пациентов ГЭРБ и лиц группы контроля была собрана натощак ротовая жидкость и изучены скорость саливации, вязкость, ПН с помощью аппарата МРТ 2 (LAUDA, Германия).

По результатам исследования скорости саливации и вязкости получены данные, позволяющие достоверно утверждать о замедлении слюноотделения у больных ГЕРБ (0,28±0,07 мл/мин против 0,57±0,12мл/мин в группе практически здоровых) и увеличения вязкости в отличие от здоровых пациентов (5,3±0,3 усл.ед. против 2,55±0,25 усл.ед.). Данные межфазной тензиометрии засвидетельствовали, что характеристики ПН - ПН1, ПН2, ПН3, ПН4 являются невариабельными, тогда как модуль вязко-эластичности Е у пациентов с ГЕРБ снижается. Выявлены также достоверные отличия по сравнению с группой контроля времени релаксации Т по ПН, угла наклона кривой тензиограмм, что является отражением кинетики адсорбции молекул из раствора и процессов перестройки адсорбированных молекул.

Следовательно, изменение физических свойств ротовой жидкости может быть маркером происходящих перемен в организме больных ГЭРБ, как на этапе первичной диагностики соматического заболевании, так и в процессе их комплексного лечения у гастроэнтеролога и стоматолога.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЖІНОК У ПЕРІОД ЛАКТАЦІЇ

Петрушанко Т.О., Островська Л.Й.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Період вагітності та грудного вигодовування немовляти призводить до певних метаболічних зрушень в організмі матері. Відомо, що зміна мінерального гомеостазу жінки під час всього гестаційного періоду та періоду лактації негативно відображується на кістковій тканині та зубах матері.

Метою нашого дослідження було вивчення у динаміці стоматологічного статусу жінок під час вагітності та через 6 місяців після пологів. Для вирішення поставлених завдань проведено загальноприйняте клінічне стоматологічне та лабораторне обстеження 36 жінок віком 19-36 років.

У результаті проведених досліджень виявлено при первинному обстеженні патологію прикусу, наявність зубощелепних деформацій та аномалій м’яких тканин порожнини рота у 66,6±7,9% (24 осіб). Зміни некарієсних уражень зубів діагностовано у 6 вагітних (переважно флюороз різного ступеня тяжкості 16,6±6,2% та клиноподібні дефекти у 5,5±3,8%). Через 6 місяців після пологів кількість каріозних порожнин зросла на 16,7% порівняно з показниками III триместру та на 41,7% у порівнянні з показниками I триместру. Значення індексу КПВ у жінок через 6 місяців після пологів було в 1,3 рази вищим, ніж в III триместрі вагітності. Така динаміка показника вказує на зростання поширеності та інтенсивності карієсу при відсутності ефективної планової санації порожнини рота та індивідуалізованої профілактики стоматологічних хвороб. Також спостерігали зниження гігієнічного індексу в 1,2 рази через 6 місяців після пологів. В III триместрі вагітності 22 жінки із обстежених 36 мали зміни тканин пародонта, а через 6 місяців їх кількість склала 17 осіб. Змінився показник РМА, достовірно зменшуючись в 1,7 рази в термін 6 місяців після пологів порівняно з РМА в III триместрі, індекс кровоточивості по Muhlemann-Sax достовірно зріс в 1,6 рази в III триместрі порівняно з I-м з наступним його зменшенням в період вигодовування в 1,2 рази. Проведений аналіз даних додаткового обстеження жінок періоду лактації показав зниження швидкості салівації до III триместру в 1,3 рази з наступним підвищенням через 6 місяців після пологів. Показник в’язкості слини зростав в 4,5 рази до III триместру та знижувався в 1,2 рази в період вигодовування, що вказує на покращення фізичних властивостей слини у жінок в післяпологовий період.

Отримані результати вказують на необхідність індивідуальної первинної та вторинної профілактики стоматологічних хвороб у вагітних для попередження та зменшення каріозного процесу, хвороб тканин пародонта під час гестаційного періоду жінки та періоду вигодовування немовляти.

ВИКОРИСТАННЯ СКЛОПЛАСТИКОВИХ ШТИФТІВ ПРИ ПРЯМІЙ РЕСТАВРАЦІЇ БОКОВИХ ЗУБІВ З НИЗЬКОЮ КЛІНІЧНОЮ КОРОНКОЮ

Петрушанко Т.О., Попович І.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

При руйнуванні коронкової частини девітальних бокових зубів на 2/3 її величини і більше з низькою клінічною коронкою актуальним залишається питання її відновлення. Під час реставрації лікарю-стоматологу необхідно вирішити наступні завдання: відновити функцію жування даного зуба, забезпечити естетичний ефект, правильну оклюзію та надійне і тривале функціонування реставраційної конструкції. Реставрацію зруйнованої коронкової частини можливо здійснити прямим та непрямим методами. Непрямий метод має ряд труднощів. Для досягнення естетичного ефекту необхідно відпрепарувати кожну поверхню коронкової частини зуба щонайменше на 1,5 мм. Таке препарування у даному випадку неможливе внаслідок зменшення площі з’єднання внутрішньої поверхні коронки і кукси зуба та міцності фіксації штучної коронки. Методом вибору в даному випадку є пряма реставрація з використанням склопластикових штифтів. Вона дозволяє провести мінімальне препарування твердих тканини зу-

ба, забезпечити надійну адгезивну фіксацію комплексу «штифт-кукса» зуба в кореневому каналі та гарний естетичний ефект реставраційної конструкції.

Метою нашого дослідження стала клінічна оцінка якості прямої реставрації зруйнованих коронок девітальних бокових зубів з використанням склопластикових штифтів.

Для досягнення поставленої мети була проведена реставрація 14 зруйнованих коронок девітальних бокових зубів фотополімерним матеріалом «Charisma» із додатковим застосуванням склопластикових штифтів «ПАСС». Клінічну оцінку реставрацій проводили на основі загальноприйнятих рекомендацій (Чикаго 1994). Реставрації оцінювали в день відновлення, через 3 та 6 місяців. Оцінку проводили за 7 критеріями: анатомічна форма, крайова адаптація, шорсткість поверхні, крайове забарвлення, кольорова відповідність, вторинний карієс. Як показали результати досліджень анатомічна форма, крайова адаптація, крайове забарвлення, шорсткість поверхні та кольорова відповідність у всіх пацієнтів мала показник А (Alfa) як в день реставрації, так і через 3 та 6 місяців. Вторинний карієс був відсутній у всіх реставрованих зубах. Отримані результати свідчать про ефективність відновлення зруйнованих коронок девітальних бокових зубів за допомогою склопластикових штифтів. Такий спосіб лікування є найбільш адекватний з позиції біомеханіки зубощелепного апарату і може бути рекомендований для реставрації зруйнованої коронкової частини бокових зубів з невисокою клінічною коронкою.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ, СПРИЧИНЕНОЇ НАДКОМПЛЕКТНИМИ ЗУБАМИ

Пилипів Н.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Кількість надкомплектних зубів, яку виявляють за допомогою рентгенологічних методів, є значно вищою, ніж при стоматоскопічному дослідженні. За даними Ружило Т.К. (1995), при стоматоскопії рівень виявлених надкомплектних зубів склав усього 0,3%, водночас при рентгенологічному дослідженні досяг 2,27%, що свідчить про необхідність обов'язкового рентгенологічного контролю будь-якої форми затримки прорізування зубів.

На сьогодні, за результатами нашого дослідження, близько 10 відсотків випадків ретенції зубів спричинена наявністю надкомплектних зубів. Вираженість клінічних проявів та спосіб лікування такої аномалії залежать від кількості, розмірів і розташування надкомплектних зубів.

Метою нашого дослідження стало порівняння інформаційності різних рентгенологічних методів при діагностиці ретенції, спричиненої надкомплектними зубами та розпрацювання способів її лікування.

Матеріали та методи. За допомогою різних рентгенологічних методів проведено обстеження 22 пацієнтів з ретенцією зубів, спричиненою надкомплектними зубами та здійснено їх лікування.

Результати дослідження. Дані, отримані завдяки конусно-променевій комп'ютерній томографії, у 34% випадків відрізняються від таких, отриманих завдяки іншим рентгенологічним дослідженням. Так, у кількох випадках на ортопантомограмі було виявлено надкомплектний зуб, який був причиною ретенції, при 3D-відтворенні даних комп'ютерної томографії встановлено, що таких зубів є два. В окремих випадках були виявлені надкомплектні зуби, що взагалі не візуалізувались на ортопантомограмі.

Таким чином, у пацієнтів з ускладненою топологічною ситуацією, необхідно обов'язково проводити комп'ютерну томографію для чіткого визначення розташування ретенованих зубів, кількості та розмірів надкомплектних утворень та їх взаєморозташування з іншими зубами.

При проведенні лікування таких пацієнтів необхідно враховувати можливість виникнення дефекту у кістковій тканині щелеп. Тому, з метою створення сприятливих умов для переміщення ретенованого зуба, необхідно або починати лікування із переміщення ретенованого, зміщуючи надкомплектний до поверхні альвеолярного відростка, або проводити виповнення дефекту остеопластичним матеріалами.

ВИВЧЕННЯ СТІЙКОСТІ СТИРАННЮ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

Пилипченко В.І., Макаренко В.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Великі надії стоматологи покладають на покращення якості реставраційних матеріалів, необхідних для відновлення оклюзійних поверхонь. Міцність і твердість матеріалу не обов'язково відіграють тут головну роль. Важливе значення в цьому випадку має такий фактор, як стійкість стиранню, особливо коли поверхні зубів-антагоністів реставровані різними матеріалами. Значно швидше зношуються ті поверхні, які покриті матеріалом, що має більш високу здатність до стирання. Теж саме можна сказати про ортопедичні протези і конструкції. В практиці ортопедичної стоматології стирання має важливе значення також при шліфуванні, поліруванні і інших видах обробки протезів. Тому вивчення стійкості стиранню нових матеріалів є актуальним на сучасному етапі.