

При проведенні бактеріологічного дослідження у 31 хворого виявлено дисбіоз I ступеня, характеризований зростанням кількості умовно-патогенної флори при високому рівні (109-10¹⁰/г) бифідум бактерій. Дисбіоз II ступеня був виявлений у 19 (19,4%) обстежених і характеризувався зростанням асоціацій умовно-патогенної мікрофлори при нижній границі (10⁸/г) норми бифідобактерій. Дисбіоз III ступеня був виявлений у 9 (9,2%) пацієнтів і характеризувався поєднанням порушення бифідофлори — різке зниження впродовж до повного відсутства, — і аеробного компонента — поява значущої кількості (більше 10⁵/г) протеїв, синьогнійних паличок, патогенних стрептококів, грибів роду Кандида і інших.

У 21 (21,3%) хворого дисбіоз II-III ступенів асоціювався з запальними (ерозивно-язвеною і ексудативно-гіперемічною) формами КПЛ.

Отримані дані послужили обґрунтуванням комплексного лікування, проведеного спільно з гастроентерологами. Воно включало препарати, нормалізуючі секрецію ЖКТ (плантаглюцид, ораза, абомін, панзинорм, настої трав, мексофор, мексаза) в поєднанні з вітамінів терапією і транквілізаторами. Наявність дисбактеріозу кишечника стало основою для застосування бактерійних препаратів (лактобактерин, бифікол, бифідумбактерин, колибактерин), перевагу надавали бифідумбактерину. Лікування проводили тривалими курсами, кожен складав 1,5-2 місяця, контроль здійснювали за клінічними і бактеріологічними ознаками.

ВІДНОВЛЕННЯ ВЕЛИКИХ ДЕФЕКТІВ КОРОНКИ ЗУБА КОМПЗИТНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПЛАСТИКОВИХ КОВПАЧКІВ

М.О.Баранов

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

З метою одержання максимального косметичного ефекту при відновленні значних дефектів коронок зубів використовувалися пластичні ковпачки, які виготовляли індивідуально.

Існуючі стандартні пластикові матриці та пластикові ковпачки часто неможливо використати через їх невідповідність формі та розмірам коронки зуба, а індивідуально виготовлені не тільки давали можливість ідеально відтворити форму коронки зруйнованого зуба, але й не вимагали додаткової обробки поверхні.

Для виготовлення індивідуального ковпачка знімався гіпсовий відбиток, а потім з моделювального воску відтворювалася бажана форма відновлюваного зуба. З мелоту відливавася контрштамп, а потім ковпачок штампувався з пластин набору "Адапта". Через те, що останнім часом не завжди є можливість придбати цей набір, ми, шляхом дослідного підбору, встановили, що для штампування пластикових ковпачків можна використовувати полівінілхлоридну плівку, яка йде на виготовлення деяких побутових предметів.

Виготовлений ковпачок підганяється до відновлюваного зуба. Особливо треба звернути увагу на те, щоб краї ковпачка ретельно прилягали до ясеневого краю, навіть заходили у зубо-ясеневу боріздуку.

Після припасування готового ковпачка на відновлюваній коронці зуба ковпачок наповнювали пластмасою та надівали на коронку. Використовували матеріали "Карбодент", "Евікрол", "Стомадент".

Після зняття з реставрованої коронки зуба пластикового ковпачка поверхня ідеально відповідала фактурі емалі, що не вимагало додаткової обробки та полірування.

МОЖЛИВОСТІ КРИСТАЛОГРАФІЧНОГО МЕТОДУ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ПАРОДОНТОМ, В ЯКИХ Є ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

Т.П.Бачинська

м.Дніпропетровськ

Проблема взаємозв'язку ураження пародонту із системними ураженнями тканин суглобів не висвітлена в літературі, тому важливо мати на озброєнні методи дослідження, які б дозволяли з'ясувати певні сторони такого взаємозв'язку. До таких методів можна віднести кристолографічний метод дослідження біологічних субстратів (Д.Б.Каликштейн і др., 1990).

Принцип методу ґрунтується на властивості природних речовин, які є в біологічних об'єктах, зумовлювати утворення різних форм кристалів хлористої міді в залежності від тих процесів в організмі обстежуваної людини, які є визначальними на даний час.

У своїй роботі ми досліджували такі біологічні рідини як ротова рідина та сеча. Нами обстежено 62 хворих на запальні захворювання пародонту без супроводжуючої патології та 34 хворих із системним ураженням суглобів, у віці від 30 до 45 років.

Проведений аналіз конкретних ланок патогенезу однотипових клінічних проявів запальних захворювань пародонту у цих хворих із позицій кристолографії дозволив виявити гетерогенність інтимних механізмів розвитку патологічних змін у тканинах пародонту. У хворих запальними захворюваннями пародонту на фоні системного ураження суглобів пріоритетними були деструктивні зміни дистрофічного характеру. У протилежність у частини хворих без супроводжуючої патології провідними типами патогенезу були місцеві аутоімунні порушення і у решти виявлені ознаки як дистрофічного так і запального процесу.

Можливість фотографування кристалів забезпечує одержання об'єктивної документації обстеження і дозволяє оцінювати ефективність лікувальних заходів.