

Для місцевого знеболювання слизової оболонки ясен у дітей застосовують препарати на основі лідокаїну (10% гель лідокаїну, гель «Камістад») і бензокаїну (7,5%-10% гель «Дентол»). Їх використовують для лікування гострого катарального, гострого виразкового, загострення хронічного катарального гінгівіту, грануючої форми хронічного гіпертрофічного гінгівіту, у проведенні професійної гігієни порожнини рота.

Велика група лікарських засобів, що застосовуються в лікуванні різних форм гінгівіту в дітей, представлена антисепками. До них належать катіонні хлоровмісні детергенти (хлоргексидин, мірамістин), похідні піримідину (гексетидин), похідні нітрофурану (фурацилін, фурагін), йодовмісні галоїди (бетадин). Їм притаманна бактерицидна дія щодо численних грампозитивних і грамнегативних пародонтопатогенних мікроорганізмів, дріжджоподібних грибів і окремих найпростіших. Антисептичний супровід є невід'ємною частиною професійної гігієни порожнини рота, що входить до алгоритму лікування всіх форм гінгівіту. Для антисептичної обробки порожнини рота можуть бути використані й засоби рослинного походження, що містять екстракти лікарських трав чи їхні ефірні олії («Лістерин зеро», «Стоматофит», «Ротокан» та ін.).

Засоби комбінованої дії широко застосовуються в лікуванні різних форм гінгівіту в дітей (гелі «Холісал», «Пансорал»). Протизапальна дія цих препаратів зумовлена вмістом саліцилату холіну, антибактеріальна – хлориду цеталконію. Їх можна застосовувати дітям віком від 3-х років.

Для усунення запальних явищ у тканинах пародонта традиційно використовують нестероїдні протизапальні засоби: мефенамінат натрію (мазь «Мефенат»), бензидамін (0,15% розчин «Тантум Верде»). Одним із сучасних лікарських засобів, що характеризується протизапальною й протинабряковою дією, стимулює регенерацію м'яких тканин, є «Генггель», до складу якого входить гіалуронова кислота. Суттєва перевага цього препарату – відсутність вікових протипоказань до його застосування.

З метою етіотропного впливу на пародонтопатогенну мікрофлору широко використовують похідні нітроїмідазолу – метронідазол у комбінації з хлогексидином (гель «Метрогіл Дента», «Дентагель»). Проте слід пам'ятати про вікові обмеження – їх рекомендують використовувати з 12-14-річного віку.

Для прискорення процесів епітелізації тканин при лікуванні гострого виразкового гінгівіту використовують засоби кератопластичної дії: олію шипшини й обліпіхи, каротолін, олійні розчини вітамінів А і Е. За місцевого використання вітамінних препаратів слід також урахувати вікові обмеження в дозуванні.

**Висновок.** У виборі лікарських засобів для місцевого лікування запальних захворювань тканин пародонта в дітей слід керуватися не тільки формою й характером перебігу гінгівіту, а й віком дитини.

*Павленко С.А., Павленкова О.В., Сидорова А.І., Лобач Л.М.*

## ТИМЧАСОВА ОБТУРАЦІЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРІОДОНТИТУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Хронічний періодонтит як вогнище одонтогенної хроніоінфекції стає джерелом сенсibiлізації організму хворого, що призводить до змін імунного статусу, зниження резистентності організму й ускладнення перебігу соматичних хвороб. У лікуванні періодонтиту, урахувавши складну систему кореневих каналів та їх інфікованість, питання очищення кореневих каналів виходить на перший план. З цієї точки зору тимчасова обтурація кореневих каналів матеріалами, здатними «стерилізувати» макроканал і мікроканальці, а також впливати на періапикальні тканини, є актуальним завданням для лікаря-стоматолога.

**Мета дослідження** – проаналізувати зміни в періапикальних тканинах при лікуванні деструктивних форм періодонтиту після тимчасової обтурації кореневих каналів.

**Матеріали й методи.** Нами було проведено лікування 17 зубів (9 однокореневих, 8 багатокореневих) у 14 пацієнтів, яким було встановлено діагноз «хронічний гранулюючий періодонтит» (12 зубів) і «хронічний гранулематозний періодонтит» (5 зубів). Клінічно й рентгенологічно періодонтит не діагностувався як загострення. Механічну обробку кореневих каналів проводили за методикою «Grown down», медикаментозну обробку – 3% розчином гіпохлориду натрію.

Для тимчасової обтурації кореневих каналів під час лікування деструктивних форм періодонтиту ми застосовували Са-вмісний матеріал «Calasept» («Skania Dental»). За рахунок високого лужного середовища (рН 12,5) цей матеріал впливає на мікроорганізми й ліпополісахаридні комплекси (ендотоксини), що звільняються при їх розпаді й викликають резорбцію в періапикальних тканинах. Матеріал «Calasept» (за дослідженнями спеціалістів фірми «Skania Dental») запускає механізми інтеграції цементобластів, що стимулює утворення потовщення цементу на верхівці кореня зуба.

Після висушування кореневих каналів за допомогою ін'єкційної голки «Calasept» вводили в кореневий канал. Зуб закривали тимчасовою пломбою зі склоіономерного цементу «Цеміон» («Владміва») на термін від 3 тижнів до 2 місяців, залежно від ступеня деструкції кісткової тканини в періапикальній ділянці (визначали за рентгенологічними знімками до початку лікування). Рентгенологічний контроль перебігу лікування проводили через 4-5 тижнів. У разі зменшення вогнища деструкції, підвищення щільності кісткової тканини, відсутності скарг пацієнта і клінічних проявів загострення в кореневих каналах повторно проводили механічну обробку, після чого пломбували «Ендометазоном» у комбінації з гутаперчевими штифтами. Після рент-

генологічного контролю якості пломбування кореневих каналів накладали ізолюючу прокладку й постійну пломбу з композитного матеріалу.

**Результати.** Наші дослідження показали, що застосування в ролі тимчасового пломбувального матеріалу «Calasept» під час лікування хронічних періодонтитів дає позитивний результат, який підтверджувався рентгенологічно. При розмірі деструкції кісткової тканини більше 3 мм після тимчасової obturaції кореневих каналів на 4 тижні лікування деструкція зменшувалася на  $\frac{1}{3}$  від початкової, а вже через 5 тижнів ці показники зменшувалися від  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$  від початкового розміру. Збільшувалася і щільність кісткової тканини у вогнищі деструкції, утворювався кістковий малюнок.

**Висновки.** Результати наших досліджень показали, що при лікуванні деструктивних форм хронічного періодонтиту (коли резорбція досягає 3 мм і більше) доцільно проводити тимчасове пломбування кореневих каналів матеріалом «Calasept», що підтверджується стійкими позитивними змінами у відновленні кісткової тканини періапикальної ділянки. Це дозволяє рекомендувати даний пломбувальний матеріал до широкого застосування в лікуванні хронічного періодонтиту.

*Павленкова О.В., Павленко С.А., Сидорова А.І.*

## **ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВІДНОВЛЕННЯ КОНТАКТНИХ ПОРОЖНИН БІЧНИХ ЗУБІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СІЦ «ЦЕМІЛАЙТ»**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**Метою дослідження** стало вивчення стану пломб із СІЦ «Цемілайт» у найближчі й віддалені терміни при різних підходах до препарування.

**Матеріали й методи.** Клінічне обстеження й лікування проведено 31 пацієнту віком 18-45 років. Усього проліковано 54 зуби з каріозними порожнинами 2 класу за Блеком. Пацієнтів було розділено на 4 групи.

У 1 групі препарували основну порожнину без додаткових елементів ретенції. У 2 групі препарували основну порожнину з елементами ретенції у вигляді додаткової площадки на жувальній поверхні молярів і премоларів. У 3 групі виконували «тунельне» препарування. У 4 групі препарували основну порожнину без додаткових елементів ретенції. Для відновлення використовували технологію «закритого сендвіча». Якість виконаних нами пломб оцінювали через 12 і 24 місяці за критеріями USPHS.

**Результати дослідження.** У 1 групі контрольні огляди через 12 місяців показали, що крайове прилягання трьох пломб у молярах порушено, барвник проникав між пломбою й зубом на глибину близько 1 мм, але при цьому пацієнт не відчував больової реакції на подразники, що свідчить про позитивний вплив іонів фтору, які входять до складу матеріалу. Відбувалося також потемніння кольору пломб на один порядок за шкалою Віта. Через 2 роки в 4 випадках виявляли порушення контактного пункту. У 2 групі через 12 місяців у 1 зубі діагностовано порушення крайового прилягання, причому в місці додаткової площадки, що свідчить про високий ступінь механічного навантаження на неї. Через 2 роки у двох випадках виявляли порушення контактного пункту. Як і в 1 групі, колір залишився стабільним.

У 3 групі через 12 місяців у 2-х зубах була діагностована тріщина горба в тому місці, де проводилося тунельне препарування. Через 2 роки зафіксовано 1 випадок цього ускладнення. У цій групі були кращі естетичні показники в порівнянні з 1 і 2 групами, що пов'язано з невеликою кількістю видалених тканин зуба.

У 4 групі закриття СІЦ «Цемілайт» мікрогібридним фотополімерним матеріалом «Charisma» дозволило набагато знизити недоліки склоіономеру. Через 12 місяців у цій групі не спостерігалось порушення цілісності пломб і крайового прилягання. Не було зміни кольору реставрації, але у двох випадках спостерігали фарбування контактних поверхонь і втрату блиску поверхні пломби. Через 2 роки порушення цілісності пломб і крайового прилягання не спостерігалось. Основним дефектом пломб, виконаних за цією методикою, є втрата блиску поверхні.

Найкращий результат був досягнутий у 4 групі, де відновлювали дефекти твердих тканин за методикою «закритого сендвіча». Застосування сендвіч-техніки сприяє міцнішому з'єднанню композиту з тканинами зуба у важкодоступних для полімеризації ділянках. СІЦ хімічно зв'язується з тканинами зуба, активно виділяє фтор, йому властива еластичність, що покращує обробку, запобігає розвитку карієсу й забезпечує надійне крайове прилягання.

**Отже,** склоіономерний цемент «Цемілайт» – доступний матеріал із цілою низкою позитивних характеристик, зокрема антикарієсогенною дією й тісною хімічною адгезією до твердих тканин.