

Досліди *in vitro* показали, що поліфункціональний інгібітор “Апрокал” («Дженні Біотек», Індія) у концентрації 100-400 мкг пригнічує активність нейтральних протеїназ на 87%, еластази – на 57%, калікреїну – на 70%. Синтетичний інгібітор “ПАМБА” («IPW», Німеччина) практично повністю (на 98%) гальмує фібринолітичну активність ротової рідини.

На підставі отриманих даних розроблена і впроваджена в клінічну практику схема лікувально-профілактичних заходів у дітей із хронічним катаральним гінгівітом, яка охоплює:

1. Навчання дітей раціонального догляду за порожниною рота, індивідуальний підбір оптимальних засобів і заходів гігієни.

2. Регулярну професійну гігієну порожнини рота.

3. Санацію порожнини рота (усунення каріозних порожнин, неповноцінних пломб).

4. Аплікації мекфенамінової пасти або пасти «Мекфенат» («Фармак») на 15-20 хв при середньому й тяжкому ступенях захворювання. Тривалість курсу – 5-10 днів.

5. Аплікації на ясна розчинів антипротеазних препаратів «ПАМБА» і «Апрокал». Аплікації накладали на 15-20 хв щодня. Кількість аплікацій залежала від ступеня тяжкості захворювання. При легкому ступені проводили 5-6 аплікацій, середньому – 7-8, тяжкому – до 10. Інгібітор застосовували 1 раз за день.

6. Ротові ванночки й полоскання порожнини рота в домашніх умовах збором лікарських рослин «Елекасол», а при загостреному перебігу захворювання - відвар квітів ромашки або їхній водно-спиртовий екстракт «Рекутан» 2 рази за день по 15-20 хв після чищення зубів.

Клінічні й біохімічні результати показали, що у випадку вираженого синдрому кровоточивості ясен найефективніше застосування синтетичного інгібітора “ПАМБА”, а за наявності вираженого набряку, застійних явищ, схильності до рецидивів – “Апрокалу”.

Курс лікування закінчували в разі припинення скарг на кровоточивість і больові відчуття в яснах, при задовільному гігієнічному стані, ущільненні, зникненні гіперемії й набряку ясенного краю, а також за достовірного покращення лабораторних показників стану пародонта.

У віддалені терміни дітям із середнім і тяжким ступенем захворювання були проведені профілактичні курси інгібіторної терапії: із середнім - 1 раз за пів року, із тяжким ступенем захворювання – 1 раз за 3 місяці, дітям із легким ступенем достатньо було проведення професійної гігієни раз за пів року.

Висновки. Ефективність запропонованого методу лікування доведена клінічними спостереженнями 70 дітей безпосередньо після лікування, а також через 3, 6, 12 місяців. Застосування розробленого комплексу сприяє нормалізації показників пародонтальних і гігієнічних індексів, активності протеїназ і еластази, а також умісту їхнього основного регулятора – α_1 -інгібітора протеїназ. Застосування патогенетично обґрунтованого комплексу позитивно впливає на клінічний перебіг запального процесу в яснах, істотно скорочує строки лікування (приблизно в 1,5 раза) і сприяє стійкій клінічній ремісії протягом 1,5 року.

Воронкова Г.В., Карасюнок А.Є., Смаглюк Л.В.

ДІАГНОСТИКА ЗМІНЕНОГО ПАСИВНОГО ПРОРІЗУВАННЯ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Діагностична оцінка посмішки відображає об'єм тканин ясен і зубів, що оголюються. Це підкреслює зростаючу потребу в обміні інформацією й науковими знаннями між ортодонтами і пародонтологами, тобто в інтеграційному підході до лікування ортодонтичних пацієнтів.

Положення ясен має клінічне значення, оскільки воно не є статичним. Прорізування зуба охоплює складний ряд стадій, які досі широко не вивчені. Згідно з концепцією безперервного прорізування воно не припиняється, навіть коли зуби контактують зі своїми функціональними антагоністами, а триває протягом усього життя. Активне прорізування – це рух зубів у напрямку оклюзійної площини, а пасивне прорізування – оголення зубів шляхом апікальної міграції ясен. Пасивне прорізування зазвичай відбувається після прорізування зубів, продовжується в підлітків і остаточно припиняється після завершення росту обличчя. Змінене пасивне прорізування (ЗПП) виникає, коли край ясен неправильно розташовується на анатомічній коронці в зрілому віці й не наближається до цементно-емалевого з'єднання (ЦЕЗ). Поширеність ЗПП серед дорослого населення натеper дорівнює близько 12% випадків.

Пропонуються дві різні морфологічні закономірності зміненого прорізування. ЗП – тип 1: визначається виключно затримкою пасивного прорізування, що спричиняє надмірне перекриття ясен на анатомічній коронці зуба, тоді як відстань від кісткового гребеня до ЦЕЗ нормальна. ЗП – тип 2: визначається первинною недостатністю активної фази прорізування, унаслідок чого зуб не виходить достатньою мірою з альвеолярної кістки, тим самим залишаючи цементно-емалевий перехід дуже близько до кісткового гребеня. Така ситуація, своєю чергою, запобігає верхівковій міграції ясен під час фази пасивного прорізування.

Найбільше клінічне значення ЗПП мають його естетичні наслідки. Як правило, це зміна дентофасіальної гармонії: квадратний вигляд коронок, оголення ясен під час посмішки, згладжена ясенна фестончастість.

Диференційовану діагностику ЗПП треба проводити з гіпертрофією ясенної тканини, вертикальним верхньощелепним ростом, зубоальвеолярною екструзією, короткою верхньою губою та її гіперактивністю, або їх комбінацією. Проводиться оцінка губ пацієнта в спокої та під час посмішки. Якщо спостерігається надмірна демонстрація ясен, коли пацієнт природно посміхається, необхідно оцінити довжину й рухомість верхньої губи. Звичайна динаміка верхньої губи має перехід від 6 до 8 мм від спокою до повної посмішки й до 10 мм при гіпермобільності губи. Клінічний огляд має включати оцінку будь-якої стертості верхніх різців, щоб унеможливити компенсаторне прорізування (зубоальвеолярна екструзія).

Комплексний підхід до лікування пацієнтів із ЗПП включає врахування періодонтальних втручань, реставраційних маніпуляцій і ортодонтичного лікування.

Отже, змінене пасивне прорізування – це незвичайна фізіологічна варіація морфології зубоясенного комплексу, яка призводить до естетичних недоліків і розглядається як фактор ризику захворювань тканин пародонта. Тому, плануючи ортодонтичне лікування, необхідно враховувати наявність зміненого прорізування зубів, а корекція зубощелепних аномалій мусить мати інтеграційний характер.

Гаджула Н.Г., Горленко І.М., Погоріла А.В., Квірікашвілі А.М.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКУ Й ПОЛІКОМПОНЕНТНОГО ГЕЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Мета дослідження: вивчити ефективність лікування хронічного періодонтиту за поєданого застосування ультразвукової обробки системи кореневих каналів і полікомпонентного гелю за результатами клініко-рентгенологічного дослідження.

Матеріали й методи. Ендодонтичне лікування 24 зубів із деструктивними формами хронічного періодонтиту провели у 22 пацієнтів віком 25-45 років, які були рівномірно розподілені на 2 групи – основну й порівнювальну. Лікування виконували за 2 відвідування. В основній групі пацієнтів на першому відвідуванні здійснювали інструментальну обробку кореневих каналів технікою Crown-down, медикаментозну – 3% розчином гіпохлориту натрію й 15% розчином ЕДТА. Кореневі канали обробляли ультразвуком у поєднанні з гелем «Jen-MetroHeCoг» («Джен Дентал», Україна) за допомогою апарата Suprasson SP 4055 («Saatelec Sas Acteon Division», Франція). У кореневі канали вносили гель «Jen-MetroHeCoг», активними компонентами якого є метронідазолу бензоат, хлоргексидину діацетат 2%, гідрокортизону ацетат; ізолювали стерильною ватною кулькою, зуб герметично закривали тимчасовою пломбою з цементу на 2-3 дні. На другому відвідуванні кореневі канали обробляли ультразвуком із гелем «Jen-MetroHeCoг», проводили повторну механічну й медикаментозну обробку, пломбували латеральною конденсацією гутаперчі й силером «Acroseal» («Septodont», Франція). У групі порівняння після інструментальної обробки кореневих каналів технікою Crown-down виконували іригацію каналів за протоколом ендодонтичного лікування: 15% розчин ЕДТА → 3% розчин гіпохлориту натрію → стерильний фізіологічний розчин → 2% розчин хлоргексидину. У канали вносили хлоргексидину гель 2% і закривали тимчасовою пломбою на 2 дні. За позитивної динаміки лікування кореневі канали пломбували методом латеральної конденсації гутаперчі й силером Acroseal «Septodont». Ефективність лікування оцінювали за результатами клініко-рентгенологічного дослідження одразу після пломбування кореневих каналів, через 3, 6, 12 місяців.

Результати. На контрольних оглядах після пломбування кореневих каналів у основній групі пацієнтів ускладнення виявляли в 1/12 (8,33%) випадків, у порівнювальній – у 4/12 (33,33%). Больові відчуття при накушуванні на зуб і невеликий набряк м'яких тканин швидко зникли після 2-3 сеансів УВЧ-терапії. Через 3 місяці на контрольних рентгенограмах пацієнтів обох груп повного зникнення вогнища деструкції кістки не спостерігали, у більшості випадків діагностували часткове відновлення періапикальної ділянки; у 2 пацієнтів порівнювальної групи збільшилися розміри вогнища деструкції. Через 6 місяців динамічного спостереження в основній групі пацієнтів відсутність вогнища деструкції періапикальної ділянки виявили в 50,0% (6/12) випадків, зменшення межі розрідження на ½ і більше – у 33,33% (4/12), менше ніж на ½ – у 16,67% (2/12). У порівнювальній групі у 25,0% (3/12) випадків спостерігали повне відновлення кісткової тканини; у 33,33% (4/12) – зменшення розмірів вогнища деструкції на ½ і менше; у 25,0% (3/12) – без змін; у 16,67% (2/12) – збільшення вогнища періапикальної ділянки.

Через 12 місяців після проведеного лікування в пацієнтів основної групи розширення межі зони розрідження в періапикальних тканинах не виявляли; 58,33% (7/12) осіб мали повне відновлення кісткової тканини; 25,0% (3/12) – зменшення вогнища деструкції на ½ і більше від початкових даних; 16,67% (2/12) – менше ½. У групі порівняння в 41,67% (5/12) пацієнтів спостерігали повне зникнення вогнища деструкції; у 16,67% (2/12) – зменшення розмірів вогнища розрідження на ½ і більше від початкових розмірів; у 25,0% (3/12) випадків – без змін; у 16,67% (2/12) хворих виявлено збільшення періапикального вогнища.