

Вісник стоматології

Науково-практичний журнал

5

Одеса • 2001

Вісник стоматології

ВІСНИК СТОМАТОЛОГІЇ

Науково-практичний рецензований журнал № 5 (29) 2000

•Заснований у грудні 1994 року

«Виходить щоквартально»

•НВА "Одеська біотехнологія"

Редакційна колегія

Головний редактор **К. М. Косенко**,
Голова редакційної ради **М. Ф. Данилевський**,
Науковий редактор **А. П. Левицький**,
Відповідальний секретар **Т. В. Капрельяни**

Члени колегії

О. М. Воскресенський
Р. Г. Синицін
О. І. Сукманський

Редакційна рада

А. Б. Борисенко (Київ)
В. С. Бурдейний (Одеса)
Г. М. Вишняк (Київ)
М. Ф. Данилевський (Київ)
Є. Н. Дичко (Дніпропетровськ)
Б. І. Куцєвляк (Харків)
Є. Б. Ковальов (Полтава)
І. І. Люля (Вінниця)
Б. О. Маланчук (Київ)
О. Є. Малевич (Дніпропетровськ)
І. С. Мащенко (Дніпропетровськ)
Б. П. Неспрядько (Київ)
О. Б. Павленко (Київ)
М. С. Скрипніков (Полтава)
Т. П. Скрипнікова (Полтава)
Н. І. Смоляр (Львів)
М. М. Угрин (Львів)
Ю. А. Федоров (С.-Петербург)
П. С. Фліс (Київ)
Л. В. Харьков (Київ)
Лі. О. Хоменко (Київ)
О. О. Челяпін (Харків)

Засновники журналу

Інститут стоматології АМНУ
Асоціація стоматологів України
Одеська обласна клінічна стоматологічна поліклініка

Журнал зареєстровано 7 грудня 1994 року,
свідоцтво: серія КВ, №1110

Мова видання

українська та російська

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Бюлетень ВАК України, 1999, №4)

Адреса редакції

65026, Одеса, вул. Рішельєвська, 11
тел./факс 22-80-49.
Інститут стоматології АМН України

Передплатний індекс 74108

E-mail: vesnik@far1ep.net

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради ОНДІС від 24.10.2000 р.

П.М. Скрипніков, канд, мед. наук

Т.П. Скрипнікова, д-р мед. наук, Т.А. Хміль

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Підвищення вимог до якості пломбування кореневих каналів, збільшення обсягу ендодонтичних втручань у зв'язку з великим відсотком ускладнень карієсу, плановим депульпуванням зубів, викликало необхідність деталізованого вивчення будови коренів зубів, каналів, варіантів їх розвитку [1].

У 1925 році Hess W., Zürcher E. [5] поклали основу анатомію корневих каналів, представивши їх як складну систему. Потім Burch J., Hullen S. [4] описали 8 типів корневих каналів, які можуть зустрічатись в одному корені. Пізніше Коєн С., Берне Р. [2] визначили типи корневих каналів в залежності від належності зуба до верхньої чи нижньої щелепи, до однокорене-вих чи багатокорневих зубів.

Ю. Вінніченко (1990) класифікував кореневі канали по куту вигину та співставляв цей параметр з можливістю інструментальної обробки. Ендодонтичні аспекти морфології зубів, загальні питання анатомії корневих каналів наведені Петрикас А., Овсепян А. [3].

Нами запропонована клінічна класифікація корневих каналів, згідно якої вони розподіляються на інтактні (первинні) і порушені (вторинні).

Під інтактними корневими каналами розуміються такі, що не змінені патологічними процесами або невдалими маніпуляціями лікаря, і вони первинно препаруються у зв'язку з лікуванням хірургічним екстирпаційним методом пульпиту, при лікуванні пародонтиту, при плановому депульпуванні з'яв.

Порушені канали визначаються при наявності таких чинників як їх облітерація, внутрішня і зовнішня резорбція, тобто бувшим або наявним у теперішній час патологічним процесом, а також раніше виконаними ендодонтичними втручаннями. У випадку їх невдачі можливі латеральні та апікальні перфорації, створення уступів, блокування каналу, поломка інструментарію, неповноцінне пломбування, зміна їх форми в результаті препаровки, перелом кореня та інші.

Ці клінічні розподіли корневих каналів визначають вибір метода лікування, його ефективність, вид гарантування.

Список літератури

1. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. - М., 1999. - 175 с.
2. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. - Санкт-Петербург, 1987. - 691 с.
3. Петрикас АЖ, Овсепян А.П. Общие вопросы анатомии корневых каналов // ДентАрт. - 1997. - № 4. - С. 20-24.
4. Burch J., Hullen S. A study of the presence of accessory foramina and topography of molar furcations // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. - 1974. - V. 38. - S. 451-455.
5. Hess W., Lurcher E. The anatomy of the root canals of the teeth of the permanent and deciduous dentitions. - New York: William Wood & Co., 1925. - 117 p.

Надійшла 30.06.2000

Адреса для листування: 36000, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА, каф. післядипломної освіти лікарів-стоматологів.

СПОСІБ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Проблема розробки нових ефективних методів патогенетичного лікування генералізованого пародонтиту залишається найбільш актуальною на сучасному етапі. Це пояснюється не тільки значною захворюваністю, але складністю підбору ліків у зв'язку з різноманітністю етіологічних і патогенетичних чинників.

Нами розроблено і впроваджено у практику спосіб лікування генералізованого пародонтиту, який передбачає використання у комплексній терапії на фоні загальноприйнятих методів лікування в якості протизапального і стимулюючого засобу вітчизняного пептидного препарату "Вермілат".

Препарат "Вермілат" являється комплексом природних пептидів з молекулярною масою до 10 кДа, отриманих з кільчатих черв'яків (патент України № 5743). Вермілат володіє вираженою антиальтеративною, протиексадитивною, антиоксидантною, репаративною, колагенопротекторною дією, стимулює утворення сполучної тканини, не викликає місцевоподразнюючої та алергізуючої дії. Механізм дії препарату обумовлено взаємодією сильноолужних пептидів з компонентами сполучної тканини і фібробластами [1-3].

Спосіб комплексного лікування пародонтиту виконують наступним чином: на початку визначають ступінь захворювання тканин пародонту, в залежності від чого проводять лікування, що включає санацію ротової порожнини (по показанням), видалення зубних відкладень, усунення пунктів травматичної оклюзії, зрощення порожнини рота розчином антисептиків, призначають внутрішню полівітаміну і десенсебілізуючі засоби. Після чого підсушують слизову оболонку ясен і наносять гель вермілату за допомогою шприца на ясна, міжзубні сосочки. Прикривши ватним тампоном оброблені поверхні, гель лишають на 20-30 хвилин. Додатково вводять внутрішньом'язові ін'єкції 0,75% водного розчину вермілату по 2 мл щоденно протягом 10 днів.

Пропонований спосіб був застосований у лікуванні 46 хворих генералізованим пародонтитом I і II ступеню. Ідентична група хворих з 15 пацієнтів, у лікуванні яких використана традиційна комплексна терапія генералізованого пародонтиту препаратом "Екстракт алое", була групою порівняння.

Після проведеного комплексного лікування пародонтиту даним способом у більшості хворих через 2-3 дня від початку застосування вермілату зменшувались запальні явища, зникав неприємний запах з рота, зменшувались пародонтальні кишені, кровоточивість ясен, затирав біль. Віддалені результати простежено від 2 місяців до 1 року. Через 6 місяців на рентгенограмах відмічалось ущільнення кортикальної пластинки, країв міжальвеолярних перегородок, зменшення вогнищ остеопорозу. Стабілізація патологічного процесу через 1 рік відмічена у 80% хворих пародонтитом.

Відмічено, що препарат "Вермілат", який шляхом зниження активності колагенолізу, пониження у сироватці крові рівня оксипроліну, нормалізації співвідношення кислоти і лужної фосфатази, реалізує свій корегуючий вплив на метаболізм сполучної тканини, надає позитивний терапевтичний ефект на стан тканин пародонтиту.

денту. Він полягає у нормалізації обмінних процесів і регенераторних властивостей пародонту.

Враховуючи відсутність побічних реакцій при застосуванні препарату "Вермілат", його виражений клінічний ефект, вплив на метаболізм сполучної тканини пародонту, можна вважати перспективним впровадження у клінічну практику даного пептидного препарату, як засоба патогенетичної терапії пародонтиту.

Список літератури

1. Кайдашев И.П. Биологическая активность полипептидного комплекса "Вермилат", выделенного из тканей червя *Eisenia foetida* // 36 тез. конф. "Физиология і патологія перекисного окислення, гемостазу та імунотенеза. - Полтава, 1996. - С. 25-26.
2. Кузник Б.И., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Цитомедины и их роль в регуляции физиологических функций // Успехи современной биологии. - 1995. - Т. 115, выл. 3. - С. 353-367.
3. Кузь Г.М. Стан систем вільнорадикального окислення, антиоксидентного захисту, мікроциркуляторного та коагуляційного гемостазу при гінгівіті та корекція поліпептидним препаратом (експериментально-клінічне дослідження): Авто- реф, дис.... канд. мед. наук. - Полтава, 1999.

Надійшла 30.06.2000

Адреса для листування: 36000, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА, каф. післядипломної освіти лікарів-стоматологів.

УДК 616.314.23-06:615.826

**С.І. Соловей, ММ Рожко, д-р мед. наук,
ІВ. Палшчук**

Івано-Франківська державна медична академія

СПОСІБ ЗАХИСТУ ЕМАЛІ ЗУБІВ ТА ПАРОДОНТУ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Питання захисту емалі зубів від пошкодження під час ортодонтичного лікування завжди було актуальним для лікарів-ортодонтів. Тому метою нашої роботи стало дослідження впливу фіксуючих елементів знімних ортодонтичних конструкцій на емаль зубів та маргінальний пародонт та розробка методу захисту їх від пошкодження.

Дослідження впливу фіксуючих елементів знімних ортодонтичних конструкцій на емаль зубів та маргінальний пародонт були проведені в дослідній групі з 30 пацієнтів, що лікувались з використанням знімних ортодонтичних апаратів. Отримані результати порівнювали з даними аналогічних досліджень, проведених в контрольній групі, яку склали 30 осіб з інтактними зубними рядами, які не лікувались у лікаря- ортодонта.

Проводились цитологічні дослідження клітин зубо- боясенної рідини: на забарвлених препаратах мазків ясенної рідини визначали розміри великого та малого діаметрів клітин, їх об'єм, типи ядер та кількість великих гранулярних включень в цитоплазмі.

Були також проведені електронномікроскопічні дослідження мікрорельєфу поверхні емалі зубів: репліки відбитків зубів вивчали за допомогою ПЕМ-100 МБЦ з прискорюючою напругою ЮОкВ.

Результати досліджень показали, що у осіб, які користувались знімними ортодонтичними конструкціями, на емалі зубів, що контактували з фіксуючими елементами, чітко відзначається місце довготривалого прилягання кламера до зуба і при- гранічна зона підвищеної демінералізації емалі. Що є прямою загрозою виникнення карієсу.

© Колектив авторів

Порівняно з контрольною групою пацієнтів у осіб, що проходили ортодонтичне лікування, відбувались значні реактивні зміни з боку маргінального пародонту: спостерігалась велика кількість епітеліоцитів, які розміщувались поодинокі або групами. Цитоплазма одних з них була просвітлена, інших - інтенсивно забарвлена. 6

цитоплазмі визначалась велика кількість включень і прикріплених дрібних частинок. Ядра епітеліоцитів були значних розмірів, з рівномірним розподілом хроматину. Спостерігалась значна кількість вільно розміщених лімфоцитарно-лейкоцитарних елементів.

З метою запобігання вищезгаданих явищ нами був розроблений метод захисту емалі зубів та маргінального пародонту, який полягає в використанні металевих захисних вестибулярних накладок з пазом для кламеру, якими накривають зуби, що будуть контактувати з кламерами. Суттєвим в їх конструкції є те, що глибина пазу становить половину товщини дроту.

Клінічне застосування вестибулярних накладок показало, що вони не тільки захищають емаль зуба, але й сприяють кращій фіксації ортодонтичного апарату при низьких клінічних коронках. Виготовлення таких накладок не потребує великих матеріальних витрат і значного часу. Ефект, який досягається при їх використанні повністю виправдовує додаткові етапи в роботі та витрати, що пов'язані з виготовленням накладок.

Надійшла 15.06.2000

Адреса для листування: 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2, ІДМА, кафедра стоматології ФПОЛ,

УДК 616.314-089.3-053.5:615.831

О.В. Суслова, М.М. Руденко, д-р мед. наук

Одесский государственный медицинский университет

ПРИМЕНЕНИЕ ДИХРОМАТИЧЕСКОЙ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Зубочелюстные аномалии занимают значительное место в структуре стоматологических заболеваний среди детского населения и удельный вес этой патологии увеличивается. При этом практически у всех детей с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА) выявляются изменения в тканях пародонта, что диктует необходимость разработки новых методов комплексного лечения детей с ЗЧА.

Актуально изучение возможности повышения эффективности лечения заболеваний тканей пародонта у детей с ЗЧА за счет более широкого применения физиотерапевтических немедикаментозных методов, например, квазилазерного. Исследованиями последних лет установлено, что некогерентный низкоинтенсивный монохроматизированный "синий" и "красный" свет квазилазера обладает противовоспалительным, обезболивающим и противоотечным действием, стимулирует микроциркуляцию и репаративные процессы в тканях и при этом не вызывает побочных эффектов.

Целью данного исследования было изучение состояния тканей пародонта при применении дихроматической фототерапии в комплексном лечении ЗЧА у детей и подростков.

Стоматологическое обследование наблюдаемых детей проводили по обычной методике. Гигиеническое состояние определяли с помощью индекса Грин-Вермильона (1964). Степень воспаления десны определя-

© О.В. Суслова, М.М. Руденко