

ментативних властивостей яких свідчив про високу патогенність указаних штамів.

У кров'яному руслі значної частини хворих на КГП виявляється антиген грибів роду *Candida*, що може слугувати діагностичним критерієм кандидозного ускладнення ГП і свідчить про значний вплив грибів не лише на тканини пародонта, а й на організм у цілому.

Опортуністична мікрофлора, до якої належать гриби роду *Candida*, активізується за умов імунологічних порушень організму людини, що підтверджують результати проведених нами досліджень. Так, у хворих на КГП у порівнянні з контрольною групою на 51, 4% знижується активність лізоциму проти 30, 1% у разі неускладненого ГП. У разі КГП виявлено підвищення загального вмісту імуноглобулінів у змішаній слині, а також імуноглобуліновий дисбаланс (появу IgM, підвищення концентрації IgG, зростання рівня загального IgA та зменшення частки SIgA).

Висновки. Діагностичними критеріями КГП можуть слугувати результати мікроскопічного дослідження вмісту ПК і показники ступеня обсіювання грибами роду *Candida*, виявлення полісахаридного антигену в сироватці крові, зниження активності лізоциму та імуноглобуліновий дисбаланс.

Пасько О. О., Бучковська А. Ю., Пришляк В. Є., Подільчак Н. В.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПРЕПАРАТОМ „ГАЛАВІТ”

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність проблеми. Нині помітна тенденція зростання рівня хронічних захворювань людини як бактеріальної, так і вірусної природи. Зниження функціональної активності основних компонентів імунної системи натеper розглядається як імунодефіцитний стан. Тривалий контакт мікроорганізмів зубного нальоту і тканин пародонта призводить до розвитку аутоімунних процесів. Одним із напрямків, що підвищують ефективність етіопатогенетичної терапії, є застосування імунотропних препаратів і розробка адекватних методів імунокорекції в комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит.

Наукова новизна роботи. Мета. Проаналізувати дію імуномодулятора „Галавіт” на формування імунної відповіді, оцінити його ефективність у складі стоматологічної плівки в лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Методи та результати дослідження. Під нашим спостереженням перебували 49 пацієнтів основної групи і 18 пацієнтів контрольної віком від 18 до 59 років. В останній групі було 20 пацієнтів із генералізованим пародонтитом I ступеня тяжкості і 29 пацієнтів із генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості. Хронічний перебіг хвороби виявлено в цих групах

відповідно в 11 і 17 пацієнтів, загострення – в 9 і 12. У контрольній групі було 9 пацієнтів із генералізованим пародонтитом I ступеня тяжкості і 16 – із II. Хронічний перебіг був у 5 і 9 пацієнтів, загострення – в 4 і 7 пацієнтів.

У всіх пацієнтів проводили клінічні та лабораторні методи дослідження. Як клінічні симптоми оцінювали біль, набряк, гіперемію, кровоточивість, дискомфорт, неприємний запах. Оцінювали індекс гігієни, пробу Шіллера-Писарева, стійкість капілярів, реакцію адсорбції мікроорганізмів клітинами епітелію (РАМ), цитологічний склад пародонтальних кишень. Комплексне лікування проводили поетапно: первинне обстеження, клінічне обстеження; для об'єктивізації пародонтального статусу застосовували відповідні індекси:

1) гігієнічний індекс ОНІ-S (Green and Vermillion, 1964);

2) пробу Шіллера-Писарева;

3) пародонтальний індекс PI (Russel, 1956).

Лікування обстежуваних хворих було комплексним, тобто ми проводили як місцеве, так і загальне лікування. На першому етапі пацієнтів проінструктували щодо дотримання правил індивідуальної гігієни порожнини рота. Потім проводили антисептичну обробку порожнини рота і видалення над- і під'ясенних зубних відкладень, полірування шийок зубів.

За наявності пародонтальних кишень за показаннями проводили закритий кюретаж, пізніше в кишені накладали „Галавіт” у вигляді мазі та накривали стоматологічною плівкою, яка теж містить „Галавіт”. Ця плівка має властивість самостійно розсмоктуватись, отже, пацієнт не відчуває дискомфорту в порожнині рота. Крім того, за показаннями в комплекс лікувальних заходів було включено хірургічне лікування (видалення коренів зубів і зубів, що не підлягають ортопедичному втручання).

У контрольній групі застосовували 0, 05 % фурацилін, ромазулон.

Лікування проводили в 10-12 сеансів. На 5-6 день у комплекс лікувальних заходів включали фізіотерапевтичні процедури – ультразвукову терапію.

Оцінювали результати застосування „Галавіту” за динамікою змін клінічних симптомів, індексів і лабораторних досліджень.

Зниження інтенсивності запальних явищ – гіперемії, набряку, кровоточивості ясен і зменшення виділень із пародонтальних кишень виявляли у двох групах після 2-3 сеансів. Для зменшення клінічних проявів запалення в основній групі потрібно було 5, 9±0, 09, а в контрольній 8, 4±0, 11 сеансів лікування. Після проведеного комплексного лікування знизилася проникність капілярів ясен. В основній групі час утворення вакуумної гематоми збільшився з 10, 5±1, 78 с і 12, 15±0, 81 с.

Застосування „Галавіту” дозволило звужити спектр антибактеріальної терапії. Відсоток хворих, у пародонтальних кишнях яких були виявлені дріжджо-

подібні гриби, достовірно знизився і в останній групі становив 21, 1 %, а в контрольній - 27, 4 %. Частота виявлення спірохет також зменшилась. Після лікування одиничні трихомонади виявлені у 20, 1 % пацієнтів основної групи і 31, 8 % пацієнтів контрольних груп.

Проведений курс лікування при генералізованому пародонтиті I-II ступенів тяжкості привів до зменшення загальної кількості лейкоцитів у основній групі на 49 % і на 43 % - у контрольній.

Порівняльний аналіз цитологічного складу вмісту пародонтальних кишень свідчить про сприятливу дію препарату „Галавіт” у вигляді мазі та особливо в складі стоматологічної плівки „Диплен-ГЛ”.

Висновок. Отже, застосування „Галавіту” в комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів тяжкості сприяло зменшенню симптомів запалення, зміцненню судинної стінки, стимуляції місцевих захисних сил. Позитивний клінічний результат досягнуто в середньому на 2 сеанси швидше, ніж у групі, де не застосовували цього препарату. Ефективність „Галавіту” в складі плівки обумовлена підвищенням активності факторів специфічного і неспецифічного захисту організму.

Педорець Н. О. , Піляєв А. Г. , Юровська І. О. АПІКАЛЬНІ МЕЖІ ПРЕПАРУВАННЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ: ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЇХ ВИЗНАЧЕННЯ

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Точне визначення апікальної межі препарування кореневого каналу і, відповідно, рівня його obturaції є досить актуальним та остаточно не вирішеним питанням у стоматології. Загальноновизнано, що ідеальною апікальною межею препарування кореневого каналу є цементно-дентинне сполучення (ЦДС), проте ЦДС - гістологічний маркер, який неможливо визначити клінічно, тоді як маркерами, що використовуються як орієнтири для визначення робочої довжини (РД) кореневого каналу, можуть виступати рентгенологічна верхівка кореня, апікальний отвір (АО) та апікальна констрикція (АК). Найбільш поширені рентгенологічні методи можуть локалізувати тільки рентгенологічну верхівку кореня зуба. У той же час локалізація апікальної констрикції шляхом використання тактильного методу не може бути визначена в зубах із несформованими коренями та в разі руйнування апікальної констрикції. Найважливішою перевагою електронних методів є те, що вони дозволяють вимірювати відстань до АО.

Мета цього дослідження - вивчити співвідношення робочих довжин кореневого каналу, визначених різними методами, та встановити чинники, що впливають на таке співвідношення.

Дослідження було проведено на 17 однокореневих зубах із живою пульпою, видалених за пародонтологічними показаннями, і на 18 зубах із хронічним

періодонтитом. Визначали РД кореневого каналу тактильним методом за методикою Петрова С. М. як тактильну робочу довжину (ТРД). Далі до файла, фіксованого в кореновому каналі на рівні ТРД, приєднували активний електрод алекслокатора „Bingo – 1020” і визначали електронну робочу довжину (ЕРД) кореневого каналу. Отримані дані були зіставлені з рентгенологічною робочою довжиною (РРД), визначеною методом Ingle на рівні 1 мм до рентгенологічної верхівки кореня зуба. Дані, отримані з використанням різних методів, порівняли з анатомічною робочою довжиною (АРД), а їх співвідношення оцінювали як точний збіг; прийнятний збіг та неприйнятний збіг. Отримані дані були проаналізовані з використанням непараметричного критерію Хі-квадрат.

Результати вказують, що ЕРД у зубах із живою пульпою дає найвищий рівень збігів з АРД. Точний збіг ЕРД з анатомічною довжиною склав 76, 48%, а разом із прийнятним збігом - 88, 24%. Найменший збіг з анатомічною довжиною був у робочої довжини, визначеної тактильним методом. ЕРД досить чітко локалізує положення апікального отвору. Неприйнятний збіг ТРД з АРД склав 64, 7%, тобто в більшості випадків застосування тактильного методу не дає можливості локалізувати положення апікального отвору. Аналіз співвідношення робочих довжин, визначених тактильним, рентгенологічним і електронним методами, в зубах із хронічним періодонтитом показав, що в 50% випадків АК була зруйнована і не могла бути визначена тактильним методом. Тому порівняльний аналіз у зубах із хронічним періодонтитом був проведений окремо для випадків зі збереженою та зруйнованою констрикцією. Вплив діагнозу на співвідношення збігів і розбіжностей робочих довжин з АРД у зубах із живою та некротизованою пульпою для кожного методу було оцінено з використанням критерію Хі-квадрат. Отриманий результат показує, що діагноз у випадках, коли АК збережена, сам по собі не впливає на достовірність відмінностей робочих довжин, визначених кожним із методів, що вивчаються. Проте при аналізі характеру відповідності була виявлена цікава особливість. ЕРД при пульпитах у всіх випадках або відповідала, або була більшою від АРД, тоді як при пародонтиті в 44, 5% випадків ЕРД була меншою від АРД. У зубах зі зруйнованою АК тактильну робочу довжину встановити не вдалося, тому співвідношення робочих довжин з АРД у зубах зі зруйнованою АК проводили лише за електронною й рентгенологічною робочою довжиною. При зруйнованій АК відсоток збігів РРД з АРД не відрізнявся в зубах зі збереженою АК, тоді як розбіжності між ЕРД і АРД суттєво відрізняються в зубах зі збереженою і зруйнованою АК. У зв'язку з цим ми порівняли характер незбіжностей РД кореневого каналу, визначеної електронним методом, з анатомічною робочою довжиною в зубах зі збереженою і зруйнованою апікальною констрикцією. Незбіжність робочої довжини має протилежний характер. У всіх випадках у зубах зі зруйнованою апікальною кон-