подальшому, призведе до підвищення проценту стабілізації і зниження проценту рецидивів.

Таким чином, суттєве зниження больової чутливості зубів можливе тільки завдяки комплексному впливу на різні ланцюги больового механізму, що поєднує місцеву корекцію структурно – функціонального стану твердих тканин зубів та загальну терапію, спрямовану на відновлення фосфорно – кальцієвого обміну в організмі.

Апробація спосібу була проведена в рамках кафедральної НДР: "Етіологія, патогенез, прогнозування перебігу, обгрунтування та ефективність індивідуального лікування хронічного генералізованого пародонтиту" у 32 пацієнтів 24 - 44 років. Профілактику гіперестезії зубів при генералізованому пародонтиті I-II ступеню важкості проводили наступним чином. Таблетки «Вітафтор» призначали по 2 на добу і рекомендували тримати їх в порожнині рота до повного розчинення, курс – 1 місяць. На оголені шийки зубів наносили препарат «Глуфторед», через 2 тижня процедури повторювали, при цьому слідкували, щоб пацієнт не отримував додатково інші фторвмісні препарати або збагачені фтором продукти харчування, не використовував з метою гігієни порожнини рота фторвмісні зубні пасти та еліксири. Цей комплекс проводили 2 рази на рік (Патент України на корисну модель №38602 Спосіб профілактики гіперестезії зубів при генералізованому пародонтиті).

Отримані результати показали, що використання даного способу профілактики гіперестезії зубів дозволяє зменшити її симптоми при генералізованому пародонтиті I-II ступеню важкості на 15% при оцінці через рік.

УДК : 616.31 – 008.712 - 084

Іленко Н.В., Петрушанко Т.О., Іленко Н.М.

Діагностичне значення тестів для виявлення галітозу

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Діагностика галітозу є складною, що пов'язано з низькою інформованістю лікарів-стоматологів стосовно проблеми галітозу, а також з тим, що суб'єктивні

органолептичні тести можуть мати різну інтерпретацію у зв'язку з анатомічними особливостями ольфакторного апарату та індивідуалізацією сприйняття запахів людиною, в той час як об'єктивні методи діагностики ускладнені їх низькою поширеністю, високою вартістю та недостатньою інформативністю [1-5]. Метою дослідження стало підвищення якості клінічної та функціональної діагностики галітозу на основі проведення порівняльної характеристики суб'єктивних тестів галітозу та галіметрії.

У дослідженні взяли участь 133 особи, з них 103 студенти 5 курсу стоматологічного факультету 21-28 років та 30 практикуючих лікарів-стоматологів віком 35-44 роки. 1 групу склали 60 студентів-випускників, в план обстеження яких не включали галіметрію. 43 студенти 2-ї групи та лікарі (3 група) були обстежені з використанням галіметру Breath Alert. Всі 133 особи анонімно проанкетовані, у них проведене загальне клінічне обстеження порожнини рота з визначенням індексів КПВ, РМА, ГІ за J.C.Green, J.R.Vermillion, індекса кровоточивості сосочків (PBI) по Saxer I Muhlemann, індекса CPITN, стану прикуса, а також спеціальне клінічне дослідження, що включало визначення індекса WTC (Winkel Tongue Coating), тесту з зубною ниткою та тесту з серветкою. Обробка отриманих результатів виконана з використанням методів статистичного аналізу пакету Microsoft Office.

Результати дослідження показали, що дані об'єктивного діагностичного тесту (галіметрія з використанням тестеру свіжості дихання Breath Alert компанії Air-lift) достовірно корелюють з показниками суб'єктивних тестів (тести з серветкою та флосом) в обстежених 2-ї та 3-ї груп, що вказує на їх достовірність. При цьому тест з флосом є більш інформативним, його результати в значній мірі наближаються до результатів об'єктивного тесту, що в поєднанні з простотою проведення і доступністю дозволяє виділити цей тест, як провідний у діагностиці галітозу. Крім того об'єктивна діагностика галіметрія має недолік, оскільки галіметр компанії Air-lift виявляє лише підвищений рівень сірковмісних сполук, а інші групи хімічних сполук, що здатні викликати проблему галітоза, залишаються поза увагою. Тест із зубною ниткою дозволяє діагностувати галітоз незалежно від одорантів, що його зумовили.

Перелік літератури.

1. Кравец Т.П., Кравец М.Ю. Галитоз: лечение и профилактика // Стоматолог. – 2008. - № 5. – С. 12-14.

2. Пахомов Г.Н., Соловьев А.А., Кравченко В.В. и др. Проблема галитоза // Российский стоматологический журнал. -2007. - № 5. – С. 46-48.

3. Петрушанко Т.О., Іленко Н.В., Іленко Н.М. Клінічні та інформаційні аспекти галітозу в майбутніх лікарів і можливості його корекції // Современная стоматология. – 2009. - № 3. – С. 79-82.

4. Попруженко Т.В., Шаковец Н.В. Галитоз. Вопросы диагностики, лечения и профилактики устойчивого неприятного запаха изо рта. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 48 с.

5. Улитовский С. Оценка степени выраженности галитоза // DentArt.- 2004. - № 4. – С. 27-29.

УДК 616.134-002:615

Бублий Т.Д., Дубовая Л.И., Качуровская В.О., Котовая Л.И.

Новый подход к лечению больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит относится к довольно распространённой патологии слизистой оболочки полости рта и часто встречается у лиц молодого возраста. Даже лёгкое течение данной патологии сопровождается интенсивными болевыми ощущениями, рецидивами болезни, что существенно снижает качество жизни. Этиология и патогенез данного заболевания, описанного ещё Гиппократом, до настоящего времени окончательно не выяснены, поэтому лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита представляет определённые трудности.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности гомеопатической терапии при лечении больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.