гия, пути восстановления. М.: Триада, Лтд.; 2005. 312 с. 5. Кайдашев ИП, Шинкевич ВИ, Король ДМ [и др.] Очерки иммунобиологии слизистой оболочки полости рта. Полтава: Полимет; 2008. 304 с. 6. Матисова ЕВ. Колонизация условно патогенными микроорганизмами слизистой оболочки полости рта при хроническом пародонтите [автореферат]. Волгоград; 2010. 21с. 7. Цепов ЛМ, Цепова ЕЛ, Цепов АЛ. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем. Пародонтология. 2014; 3(72): 3-10. 8. Silvia M. Uriarte, Jacob S. Edmisson, Emeri Jimenez-Flores. Human neutrophils and oral microbiota: a constant tug-of-war between a harmonious and a discordant coexistence. Author manuscript. 2016. September; 273(1): 282–298. doi:10.1111/imr.12451. 9. Kleinfelder JW, Zappa U. Actinobacillus actinomycetecomitans – assozuerte Parodontalerkrankungen. Prophylaxe impuls. 2008; 1: 16 - 23. 10. Gazi MI. [et al.] Characterization of protease activities in Capnocytophaga spp., Porphyromonas gingivalis, Prevotella spp., Treponema denticola, Actinobacillus actinomycetecomitans. Oral Microbiol. Immunol. 2007; 12(4): 240 – 248. 11. Igarashi T, Yamamoto A, Goto N. Detection of dextranase-producing gram-negative oral bacteria. Oral Microbiol. Immunol. 2008; 13(6): 382 - 386. 12. Мейл Д, Бростофф Дж, Рот ДБ, Ройт А. Иммунология. М.:Логосфера, 2007. 556 с. 13. Ghoneum M. [et al.] Actinobacillus actinomycetecomitans suppresses rat natural killer cell activity in vivo. Acta Otolaryngol. 2004; 124: 621 - 627. 14. Belibasakis GN. [et al.] Cytokine rensponses of human gingival fibroblasts to Actinobacillus actinomycetecomitans cytolethal distending toxin. Cytokine. 2005; 30: 56 - 63. 15. Кондратенко ИВ, Бологов АА. Первичные иммунодефициты. М.:Медпрактика;2005.233с. 16. Цепов ЛМ, Николаев АИ, Михеева ЕА. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта [3-е изд., испр. и доп.]. М.:МЕДпресс-информ;2008.272с. 17. Мосеева МВ, Блашкова СЛ, Садилова ПЮ, Гасников КВ, Попова ОП. Оценка эффективности использования топических иммуномодуляторов в комплексе лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом. Медицинский альманах.2010;3(12):150-151. 18. Кузнецова ЛВ, Бабаджан ВД, Харченко НВ. Імунологія. Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля»; 2013: 565 с.

УДК 616.314.16-06-08-059-039

Сідаш Ю.В., Костиренко О.П., Масюкова Т.В., Сунцова К.А.

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИПРОЛЕТУ А ТА ЦИТРАТНОГО БУФЕРА В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава, Україна

Вступ. Постійний пошук більш ефективного способу лікування хронічних періодонтитів у пацієнтів з неодноразовими загостреннями є актуальним [1]. А саме гранулюючий періодонтит є досить активним та агресивним періапікальним процесом, що складно піддається консервативному лікуванню. Часто невдалі результати лікування гранулюючого періодонтиту пояснюються обмеженістю впливу на періапікальну ділянку, в якій прогресує інфекція, що є стійкою до ірригантів. Вторинна інфекція представлена мікроорганізмами, які ввели в кореневу систему під час ендодонтичних процедур, можливо, під час лікування, між прийомами або навіть після пломбування кореневого каналу [2,3].

Мета роботи - підвищити ефективність лікування гранулюючого періодонтиту шляхом пломбування кореневих каналів пастою з Ципролетом А та цитратним буфером для тимчасового пломбування каналів.

Об'єкти і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 17 чоловіків і жінок, віком 18-25 років з хронічним періодонтитом, що неодноразово загострюються. Проведені клінічні та рентгенологічні методи дослідження до лікування, після пломбування кореневих каналів, через 14 днів та 6 міс. пацієнтів на хронічний гранулюючий періодонтит.

Метод лікування здійснювали наступним чином: при першому відвідуванні після медико-інструментальної обробки кореневих каналів проводили тимчасове пломбування їх лікувальною пастою. Пасту готували методом змішування цитратного буферу, порошку антибіотику Ципролет А, та білої глини. Одну таблетку Ципролету А дрібнили до стану порошку, розчинили в цитратному буфері в пропорції один до одного та додавали білу глину, замішуючи до

сметаноподібної пасти. Відмічали клінічне покращення стану пацієнтів - зникнення норицевих ходів з гноєвиділенням. Також, за результатами рентгенологічного контролю: через шість місяць після закінчення лікування відмічається зменшення ділянок розрідження кісткової тканини навколоверхівок коренів.

Висновок. Таким чином, запропонований метод лікування пацієнтів на хронічний гранулюючий періодонтит шляхом використанням запропонованої нами методики пломбування кореневих каналів пастою з Ципролетом А та цитратним буфером для тимчасового пломбування каналів є ефективним та може бути рекомендований до застосування в ендодонтичній практиці.

Література: *1. Терапевтична стоматологія: підруч. для студ. стомат. факультету ВНЗ IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина. Вид.2-ге. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 393-396. 2. Сідаш°Ю.°В.°Використання локальної фотоактивованої дезінфекції кореневих каналів та імунокорегуючого засобу в комплексному лікуванні хворих на верхівковий періодонтит: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14. 01. 22. «Стоматологія» / Ю.°В.°Сідаш. – Полтава, 2011. – 15 с. 3. Застосування нанокристалів для лікування хронічного верхівкового періодонтиту. Костиренко О.П., Мельник В.Л., Шевченко В.К., Силенко Ю.І., Єрошенко Г.А. Світ медицини та біології. – 2020. – №3. (73) – С.61-65.*

УДК:616.314:615.24

Сімакіна З.О.

ВИКОРИСТАННЯ ВИСОКОЯКІСНИХ МАТЕРІАЛІВ В СУЧАСНІЙ ЕСТЕТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Sunny dental clinic, м. Полтава, Україна

Вступ. На сьогоднішній день, в стоматології впроваджується нові сучасні технології, такі як, адгезивна система, наногібридний композит, армування зуба із стекловолокна. І все це заради відновлення жувальної та естетичної функції щелепно-лицьової ділянки, для краси, ретельного пережовуванні їжі, збережені природнього зуба та для здоров'я людини. Всі нові технології доступні для практикуючих лікарів-стоматологів (адгезивна система, композити та ін.), але зараз їде тенденція застосування мінімального препарованих тканин зуба. Можливість використання ефективної та стабільної фізико-хімічної адгезії до тканин зуба дозволяє значно змінити спосіб їх препарування, а також отримати моментальний ефект, який може функціонувати тривалий час.

Але бувають різні випадки в практиці, наприклад, коли звертаються до стоматолога пацієнти з травмами зубів, або не якісне ендодонтичне лікування в минулому, яке призвело до тріщини зуба або відлома стінки зуба.

І бувають випадки, коли стінка зуба з частковою коревою частиною відламується у фронтальній ділянці пацієнта. Видалення такого зуба призведе до психологічної травматизації пацієнта. Тому щодо прийняття остаточного рішення лікування зуба треба найбільш раціонально підійти та зважити можливості зуба, пацієнта, лікаря та сучасні технології, якими буде відновлено зуб [5]. Вселити пацієнтові довіру до лікаря.

Представлений нижче клінічний випадок показує вражаючі можливо стекловолокна EverX Posterior, Японія. Це матеріал із стекловолокна, для заміщення дентину.

Актуальність теми. Принцип цілісності організму лежить в основі удосконаленого підхода к оцінці стоматологічного здоров'я. Якщо є сприятливі умови для збереження свого, природного зуба за допомогою стекловоловна, то