

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 різнилися 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-

профілактичних заходів рекомендований індивідуальний алгоритм гігієни порожнини рота з використанням підібраних індивідуально зубних щіток «Colgate 360⁰», зубних паст «Colgate», флосів та ополіскувачів «Colgate» для щоденного застосування протягом 6 місяців. Кожному обстеженому проводилося анонімне анкетування, загальне клінічне обстеження порожнини рота з визначенням індексів КПВ, РМА, ГІ за J.C.Green, J.R.Vermillion, індекса кровоточивості сосочків (PBI) по Saxer і Muhlemann, індекса CPITN, стану прикуса, спеціальне клінічне дослідження, що включало визначення індекса WTC (Winkel Tongue Coating), діагностичних тестів галітозу – тест з зубною ниткою та тест з серветкою, а також галіметрію з використанням галіметру компанії Air-lift. Обробка результатів дослідження проводилася з використанням статистичного аналізу пакету Microsoft Office.

Результати дослідження показали, що поширеність галітозу у студентів-випускників стоматологічного факультету складає майже 90 % і пов'язана вона переважно зі стоматологічними проблемами. Повторне клінічне обстеження через 6 місяців засвідчило, що студенти почали ретельніше проводити гігієнічні заходи. Так в комплекс щоденної гігієни порожнини рота чистку язика включили 87% респондентів, що на 12% більше порівняно з першим дослідженням, флосинг – 59% опитаних, тобто на 9% більше, ополіскувачі щодня почали застосовувати 82% учасника дослідження – на 32 % більше. Рекомендовані засоби та предмети індивідуальної гігієни фірми «Colgate» значно покращують гігієнічний стан порожнини рота та сприяють ліквідації оральних причин галітозу. Головним залишається комплексний підхід у гігієні, регулярність і правильне виконання всіх індивідуальних маніпуляцій для підтримання порожнини рота на високому гігієнічному рівні, як для боротьби з галітозом, так і для профілактики його виникнення.

УДК 616.314.07-089.23

РАЦІОНАЛЬНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ АДЕНТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕСПРИЯТЛИВИМИ КЛІНІЧНО-АНАТОМІЧНИМИ ЗМІНАМИ

Каленчук В.В., Польовий П.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Клініка дентальної імплантології, дослідницький центр ІМПЛАНТИСС, м. Чернівці

Стоматологічне лікування з використанням технології зубної імплантації стало сьогодні ефективним інструментом в реабілітації пацієнтів з різноманітними формами адентії. Завдяки вагомим показникам інтеграції імплантатів, відновлення за їх допомогою жувальної функції і естетики дентальна імплантація справедливо зацікавила як велику кількість практикуючих лікарів-стоматологів, так і значну кількість пацієнтів, що потребують стоматологічної реабілітації після втрати зубів.

Результати наукового і практичного досвіду фахівців стоматологів та високий рівень довіри пацієнтів до даного виду лікування призвели до зростання частоти звернень хворих у складних клінічних ситуаціях, зумовлених значною втратою кісткової тканини, вторинними зубощелеповими деформаціями, наявністю супутніх соматичних хвороб.

Аналіз лікування 1237 пацієнтів з використанням зубної імплантації за період 1998 – 2008 рр. показав, що близько 23,0 % з них потребували більш складнішого від звичайного протоколу хірургічного і ортопедичного етапу лікування у зв'язку з несприятливими для імплантації клінічно-анатомічними умовами. В якості додаткового протоколу лікування проводили кісткову аугментацію для створення умов адекватного встановлення зубних імплантатів, м'якотканинну аугментацію перед встановленням ортопедичних конструкцій, реконструктивні операції щелеп, техніку обходження важливих анатомічних утворень, виготовлення нестандартних зубних конструкцій, лікування або корекцію перед імплантологічними втручаннями загальносоматичної патології.

Ускладнені умови лікування впливали практично на всі основні його ланки: об'єм обстежень, тип зубних імплантатів, термін їх встановлення та навантаження, вид аугментаційного матеріалу для кісткової пластики, вид знеболення та ортопедичної конструкції.

Планування імплантологічного лікування пацієнтам в складних клінічно-анатомічних умовах у 26,0 % випадків потребувало додаткового томографічного обстеження щелеп для визначення тактики аугментаційних заходів. Ефективність лікування забезпечувалася конструкціями зубних імплантатів, що забезпечували незнімний, умовно-знімний та знімний характер фіксації.

Для аугментації дефіцитних станів кісткової тканини, як правило, використовували комбінацію матеріалів аутогенного, ксеногенного і синтетичного походження, оскільки кожен з них самостійно не забезпечував кількісні та якісні характеристики аугментату. Використання аутогенних кісткових матеріалів у пацієнтів з позаротових джерел практично витіснило використання внутрішньоротових джерел отримання кісткового матеріалу для аугментації щелеп перед встановленням імплантатів. Підтвердження ефективності техніки обходження щелепних синусів та нижньощелепного каналу при встановленні зубних імплантатів, що дозволила зменшити травматичність та час лікування.

Термін встановлення імплантатів під час здійснення аугментаційних заходів та термін навантаження