**МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ГEHЕPAЛІ3ОBAHOГО ПАРОДОНТИТУ**

*Н.І. Гелей, Ю.Є. Локота, Р.Е. Голомб*

*Науконий керівник — доц. М.К. Добровольська, В.М. Гелей*

*Стоматологічннй факультет, УжНУ*

**METHODS OF TREATMENT OF GENERALIZED PARODONTITIS**

*N.I. Heley, Yu.Ye Lokota, R.E. Holomb*

*Scientific leader — doc. М.К. Dobrovolska, V.M.Heley*

*Faculty of Dentistry, UzhNU*

**Актуальність теми.** В практичній пародонтології залишаються невирішеними питання продовження часу ремісії і попередження рецидивів загострення хронічних дистрофічно-запальних процесів в тканинах пародонту.

Рішення цих проблем використання в лікунанні генералізованих форм пародонтиту антигомотоксичних препаратів (АГТП).

Нашою метою стала розробка схеми лікування генералізованого пародонтиту його з етіопатогенетичних механізмів його розвитку.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 8 хворих основної групи та 5 контрольної з І-ІІ ступенем генералізованого пародонтиту із загостреною гранулюючою формою симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту. Серед них - 7 чоловіків і 6 жінок, віком 30-50 років.

 У обох групах спостереження застосовувались клінічні та спеціальні методи спостереження: проба Шиллера-Писарєва, пародонтальний індекс ПІ A.L. Russet, індекс CPITN. Рівень гігієнічного стану порожнини рота за індексом OHI-S Green, J.R. Vеrmіlіоn (1960), стан кісткових структур альвеолярного відростка за даними ортопантомограми.

В якості контрольних показників були вибрані: колір, форма і консистенція ясенних сосочків, їх кровоточивість, глибина ясенних і пародонтальних кишень, рухомість зубів, глибина присінка і сила вуздечок верхньої та нижньої губи.

Первинне обстеження хворих констатувало гіперемію, ціаноз, набряк і атрофію ясенних сосочків І-ІІ ст. Проба Шиллера-Писарева була позитивною, кровоточивість Muhlemann (1958) I-II ст., індекс СРІTN дорівнює 3.5-4 бали, стан гігієни оцінювався у 3.8 бала, глибина присінка порожнини рота становила в середньому 2.5-3 мм, 80% пацієнтів мали низьке прикріплення вуздечки верхньої щелепи, в 70% було високе прикріплення вуздечки нижньої щелепи. Глибина пародонтальних кишень становила 3-4 мм., рухоміть зубів за Д.А. Ентіним (1957) відмічають I-II ст. На ортопантомограмах виявилась деструкція кортикального шару верхівок міжкоміркових перегородок, остеопороз губчастої речовини, розширення періодонтальної щілини біля шийок зубів, зменшення висоти міжкоміркових перегородок на 1/3-1/2 довжини коренів зубів.

В схему лікування хворих була включена певна послідовність застосування лікарських засобів. У 1-й день прийому призначались аплікації з парагелем. В якості загальної терапії рекомендували гомотоксичний препарат дренажної дії - лімфоміозот, підшкірні ін’єкції імуномодулятора ехінацея композітум №3 через 2 дні, а також протизапальний та імуномодулюючий траумель С - по 1 т. х 4 рази в день після їжі, гігієнічні рекомендації і застосуванням зубних паст протизапальної дії.

Через 3 дні здійснювали професійну гігієну ротової порожнини за допомогою ультразвукового скалера, ліквідували пункти травматичної оклюзії, проводили санацію зубів.

На 7-й день лікування виконувалась вестибулопластика за методикою В.С. Іванова, В.П. Почиватова.

Після закінчення курсу лікування пацієнтам рекомендували дотримання ретельної гігієни ротової порожнини, раціонального харчування.

**Результати дослідження та їх обговорення:**

Клінічними і додатковими методами було підтверджено клінічну ефективність лікувального комплексу. Через 30 днів від початку лікування у пацієнтів зникав набряк ясен, їх кровоточивість, нормалізувалась форма, зменшувалась глибина ясенних та пародонтальних кишень на 2-2,5мм за рахунок ліквідації набряку м'яких тканин. Проба Шиллера-Писарєва ставала задовільною, індекс СРІTN знижувався до 2 балів Рухомість зубів зменшувалась до І ст.

Хворі добре переносили курс лікування, відмічаючи покращення загального стану організму.

**Висновки.** Метод комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит І-ІІ ступеня загостреної форми хронічного симптоматичного гiпeртрофічного гінгівіту при використанні антигомотоксичних препаратів (АГТП) в поєднанні з вестибулопластикою сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, прискореному переходу захворювання в репаративну стадію, є достатньо ефективним і може бути рекомендонаним у пародонтологічну практику.