

Виходячи з судинно-біомеханічної гіпотези, застосування тимчасової шини дозволяє розірвати патогенетичний ланцюг запалення-кровообіг-дистрофія-функція жування, що сприяє поліпшенню трофіки тканин пародонту, зняттю запального процесу. Проведення гінгівотомії і гінгівектомії без попереднього виготовлення тимчасової шини неприпустимо.

При генералізованому пародонтиті в шину включають всі зуби, забезпечуючи іммобілізацію по дузі. При осередковому пародонтиті протяжність шини обумовлена локалізацією ураження і взаємовідношенням його із зубами, в яких пародонт не уражений: шина обов'язково повинна включати в блок зуби з неуразеним пародонтом.

Тимчасові шини виготовляють з пластмаси. Розрізняють капові шини, оральні і вестибуло-оральні багатоланцюгові.

Капові шини охоплюють оклюзійну частину коронок зубів, їх застосування пов'язане із завищенням оклюзійної висоти.

Пластмасові шини - капи, армовані металевою або неметалічною арматурою і тимчасово фіксовані, забезпечують якнайкращий шинуючий ефект, одночасно дозволяють відновити дефекти зубного ряду та поліпшити зовнішній вигляд пацієнта.

Вестибуло-оральні шини (круги) покривають тільки частину вестибулярної поверхні зуба, не заважають зімкненню антагоністів і не відтісняють ясеневий край.

Часто вибирають конструкцію: частковий знімний пластинковий протез із гнутими дротяними кламерами. Такий протез розхитує зуби кламерами, не усуває оклюзійну травму, травмує крайовий пародонт і слизову оболонку протезного ложа. Зате такий протез більш прийнятний за ціною, легко виготовляється і піддається лагодженню, в нього можна додати різні елементи лікувальних конструкцій - ортодонтичні елементи, оклюзійні майданчики і т.д. Такі протези показані в тих випадках, коли висота прикусу надійно фіксована декількома парами стійких зубів-антагоністів і не має ознак відбитого травматичного вузла.

Поява сучасних матеріалів, заснованих на застосуванні адгезивної техніки, дозволяє вирішувати проблеми шинування ділянок зубного ряду з дотриманням сучасних естетичних вимог і безпосередньо під час прийому хворого, без залучення тривалого лабораторного етапу. У ряді випадків нові системи дозволяють вирішити проблему заміщення одиночних дефектів.

Використовується 2 типи матеріалів залежно від їх хімічного складу:

- на основі неорганічної матриці GlasSpan (США) і Fiber Splint (Швейцарія);
- на основі органічної матриці поліетилену Ribbond (США) і Connect (США), виконані з безлічі якнайтонших волокон  $D=3-5$  мкм, сплетених між собою.

Однозначно відповісти, яка з арматур краща, досить важко. Є дані, що поліетиленові шини володіють кращою адгезією за рахунок спеціальної плазмової обробки - активації і краще просочуються композитом, що достатньо важливо, оскільки дозволяє композиту створити із стрічкою міцніший єдиний блок; вони мають кращу біосумісність з тканинами людського організму, оскільки складаються з біоінертного скла, а не з пластин.

Перевагою є те, що випускається їх модифікація у вигляді порожнистого джгутика, що значно розширює сферу застосування: джгутик оптимальний для шинування бічних зубів з використанням техніки створення борозенки, для відновлення одиничного дефекту зубного ряду або як альтернатива внутрішньокореневим штифтам.

УДК (616.313:612.88) - 074

## **ВІТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗУБНОЇ ПОВЕРХНІ В СИСТЕМІ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ**

**Іваницький І.О.**

**Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.**

В сучасних умовах гіперчутливість зубів (ГЗ) перетворюється на одне з найпоширеніших стоматологічних захворювань, клінічні прояви якого здатні істотно знижувати якість життя [И.К. Луцкая, О.А. Лопатин 2005]. Забезпечення високої ефективності його лікування можливе лише на основі розширення й удосконалення діагностичних методів. Зокрема, важливе значення для встановлення найбільш повної картини даного патологічного процесу та об'єктивізації оцінки наслідків проведеної терапії має вивчення особливостей структури твердих тканин зубів. Однак існуючі методики розраховані на роботу із видаленими зубами, тому їх використання для визначення результативності лікування ГЗ викликає достатньо великі сумніви. Саме тому ми вважали за необхідне розробити методику, яка б дозволяла здійснювати прижиттєве дослідження поверхневої структури зубів.

Метою нашого дослідження є підвищення ефективності лікування пацієнтів із гіперчутливістю зубів на основі удосконалення діагностики даного захворювання завдяки проведенню вітального електронно-мікроскопічного вивчення структури поверхні зубів із ознаками їх підвищеної чутливості.

**Об'єкти та методи дослідження.** В основу нашого дослідження були покладені результати вивчення структурних особливостей поверхні візуально незмінених зубів 49 пацієнтів із ГЗ та 20 практично здорових осіб. При обстеженні хворих застосовувалась запропонована нами власна методика дослідження мікрорельєфу зубів. На клінічному етапі із поверхні зуба рідким композитом «Jen LC Flow» фірми «Jendental» знімалися два відбитки: перший для усунення можливих зубних відкладень, другий як негативна копія зубної поверхні, що слугувала основою для подальшої роботи в лабораторних умовах. Там на нього наносилась нітроплівка з попередньо обробленою ацетоном поверхнею, яка після її остаточної полімеризації відокремлювалась від відбитка. Отримана таким чином репліка у вакуумній установці ВУП-4К піддавалась напilenню спектрально чистого графіту завтовшки у 600-700 А, а після цього занурювалась в ацетон. Під дією ацетону нітроплівка розчинялась, вугільна ж репліка залишалась. В подальшому цей відбиток наносився на предметну сітку та вивчався в трансмісійному електронному мікроскопі ЕМВ-100 Л.

**Результати досліджень.** При електронно-мікроскопічному вивченні мікрорельєфу поверхні зубів «in vivo» було встановлено, що емаль інтактних зубів здебільшого характеризувалась згладженим рельєфом з ледь помітними бугорками – проекціями закінчень емалевих призм. На поверхні емалі деяких зубів спостерігались поодинокі борозни – сліди від незначних подряпин.

Репліки, зняті у пацієнтів із ГЗ, відтворили поверхню емалі, що характеризувалась значними нерівностями, наявністю заглиблень та отворів. Їх електронно-мікроскопічне дослідження встановило, що нерівний мікрорельєф утворився за рахунок виступів закінчень емалевих призм, контури яких із різко означеними межами достатньо чітко проглядались на переважній більшості відбитків. На всіх зразках були виявлені порушення цілісності емалі за рахунок багаточисельних подряпин, тріщин та вищерблень, які різнились між собою глибиною та довжиною. Нерівний рельєф емалі сприяв накопиченню зубного нальоту, у зв'язку з чим на її поверхні спостерігалась значна кількість щільно зв'язаних з нею бактерій.

Таким чином, електронно-мікроскопічне вивчення рельєфу поверхні зубів із ознаками ГЗ «in vivo», особливо у порівнянні із зубами практично здорових осіб, дозволило встановити деструктивні зміни в їх твердих тканинах, особливо емалі, що призводять до її морфофункціональної неповноцінності. Виявлені порушення структури зубної поверхні вказують на наявність дисбалансу між процесами демінералізації та ремінералізації твердих тканин зубів на користь перших. На цій підставі можна стверджувати, що у патогенезі ГЗ важлива роль належить порушенням мінерального обміну в організмі. В подальшому проведення таких досліджень в ході лікування хворих із патологічною чутливістю зубів дозволить об'єктивно оцінити його результативність, зокрема зміни у процесах мінерального обміну в твердих тканинах зубів.

УДК 616.31 – 008.712 – 085.451

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ГІГІЄНИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОРАЛЬНОГО ГАЛІТОЗУ

*Іленко Н.В.*

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Галітоз (озостомія, стоматодисодія) - це хворобливий стан організму людини, одним із проявів якого є поява неприємного запаху з порожнини рота. Епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах світу засвідчили, що близько половини населення земної кулі страждає на галітоз. Розрізняють три принципово різні стани, пов'язані у свідомості пацієнта та у сприйнятті оточуючих його людей з неприємним подихом: 1) справжній галітоз – об'єктивна наявність неприємного запаху, який помічають оточуючі; він може бути фізіологічним (пов'язаний з особливостями орального біоценозу пацієнта) та патологічним (обумовлений захворюваннями); патологічний галітоз може мати причини в порожнині рота (оральний галітоз) та поза нею (екстраоральний галітоз); 2) псевдогалітоз – наявність ледь відчутного, практично невловимого запаху, який сприймається пацієнтом як значний; 3) галітофобія – відсутність будь-якого неприємного запаху в повітрі, яке видихається, при стійкій упевненості пацієнта у протилежному. Найпоширенішими є інтраоральні причини виникнення неприємного запаху з порожнини рота, оскільки фізіологічний галітоз майже завжди є оральним, а патологічний – у 85-90% клінічних спостережень.

Метою нашого дослідження стало дослідження причинно-наслідкових зв'язків виникнення галітозу у студентів-випускників стоматологічного факультету та визначення ефективності використання гігієнічних засобів для лікування та профілактики орального галітозу.

У дослідженні за добровільною згодою взяли участь 103 студенти 5 курсу стоматологічного факультету 21-25 років, яких поділили на 2 групи залежно від тактики застосованих лікувально-профілактичних заходів. Студентам, які склали 1 групу (60 осіб), здійснена професійна гігієна порожнини рота з використанням ультразвукового скейлінгу; проведена бесіда з приводу гігієни порожнини рота та її ролі у виникненні галітозу, роз'яснені принципи та основні методики використання предметів та засобів гігієни порожнини рота. Студентам 2-ї групи (43 особи) додатково в комплексі лікувально-