. Павленко, И.П. Мазур //Современная стоматология. – 2003. – №2. – С. 33-37.
14. Петрушанко Т.О. Интегральный индивидуальный подход к профилактике заболеваний пародонта: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. доктора мед. наук. / Т.О. Петрушанко – К., 2001. – 39 с.
15. Средства и методы гигиены полости рта: учеб.-метод. пособие / Е.А. Демьяненко, З.Р. Валеева, Г.В. Бинцаровская, О.В. Шутова. – Мин.: БелМАПО, 2006. – 28 с.
16. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. Практическое руководство. [Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И.] – К.: Книга плюс, 2001. – 208 с.
17. Улитовский С.Б. Прикладная гигиена полости рта / С.Б. Улитовский //Новое в стоматологии. – 2000. №6. – С.4-127.
18. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена. Учебное пособие. / С.Б. Улитовский – М., Мед пресс информ., 2005. – 192 с.
19. Улитовский С.Б. Роль гигиены полости рта в развитии заболеваний пародонта / С.Б. Улитовский // Пародонтология. – С.-Пб., 2000. – №3 (17). – С. 21-23.
20. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. / Л.М. Цепов – М.: Медпресс-информ., 2006. – 192 с.