

Внаслідок зазначених оклюзійних розладів у $39,0 \pm 6,1\%$ дослідних спостерігались порушення фізіологічної траєкторії сумарного вектору оклюзійного навантаження.

Зазначимо, що клінічно ділянки функціонального перевантаження визначались у вигляді фасеток надмірного стирання, формуванням площинних оклюзійних контактів. На рентгенограмі у цих ділянках більш інтенсивно перебігали резорбтивні процеси в кістковій тканині.

Висновки. Отримані результати свідчать про складність відтворення функціональної оклюзії при ортопедичному лікуванні хворих на генералізований пародонтит, що вказує на необхідність оклюзійної діагностики як можливого шляху покращення ефективності лікування захворювання.

Филон А.Н., Чертов С.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра хирургической и протезной стоматологии

Актуальность. Хронический генерализованный пародонтит является достаточно распространенной патологией среди стоматологических заболеваний. Лица, подверженные этому заболеванию, могут быть различных возрастных категорий. Генерализованный пародонтит является одной из наиболее сложных и до конца еще нерешенных проблем клинической стоматологии, поскольку в 5-6 раз чаще, чем кариес, приводит к частичной и полной вторичной адентии, а длительное персистирование инфекции в пародонтальных карманах является фактором риска развития ревматоидного артрита, инфекционного эндокардита, атеросклероза, инфаркта миокарда, инсульта и др. Остро стоит вопрос в определении тактики лечения, которая даст длительный и стабильный положительный результат.

Цель исследования. Подтвердить эффективность применения обогащенного тромбоцитарного концентрата (PRGF) для лечения и регенерации тканей пародонта.

Материалы и методы исследования. Обследование и лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом проводилось в «Стоматологической клинике Сергея Чертова», г. Запорожье.

Группу исследования составили 40 проинформированных пациентов (22 мужчин и 18 женщин), возрастом от 33 до 68 лет.

PRGFприготовили из объема крови (20мл), взятого из периферической вены, при использовании цитрата натрия как антикоагулянта (цитратные пробирки системы PRGF). Пробирки центрифугировали для отделения плазмы от эритроцитарной массы (центрифуга MICROmed). Слой плазмы отделяли согласно протокола PRGF-Endoret.

Обследование пациентов проводили общепринятыми клиническими методами, а результаты вносили в стандартную медицинскую карту стоматологического пациента (форма №043/80). В возрастной группе 50-59 лет составляет 43% - 17 человек. В возрастной группе 40-49 лет было 12 человек, и это составило 30% от общего числа пациентов. В возрастной группе 60 лет и выше было 8 человек, что составило 20%, в группе 30-39 было 3 человека, что составило 7%.

Все пациенты были разделены на две группы. В первой (основной) группе было 20 пациентов, которым проводили лечение пародонта следующими процедурами: снятие зубных отложений с помощью ультразвукового скейлера, закрытый кюретаж с применением кюрет Грейси, назначением антибактериальной и противовоспалительной, общей и местной терапии, а также применение технологии Plasmolifting. Во второй, контрольной группе – 20 пациентов, которым проводилось подобное лечение, но без применения технологии Plasmolifting.

В основной группе пациентам сразу после проведения кюретажа, помещали в пародонтальные карманы обогащенный тромбоцитами концентрат PRF, с наложением швов нитью типа Vicril 5.

При обследовании всех пациентов как основной, так и контрольной группы, нами были использованы основные и дополнительные методы исследования применяемые в пародонтологии, а именно: клинический, статистический и рентгенологический.

Результаты исследования. Пациентов основной и контрольной группы обследовали как до применения обогащенного тромбоцитарного концентрата, так и после, на 12 сутки. В обеих группах проверялся уровень гигиены, который оценивался с помощью индекса гигиены полости рта Грина-Вермилльона (Green, Vermillion, 1964) и Федорова-Володкиной. Было выявлено, что непосредственно в 1-4 сутки после проведения процедуры, слизистая оболочка полости рта была умеренно гиперемирована и отечна, что вызвано инвазивными вмешательствами и соответствует норме. На 5 сутки 85% пациентов основной группы практически полностью отсутствовали признаки воспаления. У 15% пациентов основной группы, преимущественно из категории 50-59 лет, 60 лет и старше, признаки воспаления в виде гиперемии и болезненности сохранялись до

момента снятия швов на 8-10 сутки, что было связано с снижением регенеративных процессов ввиду пожилого возраста и наличием хронических соматических заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

На 12 сутки после проведения процедуры, было выявлено, что в основной группе индекс ОНІ-S составлял 0,71 (удовлетворительный, близкий к хорошему уровню гигиены). В контрольной группе – 1,32 (удовлетворительный уровень гигиены). Индекс Федорова-Володкиной в основной группе был равен 1,62 (удовлетворительный, близкий к хорошему). В контрольной группе – 1,8 (удовлетворительный уровень гигиены).

Клинические методы исследования, опрос пациентов, зондирование пародонтальных карманов, интраоральные осмотры слизистой оболочки полости рта показали такие результаты. Никто из пациентов основной группы, которым был применен обогащенный тромбоцитарный концентрат, не ощутил дискомфорта и не отметил признаков воспаления.

Выводы. Использование обогащенного тромбоцитарного концентрата, в сочетании с комплексным лечением хронического генерализованного пародонтита достаточно эффективно, поскольку не только ускоряет регенерацию мягких тканей, но и делает процесс лечения более прогнозируемым, за счет минимального количества осложнений.

Чаунанс А.В.

ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ В СЕБЯ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ

*Запорожский государственный медицинский университет,
Кафедра терапевтической ортопедической стоматологии*

chaunans@gmail.com

На практических занятиях студенты-стоматологи сталкиваются с множеством ситуационных задач, предполагающих четкий алгоритм оказания стоматологической помощи. Отсюда следует необходимость формировать у будущих специалистов комплексную лечебную стратегию, включающую в себя принципы профилактики основных стоматологических заболеваний.

Разработка данной стратегии должна основываться прежде всего на потребностях каждого пациента, в зависимости от клинической ситуации и нозологической формы заболевания. На практических занятиях по стоматологическим дисциплинам студенты должны ознакомиться с основными профилактическими мероприятиями. Основу этих мероприятий составляют: