

ли исчезновение зуда, жжения в деснах, отсутствие отделяемого из карманов и кровоточивости десен. Нормализовывались показания пробы Шиллера-Писарева, гигиенического индекса, амидопириновой пробы (объективных показателей). Исчезали отек и гиперемия десен.

Больные основной группы, кроме полного клинического благополучия в пародонте, отмечали нормализацию сна. У больных гипертонической болезнью наблюдалось стойкое снижение артериального давления, у больных сахарным диабетом - уменьшение количества сахара в крови. Все пациенты основной группы отмечали значительное повышение работоспособности и улучшение общего состояния.

Состояние пародонта у больных контрольной группы после проведенного лечения также значительно улучшалось, однако показатели объективного обследования были значительно ниже.

Больным генерализованным пародонтитом всех степеней обеих групп проводили профилактический осмотр после проведенного курса два раза в год.

Ремиссия у больных генерализованным пародонтитом первой степени основной группы составила 20 – 32 месяца, в контрольной группе - 12-16 месяцев.

Ремиссия у больных генерализованным пародонтитом второй степени тяжести составила 18 – 24 месяца, в контрольной - 6-10 месяцев. Ремиссия у больных генерализованным пародонтитом третьей степени основной группы составила 8 – 10 месяцев, 4-8 месяцев – в контрольной.

При проведении повторного курса лечения подавляющее большинство больных предпочло гирудотерапию химиотерапевтическим методам.

Учитывая имеющийся многолетний клинический опыт лечения больных генерализованным пародонтитом методом гирудотерапии в комплексе традиционного консервативного лечения, мы можем заключить, что гирудотерапия является весьма эффективным альтернативным методом лечения воспалительных заболеваний пародонта и может с успехом применяться в клинике терапевтической стоматологии.

Лемєнев П. О.

СТРУКТУРА КАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Київський медичний університет
Української асоціації народної медицини, м. Київ

Висока поширеність карієсу і специфічні умови пломбування каріозних порожнин при захворюваннях пародонта, підвищення стандартів лікування та вимог пацієнта до його якості вимагають застосування якісніших пломбувальних матеріалів. Вони повинні мати високі фізико-механічні та косметичні якості, не подразнювати пульпу зуба і тканини пародонта. Вибір пломбувального матеріалу залежить від характеру

перебігу каріозного процесу, локалізації і класу каріозної порожнини, стану тканин пародонта.

Для більш точного визначення обсягу необхідної стоматологічної допомоги, вибору методу препарування та пломбування каріозної порожнини необхідно більш точно визначення виду каріозних порожнин у пацієнтів із захворюваннями пародонта.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено комплексне обстеження 50 хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів віком 20-30 років. У ролі групи порівняння було обстежено 50 пацієнтів аналогічного віку без клінічно виражених захворювань пародонта (17 пацієнтів), у решти було діагностовано хронічний катаральний гінгівіт. Вивчали стан твердих тканин зубів для виявлення наявності каріозного ураження і типу каріозних порожнин.

Клінічними методами дослідження визначали локалізацію і клас каріозних порожнин. Оцінювали наявність місцевих подразнювальних чинників (зубна бляшка), стан гігієни порожнини рота. Вогнища демінералізації емалі визначали шляхом фарбування 2% розчином метиленового синього.

Результати та їх обговорення

У пацієнтів контрольної групи було виявлено 239 каріозних і запломбованих зубів. Залежно від класу каріозної порожнини за Блеком розподіл зубів був таким. Каріозні порожнини I класу склали 87 випадків (36, 40%); II класу - 97 (40, 59%), III класу - 48 (20, 08%) і V класу - 7 зубів (2, 93%). У цій групі пацієнтів переважали каріозні порожнини II класу, а найменшу кількість складали каріозні порожнини V класу.

У пацієнтів основної групи, хворих на генералізований пародонтит, усього було виявлено 343 каріозних і запломбованих зубів. Розподіл каріозних порожнин залежно від класу за Блеком: I клас - 94 порожнини (27, 41%); II клас - 135 порожнин (39, 36%); III класу - 68 порожнин (19, 82%) і V клас - 46 випадків (13, 41%). Співвідношення структури каріозних порожнин відповідає показникам у контрольній групі: переважають каріозні порожнини II класу і рідко діагностують карієс V класу. Проте привертає увагу зростання відсотка каріозних порожнин V класу в осіб основної групи Також у загальній структурі каріозних порожнин у хворих на генералізований пародонтит зростає сумарна кількість порожнин II і V класів - до 52, 77%.

Висновок. Результати проведених досліджень дають можливість зробити висновок, що у хворих на генералізований пародонтит збільшується кількість складніших для лікування каріозних уражень. Це вимагає раціональнішого підходу до методики пломбування і виду пломбувальних матеріалів порожнин цих класів у хворих на генералізований пародонтит.