

лісність та відсутність післяопераційної травми; добрі тактильні властивості робочого наконечника дозволяють безпосередньо контролювати обробку тканин пародонта на всю глибину ПК.

Крім того, вперше запропонована методика диференційованого застосування „Вектор-системи” для обробки ПК відповідно до глибини, ступеня ураження фуркацій і стану м'яких тканин.

Метою нашого дослідження було визначення тактики диференційованого підходу до використання „Вектор-системи” під час лікування хворих на ГП із різними ступенями розвитку.

Методи і результати дослідження. Дослідження здійснювали у два етапи. На першому був проведений клінічно-рентгенологічний моніторинг у 36 пацієнтів із ГП I-III ступенів розвитку, в яких у комплексному лікуванні замість хірургічного методу використали „Вектор-систему”. Оцінку пародонтального статусу проводили кожні 3 місяці впродовж року.

„Вектор-терапію” проводили за класичною хронологічною схемою, а саме: первинна „Вектор-терапія”, через 4-6 тижнів – підтримувальна „Вектор-терапія”, ще через 3 місяці – повторне підтримувальне лікування. Для обробки однієї поверхні кореня зуба зазначали в середньому 1 хв.

На першому етапі роботи були отримані такі результати. У 39, 4% хворих на ГП I ступеня відбулася повна ліквідація ПК, у 60, 6% спостерігали зменшення глибини ПК на 1-1, 5 мм. У 26, 1% хворих із II ступенем ГП відбулася ліквідація ПК, у 40, 5% – зменшення глибини ПК на 1-3 мм і в 33, 4% редукції ПК не виявлено. У випадку застосування „Вектор-системи” у хворих на ГП III ступеня ліквідації чи зменшення глибини ПК практично не відбулося, хоча спостерігався суттєвий протизапальний ефект.

На основі отриманого досвіду роботи ми внесли певні корективи щодо використання „Вектор-методики” у хворих на ГП із різними типами кісткової деструкції.

На другому етапі дослідження в іншій групі пацієнтів (28 хворих на ГП I, II, III ступенів розвитку) проводили комплексне лікування із застосуванням „Вектор-терапії” як альтернативи хірургічному методу за розробленою нами модифікованою методикою. Обробляючи корені зубів у ділянках із широкими кишнями, задіяних процесом фуркацій кісткових кишень, час проведення „Вектор-терапії” на одній поверхні збільшували в 1, 5-2 рази залежно від клінічної ситуації, застосовуючи не металеві чи карбонові, а гнучкі насадки за потребою.

Після проведення первинної „Вектор-терапії” і отримання вираженого клінічного протизапального ефекту у хворих на ГП I ступеня підтримувальну терапію не проводили. У хворих на ГП II ступеня, а також у тих пацієнтів на ГП I ступеня, в яких після первинної „Вектор-терапії” залишалися запальні явища в крайовому пародонті, підтримувальну „Вектор-обробку” неліквідованих ПК проводили за 1, 5 місяці. У хворих

на ГП III ступеня розвитку лікування проводили за класичною схемою, але час обробки ПК збільшували на всіх етапах удвічі.

Після використання у 28 хворих на ГП розробленої диференційованої методики проведення „Вектор-терапії” отримані були відповідні результати. У 48% хворих на ГП I ступеня відбулася повна ліквідація ПК, а в 52% хворих виявлено зменшення їхньої глибини на 1, 5-2 мм. У 35, 5% пацієнтів на ГП II ступеня відбулася ліквідація ПК, а в 64, 5% – зменшення їх глибини на 2-4 мм.

У 31, 5% хворих на ГП III ступеня за застосування диференційованої модифікованої методики „Вектор-терапії” відбулося зменшення глибини ПК на 2-3 мм після первинної обробки і до 3-5 мм – після повторних її проведення.

Висновок. Отримані результати 12-місячного моніторингу засвідчують суттєво вищу ефективність запропонованої модифікованої методики „Вектор-терапії” у хворих на ГП I-III ступенів розвитку з диференційованим підходом відповідно до клінічно-рентгенологічного статусу пацієнтів. Використання диференційованого підходу в застосуванні „Вектор-системи” у хворих на ГП сприятиме реалізації принципу адекватності та індивідуалізації лікувального процесу і забезпечить збільшення строків ремісії захворювання.

Деньга О. В. , Цевух Л. Б. , Коновалов Н. Ф.
БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКССУДАТА
КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ
ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ
КОРНЯМИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»,
г. Одесса
Одесский государственный медицинский
университет

Лечение периодонтита у детей в постоянных зубах с несформированными корнями продолжает оставаться одной из наиболее важных проблем современной стоматологии. По частоте обращения хронические формы периодонтита занимают 3 место после кариеса и пульпита. Поэтому важной задачей является выбор патогенетически обоснованного лечения в зависимости от стадии формирования верхушки корня. В связи с этим при лечении острого и обострившегося периодонтита в постоянных зубах для усиления репаративных процессов в периодонте актуально применение комплексного лечения и профилактики, включающего сорбенты, противовоспалительные, остеотропные и адаптогенные препараты, нормализующие различные механизмы защиты и адаптации.

Целью данной работы была оценка состояния микробиоценоза корневого канала в процессе использования разработанной комплексной терапии осложнённого кариеса зубов с несформированными корнями.

В исследовании принимали участие дети в возрасте 7 – 15 лет с обострившейся (44 человека) и хронической формой (42 человека) периодонтита, которые составили две отдельные группы. Каждая группа в свою очередь была разделена на подгруппу сравнения, детям которой проводили традиционную терапию периодонтита, и основную, детям которой поэтапно проводили предлагаемую схему лечения патологии. После вскрытия пульповой камеры собирали экссудат при помощи предварительно взвешенного бумажного штифта. Определив массу полученного экссудата, в пробирку со штифтом приливали 0, 75 мл физраствора и проводили экстракцию экссудата в течение 3 ч. при температуре 4°C и постоянном встряхивании. В полученном экстракте оценивали состояние микробиоценоза по активности уреазы – фермента, который продуцирует патогенная и условно-патогенная микрофлора, и по содержанию основного антимикробного фактора – лизоцима. Кроме того, в экссудате определяли показатели, характеризующие состояние антиоксидантно-прооксидантной системы: активность одного из основных ферментов антиоксидантной защиты – каталазы и содержание продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида (МДА). Результаты изучения активности уреазы показали различную степень активности этого показателя при остром и хроническом течении периодонтита. Первичный анализ выявил различную степень активности этого показателя в экссудатах при остром и хроническом течении периодонтита. Хронический периодонтит характеризуется более низкой активностью уреазы в содержимом корневого канала, в среднем в 2, 2 раза ниже соответствующих значений в экссудатах, выделенных при острой форме течения патологии. Поскольку уреазу продуцирует патогенная микрофлора, следовательно, обострившаяся форма периодонтита сопровождается более интенсивным размножением микрофлоры в корневых каналах. Проведение традиционной терапии обострившегося и хронического периодонтита в группах сравнения привело к существенному снижению активности уреазы в экссудатах, которая составила 3, 5 – 4, 2 мк-кат/кг. После обработки корневого канала жидкостью для лечения периодонтита с последующим применением сорбента в основных группах активность уреазы не обнаружена при обеих формах периодонтита. В экссудате, полученном при обострении хронического гранулирующего периодонтита, содержание лизоцима в 7, 6 раза превышает значения этого показателя при хроническом течении патологии. Лечение обострения периодонтита, как традиционным методом в группе сравнения, так и предложенной схемой в основной группе, привело к достоверному снижению уровня лизоцима в экссудатах. Снижение уровня лизоцима после лечения периодонтита в группе сравнения и основной группе было равнозначным. После промывания канала жидкостью для лечения периодонтита и исполь-

зования сорбента в основной группе уровень лизоцима повысился в 3, 9 раза, тогда как после базовой терапии в группе сравнения содержание лизоцима повысилось только в 1, 8 раза. О снижении интенсивности процессов ПОЛ свидетельствовало снижение содержания МДА. Так, содержание МДА в экссудате основной группы детей с обостренной формой патологии снизилось в 33, 1 раза, тогда как в группе сравнения – в 11, 0 раз. Применение предлагаемой схемы лечения хронического периодонтита привело к снижению МДА в экссудате в 30, 5 раза на фоне падения этого показателя в 5, 5 раза в экссудате детей после традиционной терапии в группе сравнения. Обострение хронического гранулирующего периодонтита сопровождалось достоверно высоким уровнем активности антиоксидантного фермента каталазы. Лечение периодонтита обеих форм и различными схемами способствовало значительному подъёму активности каталазы в корневых каналах. Важно отметить, что промывание каналов жидкостью для лечения периодонтита с последующим применением сорбента независимо от формы течения периодонтита привело к более выраженному повышению активности каталазы по отношению к этому показателю в группах сравнения. Полученные результаты биохимических исследований согласуются с результатами спектроколориметрических и УЗ исследований в области зубов с несформированными корнями и свидетельствуют о нормализации функциональных и защитных реакций в тканях периодонта под действием разработанной комплексной терапии лечения осложнённого кариеса зубов с несформированными корнями. Таким образом, применение для медикаментозной обработки корневых каналов постоянных зубов с несформированными корнями у детей жидкости для лечения периодонтита в сочетании с сорбентом в большей степени стимулирует антимикробную и антиоксидантную системы корневого канала, что способствует более выраженному торможению роста микрофлоры и процессов ПОЛ, является эффективным методом и может быть использовано на подготовительном этапе лечения зубов с хроническим периодонтитом у таких пациентов.

Деньга А. Э.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭСТЕТИКИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Одесский государственный медицинский университет, г. Одесса

Известно, что ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий с помощью несъемной аппаратуры приводит к дополнительному накоплению зубных отложений, снижению уровня гигиены в полости рта, повышению риска возникновения оча-