

Ткаченко І.М., Ляшенко Л.І.

## ЗАСТОСУВАННЯ ФОНОФОРЕЗУ В КОМПЛЕКСІ З ГОМЕОПАТИЧНОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**Вступ.** Хронічний періодонтит як вогнище хронічної інфекції призводить до ауто- і гетеросенсибілізації організму, підтримує тяжкий перебіг хвороб внутрішніх органів. Поряд з удосконаленням лікувальних методик, спрямованих на макро-, мікроканали й періапикальні тканини у вигляді медико-інструментальної обробки, тимчасового пломбування кореневих каналів, великого значення мають фізичні методи впливу на заапикальне вогнище хронічної інфекції.

**Мета** – дослідити вплив фонофорезу комплексної гомеопатичної композиції з протизапальною й регенеруючою дією на репаративні процеси у вогнищі деструкції кісткової тканини в лікуванні хронічного гранулюючого періодонтиту, а також підвищити ефективність лікування цієї одонтопатології.

**Матеріали й методи.** Для лікування хронічного гранулюючого періодонтиту ми вибрали фонофорез і комплексний гомеопатичний препарат, який поєднує в собі речовини рослинного, тваринного й мінерального походження. Препарат виконує протизапальну, анальгетичну, хондропротекторну, регенеруючу дію.

Під наглядом перебували 58 пацієнтів чоловічої й жіночої статі від 40 до 55 років без супутньої патології. Дослідженню підлягали 29 молярів і премолярів верхньої щелепи, 29 молярів і премолярів нижньої щелепи з діагнозом – хронічний гранулюючий періодонтит без наявності норицевого ходу. Пацієнти були розділені на дві групи: основну й контрольну. Методика лікування періодонтиту всіх пацієнтів була традиційною й полягала в хемомеханічній і медикаментозній обробці кореневих каналів.

Основну групу з 33 пацієнтів лікували із застосуванням фонофорезу комплексного гомеопатичного препарату, контрольну групу з 25 пацієнтів – без застосування фонофорезу. В основній групі композицію наносили на слизову оболонку в ділянці проєкції верхівки кореня причинного зуба і випромінювачем обробляли зону в постійному режимі (доза випромінювання ультразвуку складала  $0,05 \text{ Вт/см}^2$ ) по 10 хв щодня. Курс лікування становив 10 процедур. Одночасно виконували тимчасове пломбування кореневих каналів кальцієвмісним препаратом «Апекс-дент». У контрольній групі виконували тільки тимчасове пломбування кореневих каналів «Апекс-дентом».

**Результати дослідження** та їх обговорення. Позитивними вважали результати лікування, коли площа ураження зменшувалась на  $1/3$  і більше від розміру попереднього вогнища.

Аналіз отриманих результатів дає змогу стверджувати, що через 3 місяці в основній групі пацієнтів вогнище деструкції в періапикальних тканинах зменшилось на  $1/2$  у  $95,2\% \pm 1,2$  випадків. У контрольній групі вогнище запалення зменшилось на  $1/3$  лише у  $23,5\% \pm 0,7$  випадків. Через 6 місяців після лікування в пацієнтів основної групи вогнище деструкції кісткової тканини зменшилось на понад  $2/3$  у  $96,5\% \pm 1,3$  випадків. У контрольній групі ефективність лікування була нижчою й регенерація заапикального деструктивного вогнища складала  $1/2$  у  $78,3\% \pm 1,2$  випадків.

**Висновки.** За результатами досліджень, деструктивне запалення в періапикальній ділянці швидше регенерувало в пацієнтів, яким проводили фонофорез препарату разом із тимчасовим пломбуванням кореневих каналів кальцієвмісним препаратом. У пацієнтів, яким не застосовували фонофорез, регенерація відбувалася набагато повільніше.

Отже, ультразвукове введення комплексного гомеопатичного препарату у вогнище хронічного запалення забезпечує прискорення процесів регенерації періапикальних тканини, що підвищує ефективність консервативного лікування хронічних гранулюючих періодонтитів.

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Попело Ю.В., Доленко О.Б., Коротич Н.М.

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ОБЛАСНОГО ЦЕНТРУ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ Й ДЕФОРМАЦІЯМИ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**Мета дослідження:** висвітлити провідні організаційні напрями роботи обласного центру для дітей із вродженими й набутими вадами розвитку обличчя.

**Матеріали й методи.** Під нашим систематичним наглядом натеper перебувають 37 дітей із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння і 8 дітей, в яких виникли прояви посттравматичних і післяопераційних деформацій обличчя після хірургічних втручань із приводу й одонтогенних та неодонтогенних доброякісних пухлин, і об'ємних операції на м'яких тканинах.

**Результати.** Необхідність висвітлення даної проблематики зумовлена недооцінкою останнім часом ролі спланованої, всеохопної організації надання комплексної стоматологічної допомоги цій категорії дітей за

умов реформування медичного обслуговування в майбутньому. Це може призвести на початковому етапі до зниження належного рівня забезпечення їх медичного і психологічного супроводу і своєчасного вирішення питань соціального захисту.

Тридцятирічний досвід роботи Полтавського обласного центру на базі комунального підприємства «Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка Полтавської міської ради» переконливо доводить необхідність його функціонування й указує на високу результативність і в найближчі, і у віддалені терміни спостереження. За такий тривалий час його діяльності сформувалася чітка позиція щодо того, що для його успішної діяльності, розвитку на перспективу, рівня надання комплексних лікувально-профілактичних заходів необхідно підвищувати інтерактивні організаційні процеси. У зв'язку з цим слід регулярно вдосконалювати структурно-організаційний і адміністративний впливи, спрямовані на покращення матеріально-технічного оснащення й забезпечення висококваліфікованим кадровим потенціалом. До складу фахівців обов'язково мають входити спеціалісти всіх стоматологічних профілів, педіатри, логопеди, дефектологи, психологи.

Зокрема, залучення новітніх технологій, застосування розроблених і вдосконалених видів оперативних втручань потребує постійного підвищення кваліфікації всіх залучених медичних працівників, що дозволяє розширити спектр і якість надання необхідного обсягу високоспеціалізованої допомоги пацієнтам, поліпшуючи тим самим умови для їх реабілітації.

Натепер у Центрі з успіхом застосовуються:

- хірургічні заходи, які визначають і передбачають строки, послідовність проведення окремих етапів оперативних втручань і необхідність повторних реконструктивних заходів;
- ортодонтична корекція складних зубощелепних аномалій і деформацій кісток обличчя із застосуванням сучасних конструктивних технологій;
- всеосяжне лікування терапевтичної стоматологічної патології й проведення навчальних курсів із професійного догляду за порожниною рота;
- лікування супутньої соматичної патології й залучення суміжних спеціалістів для з'ясування й уточнення деяких невирішених діагностичних питань.

Ураховуючи наявність тісного взаємозв'язку між усіма складовими заходів, які проводяться в таких дітей, найкращий ефект створюється саме за умов функціонування таких реабілітаційних центрів з обов'язковим збереженням принципів диспансерного забезпечення.

**Висновки.** Отже, формування комплексного підходу до реабілітації дітей із вродженими й набутими дефектами й деформаціями щелепно-лицевої ділянки потребує осмислення питань раціонального вдосконалення чинних класичних принципів організації надання всіх видів допомоги пацієнтам цієї категорії за умов, що нас очікують. Особливо це набуває актуальності, коли мова йде про скорочення на фінансування видатків, що змушує вишукувати додаткові шляхи надходження коштів, але при цьому не слід забувати про те, що це декретована група населення, яка має право розраховувати на допомогу з боку держави й адміністративних структур.

*Ткаченко І.М., Назаренко З.Ю.*

## КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ВИБІЛЮВАЛЬНИХ СИСТЕМ «ORALESCENCE» І «DASH»

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**Мета дослідження** – визначити й порівняти клінічну ефективність використання професійних систем «Opalescence» («Ultradent Products», США) і «Dash» («Discus Dental», США) для вибілювання вітальних зубів і дослідити гіперестезію як можливе ускладнення цієї процедури.

**Матеріали й методи.** Нами було проведено офісне вибілювання зубів 40 пацієнтам віком від 25 до 30 років. Відповідно до використаної вибілювальної системи вони були поділені на дві дослідні групи (по 20 осіб у кожній). Пацієнтам першої дослідної групи для вибілювання зубів використовували систему «Dash», для другої групи - «Opalescence». Пацієнти обох груп були рандомізовані щодо віку, статі, етіологічних чинників дисколоритів і ступеня зафарбовування зубів. Обстеження хворих проводили за загальноприйнятими критеріями. Крім того, визначали колір зубів за стандартною шкалою «Vita Shade» до й після процедури вибілювання. Перед вибілюванням у всіх хворих проводили професійне чищення зубів.

Ступінь гіперестезії після процедури вибілювання визначали відповідно до класифікації Ю.А. Федорова (1981). Задля об'єктивізації ступеня чутливості твердих тканин зубів використовували індекс інтенсивності гіперестезії зубів (ІІГЗ), який обчислювали в балах за формулою:  $ІІГЗ = \text{сума значень індексу для кожного зуба} / \text{кількість зубів із гіперестезією}$ . Для отримання детальнішої інформації про суб'єктивні відчуття хворих і об'єктивізації отриманих даних ми використовували словесний рейтинг і шкалу, які дозволяли перевести суб'єктивні відчуття хворих в умовні одиниці (Г.Ф. Білоклицька, 1996). Для врахування кількості уражених гіперестезією зубів використовували індекс розповсюдженості гіперестезії зубів (ІРГЗ) (Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, 1997), який обчислювали за формулою:  $ІРГЗ = \text{кількість зубів із гіперестезією} / \text{кількість зубів у}$