

**Цель исследования:** изучить эффективность применения озона в комплексной терапии генерализованного пародонтита.

**Материалы и методы.** Для изучения клинической эффективности озоногенератора (APOZA ENTERPRISE) было обследовано 24 пациента с генерализованным пародонтитом I степени с обострившимся течением. Оценивали следующие клинические показатели: кровоточивость, болезненность десен, отек, гиперемия межзубных десневых сосочков, наличие зубодесневых отложений, наличие серозного экссудата, глубина ПК.

Комплексное лечение пациентов контрольной группы (n=14) заключалось в проведении базисной терапии. Курс лечения составлял 5-6 посещений.

В исследуемой группе (n=20) пациентам на фоне базисной терапии, начиная со 2 посещения, использовали локальное воздействие озона, при этом проводилась терапия, включающая в себя как терапию зубодесневого кармана (зонд №1), так и десневую терапию за пределами зубодесневого кармана (зонд №3). Уровень мощности в зависимости от посещения устанавливался на показатели 3 – 6, время каждой лечебной процедуры одной единицы в данном случае составляло 1 минуту. Повторное проведение процедуры проводилось через 2-3 дня. Курс лечения составлял 4-5 посещений.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженном терапевтическом эффекте локального воздействия озона у больных ГП I степени тяжести с обострившимся течением. Об этом свидетельствуют улучшение клинической динамики, а также достоверное снижение индекса РМА (с 1, 80±0, 12 до 0, 14±0, 03) и пробы на кровоточивость (с 1, 58±0, 08 до 1, 23±0, 18). В контрольной группе за то же время лечения также наступило улучшение, но полностью ликвидировать воспалительный процесс не удалось, что требует проведения дополнительных лечебных мероприятий.

**Выводы.** Интенсивность и распространенность патологического процесса в тканях пародонта более выражено снижалась под локальным влиянием озона на фоне базисной терапии. Также можно говорить о терапевтическом эффекте локального воздействия озона на ткани пародонта.

**Волкова О. С.**

#### **ВЛИЯНИЕ ЛЕЦИТИН-КАЛЬЦИЕВОГО КОМПЛЕКСА НА СТЕПЕНЬ ДИСБИОЗА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ**

Харьковский национальный медицинский университет

Одним из важных этиологических и патогенетических звеньев в развитии кариеса является зубная бляшка, которая представляет собой своеобразную колонию микроорганизмов и способствует повышению проницаемости эмали. При кариесе зубов наблюда-

ются нарушения микробиоценоза в ротовой полости в сторону преобладания патогенных микроорганизмов, в частности *Streptococcus mutans*, *Actinomyces viscosus*, *Str. Sanguis*.

**Целью** исследования явилось изучение влияния комплексного препарата «Лецитин-2», содержащего цитрат кальция и лецитин в качестве источника фосфора, на степень дисбиоза полости рта у лиц с множественным кариесом зубов путем ферментативного метода.

**Материалы и методы.** Из контингента обследованных было выделено две группы: основная – 52 пациента с диагнозом «множественный кариес», который ставили на основании данных клинического обследования; контрольная – 12 практически здоровых пациентов без выраженной стоматологической и общесоматической патологии. Группа контроля получала только базовую терапию, которая включала плановую санацию полости рта. Пациенты основной группы кроме базовой терапии с первого дня обследования получали препарат «Лецитин-2» производства НПА «Одесская биотехнология» (ТУ У 15. 8-13903778-82-2000) на протяжении 30 дней 3 раза в день за полчаса до еды по 1 таблетке до полного рассасывания в полости рта. У пациентов в первый день обследования, а затем спустя месяц собирали нестимулированную слюну. В надсадочной жидкости определяли активность уреазы методом, основанным на способности уреазы расщеплять мочевины с образованием аммиака, который количественно определяли с помощью реактива Несслера. Уровень уреазы отображает степень обсемененности ротовой полости патогенной и условно-патогенной микрофлорой. Также определяли активность лизоцима бактериологическим методом Горина и др. (1971) в модификации Левицкого и Жигиной (1974), основанным на способности лизоцима лизировать бактерии. По соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима рассчитывали степень дисбиоза полости рта по методу Левицкого и др. (2006).

**Результаты исследования.** Как показали проведенные исследования, результаты расчетов степени дисбиоза полости рта по соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима показали, что у лиц с кариесом зубов степень дисбиоза в 3 раза превышает норму, а после курса лечения лецитин-кальциевым препаратом снижается почти в 8 раз. Это свидетельствует о способности лецитин-кальциевого комплекса «Лецитин-2» регулировать оральный микробиоценоз, что, безусловно, благоприятно сказывается не только на состоянии зубов, но и других тканей ротовой полости, а также, возможно, и на состоянии всего организма.

**Выводы.** В результате проведенных нами исследований установлено, что у больных множественным кариесом зубов наблюдаются явления дисбиоза полости рта. Прием в течение месяца лецитин-кальциевого

комплекса «Лецитин-2» повністю устранив явлення дисбіоза в ротовій порожнині.

**Галкіна О. П. , Журочко Е. И. , Седых В. П.  
ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, ИМЕЮЩИХ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА**

Крымский государственный медицинский университет

Согласно эпидемиологическим данным в Украине в подростковом (15 лет) возрасте распространенность пародонтита составляет от 5, 2% до 17, 8% и более в зависимости от региона, наличия сопутствующей патологии. Исследованиями подтверждается тесная взаимосвязь между структурно-функциональным состоянием опорного скелета и тканями пародонта. На начальных стадиях деструктивно-дистрофические процессы в альвеолярной кости часто протекают бессимптомно. Исходя из этого, актуальными остаются вопросы ранней диагностики нарушений метаболизма костной ткани (КТ) альвеолярного отростка при генерализованном пародонтите (ГП) у подростков с деформациями позвоночника.

Работы, посвященные изучению заболеваний тканей пародонта у подростков, страдающих сколиозом, единичны. Прогрессирующая заболеваемость пародонтитом, высокая распространенность сколиоза (от 1% до 35%), отсутствие оценки биохимических маркеров костного метаболизма у подростков на начальных стадиях ГП послужили основанием для проведения наших исследований.

**Целью** работы явилось определение активности метаболических процессов КТ по уровню биохимических маркеров ремоделирования КТ.

Для выполнения поставленной цели нами обследовано 152 подростка в возрасте 15-16 лет с ГП начальной - I степени тяжести, имеющих нарушения осанки, сколиоз I- III степени тяжести. В сыворотке крови определяли уровень остеокальцина (маркера формирования КТ), в моче - уровень дезоксиридинолина (маркера резорбции КТ). В результате проведенных исследований выявлено снижение уровня остеокальцина на 2, 9% от нижней границы возрастной нормы. Значение дезоксиридинолина в группе соответствовало верхней границе возрастной нормы. Полученные данные свидетельствуют о дисбалансе процессов формирования и резорбции КТ у подростков с ГП начальной - I степени тяжести с деформациями позвоночника.

Таким образом, при диагностике ГП на ранних стадиях у подростков с нарушением осанки, сколиозом целесообразно проводить измерение уровней маркеров костного ремоделирования. Полученные данные необходимо учитывать при составлении плана лечения.

**Голейко М. В.  
ОЦІНКА ЧАСТОТИ ПОЄДНАНИХ УРАЖЕНЬ ТКАНИН ЕНДОДОНТА І ПАРОДОНТА**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Зазвичай пародонтологію та ендодонтію розглядають як дві клінічно окремі дисципліни, хоча досить часто вони тісно переплетені. Адже немає сумніву, що запальні чи некротичні зміни в пульпі зуба можуть впливати на тканини пародонта, як і пародонтальні хвороби - на стан пульпи зуба.

Клінічний досвід показує, що у хворих із запальними захворюваннями пародонта часто виявляються періодонтальні вогнища ураження. Наявність ускладненого карієсу у таких хворих утруднює діагностику та лікування основної хвороби, а також погіршує прогноз.

Запальний процес у пульпі може безпосередньо діяти на періодонт і пародонт шляхом розповсюдження через апікальний отвір, латеральні канали і дентинні трубочки, кореневі дефекти. Можливий ятрогенний розвиток запалення тканин пародонта внаслідок перфорації кореня при надмірній інструментальній обробці каналу або латеральної перфорації під час установлення штифта, а також унаслідок перелому кореня.

**Метою** нашого дослідження було визначення частоти поєднаних уражень тканин ендодонта і пародонта.

Нами було обстежено 38 хворих на генералізований пародонтит. Під час обстеження хворих використовували клінічні та параклінічні методи, а також індексну оцінку за допомогою індексу гігієни (ГІ), пародонтального індексу Руселя (РІ) та проб Кечке, Парма, Кулаженка. Визначення ступеня резорбції альвеолярного відростка здійснювали за допомогою методів прицільної та панорамної рентгенографії. Стан пульпи обстежуваних зубів визначали шляхом детального збору анамнезу, електроодонтодіагностики, а також тестів на зовнішні подразники.

Було виявлено 14 хворих на пародонтит I ступеня тяжкості, 18 пацієнтів на пародонтит II ступеня тяжкості, 6 - на пародонтит III ступеня тяжкості.

У пацієнтів із пародонтитом легкого ступеня причиною ендодонтичних втручань був ускладнений карієс. При пародонтиті II ступеня тяжкості виявляли вогнища хронічної періодонтальної інфекції. Перебіг хвороби мав переважно форми хронічних чи загострених хронічних пульпітів. Також були виявлені пульпіти, ускладнені періодонтитом. У 56% випадків у пацієнтів виявляли різні форми хронічних періодонтитів, серед яких найчастіше зустрічалися деструктивні: у 46% діагностовано гранулюючий періодонтит, у 13% - гранулематозний періодонтит та у 41% - фіброзний періодонтит. При пародонтиті III ступеня у 5, 3% випадків був установлений діагноз "ретроградний пульпіт".