

них зубів. Порушення статичних і динамічних співвідношень щелеп реалізується появою асиметричних рухів нижньої щелепи, невідповідністю кутів нахилу молярів та премолярів – нахилу різців та іклів, переміщення жувального центру на фронтальні зуби, формування задньо-бічного типу рухів на робочій стороні щелепи, зменшенням роз'єднання зубів на балансуєчій стороні щелепи, що призводить до дискоординації рухів і формування здебільшого горизонтального типу рухів при жуванні, якщо є багато реставрованих оклюзійних поверхонь зубів.

Функціональний стан жувальних м'язів залежно від якості відновлення оклюзійної поверхні шляхом прямої реставрації оцінено за допомогою електроміографії. Біполярні срібні на шкірні електроди фіксували одночасно з двох сторін на ділянці моторних точок (зон) власне жувальних і скроневих м'язів. При електроміографічному дослідженні використовували стандартні функціональні проби і вимірювали період біоелектричного спокою (БЕС), період біоелектричної активності (БЕА), амплітуду біопотенціалів (Амп.) та відношення величини періоду біоелектричної активності до періоду біоелектричного спокою тобто коефіцієнт «К». Оцінювали наявність спонтанної активності в періоді БЕС, форму жувальної хвилі (БЕА), наявність фрагментацій, насиченість, кількість жувальних рухів в одному жувальному циклі. Отримані дані порівнювали з нормальною електроміографічною активністю жувальних м'язів.

У пацієнтів з симетричними якісно відновленими оклюзійними контактами порушень за даними електроміографії не визначено. У пацієнтів з частковими оклюзійними контактами спостерігається швидка втомленість м'язів (28,58%), відчуття напруги жувальних м'язів (59,47%), збільшення розмірів власне жувальних (8,32%) або скроневих м'язів (28,3%). Показники електроміографії жувальних м'язів свідчать про збільшення часу динамічного циклу майже вдвічі, без значного зростання середньої амплітуди. У пацієнтів з інтерферентними або суперконтактами за даними електроміографії визначено зниження амплітудних показників активності м'язів при стисненні зубних рядів порівняно до норми, збільшено період біоелектричної активності і вдвічі зменшено період біоелектричного спокою, середня амплітуда власне жувальних м'язів збільшена.

Висновки. Таким чином при відновленні оклюзійних поверхонь зубів шляхом прямої реставрації виявлено % неефективних оклюзійних контактів зубів. Невідповідність оклюзійних контактів функціональним характеристикам прикусу супроводжується дискоординацією роботи жувальних м'язів у 83,4% випадків, неадекватним переміщення нижньої щелепи у 56,2%, збереженням кутів нахилу горбиків зубів тільки у 12,5% спостережень, відхилення форми сагітальної компенсаційної кривої у 80,9%. Все це негативно впливає на сагітальні та трансверзальні рухи нижньої щелепи і призводить до порушення функціонального стану жувальних м'язів, які намагаються повернути звичний стереотип своєї дії за рахунок стирання оклюзійних поверхонь відновлених без проведення оклюзійного аналізу.

Тобто при реконструктивних стоматологічних втручаннях необхідно дотримуватися принципів гнатології.

УДК 616.314.13-07

Іваницький І.О., Ніколішин А.К.

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ: ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ДЕСЕНСІТАЙЗЕРІВ ТА ПРЕПАРАТУ «КАЛЬЦІЙ- Д₃ НІКОМЕД»

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

Науковий інтерес до проблеми гіперчутливості зубів (ГЗ) останнім часом невпинно зростає. (Г.Ф. Білоклицька, 2008) Це пояснюється як значною поширеністю даного захворювання, переважанням серед хворих осіб працездатного віку, так і недостатньою результативністю його лікування. Тому цілком зрозумілим є прагнення розробити такі терапевтичні схеми, які б забезпечили стійке усунення клінічних ознак ГЗ.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування пацієнтів із ГЗ за рахунок вибору оптимального сучасного десенситайзера та пролонгування його дії завдяки посиленню процесів ремінералізації твердих тканин зубів.

Матеріали та методи обстеження. В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження та лікування 142 пацієнтів із ГЗ, які були поділені на дві групи. Кожна із цих груп складалась із 3 підгруп, місцеве лікування в яких здійснювалось одними й тими ж сучасними десенситайзерами: «Белак F», «Глуфторед» та «Десенсил» (фірма «ВладМиВа»). Проте якщо пацієнтам I групи для впливу на обмінні процеси було рекомендовано лише збільшити споживання харчових продуктів, багатих на кальцій, то у лікуванні хворих II групи з цією метою використовувався препарат «Кальцій-Д₃ Нікомед». Клінічна ефективність лікування протягом року встановлювалась на основі визначення індексів інтенсивності та розповсюдженості ГЗ (ІІГЗ та ІРГЗ), (Г.Б. Шторіна, 1986).

Результати дослідження та їх обговорення. Комплексна оцінка чутливості зубів вказала на те, що найвища якість лікування як у пацієнтів I, так і II групи була досягнута при застосуванні препарату «Глуфторед». У найближчі терміни (через 1 тиждень) не було зафіксовано жодного випадку, коли б проведене лікування виявилось би неефективним. Але найпереконливішим доказом переваг даного десенситайзера є стабільність досягнутих результатів лікування протягом всього терміну спостереження (1 рік). У хворих I групи через 1 рік після покриття чутливих зубних поверхонь препаратом «Глуфторед» повне усунення підвищеної чутливості збереглося у 43,5% пацієнтів, зменшення больових відчуттів – у 39,1%, рецидив захворювання відбувся у 17,4% хворих. В той же час при застосуванні препарату «Десенсил» повна відсутність больової реакції збереглась у 21,7% пацієнтів, її зменшення – у 43,5 %, повторне виникнення ГЗ зафіксовано у 34,8 % хворих. Найгірші результати лікування продемонстрував препарат «Белак F». Лише у 9,6% пацієнтів не відбулось рецидиву ГЗ, натомість у 52,4 % хворих спостерігався повернення симптомів захворювання.

У пацієнтів II групи різниця у результатах лікування виявилась ще більш відчутною. Через 1 рік у підгрупі хворих, що лікувались препаратом «Глуфторед» повна відсутність ГЗ зафіксована у 77,8% хворих, а у 22,2% пацієнтів показники ІРГЗ та ІІГЗ помітно знизились. При використанні препарату «Десенсил» ГЗ було повністю усунуто у 50% хворих, зменшено – у 38,5%, рецидив спостерігався у 11,5% пацієнтів. Після застосування препарату «Белак F» не було виявлено ГЗ у 27,3% хворих, зменшення її проявів – у 40,9%, повернення захворювання відбулось у 31,8% пацієнтів.

Висновки. Таким чином, порівняння результатів лікування обох клінічних груп доводить найвищу ефективність препарату «Глуфторед». В той же час при застосуванні одних і тих же десенситайзерів у різних групах хворих значно кращими результатами лікування виявилось у II групі, пацієнти якої отримували препарат «Кальцій-Д₃ Нікомед». Отримані результати дозволяють рекомендувати для лікування ГЗ десенситайзера «Глуфторед» у поєднанні із препаратом «Кальцій-Д₃ Нікомед».

УДК 616.31-089.28+616.316-008.811

Ирза О.Л.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Актуальной проблемой восстановительной медицины является повышение эффективности реабилитационных мероприятий, направленных на повышение резервных и адаптивных возможностей различных органов и систем. В этой связи разработка методов профилактики возможных осложнений в новом направлении современной ортопедической стоматологии — имплантологии, является чрезвычайно важной и актуальной задачей. Учитывая большую роль состояния естественной резистентности организма в процессе выздоровления, для стоматологов очень важно знать возможность использования таких методов и средств, воздействие которых на пародонт и организм человека в целом повышало бы его защитные силы, оказывало нормализующее влияние на разнообразные структурные и функциональные нарушения как в тканях пародонта после имплантации, так и всего организма. Поэтому активный поиск новых эффективных средств лечения, усиливающих регенерацию поврежденных тканей пародонта, остается актуальным и в настоящее время.

В нашем исследовании для повышения адаптации пациентов после дентальной имплантации и последующего протезирования мы применили отечественный препарат нового поколения, уже нашедший широкое применение в медицине, иммуномодулятор и адаптоген Эрбисол. Характерной особенностью является его способность повышать активность систем организма, контролирующих гомеостаз и, таким образом, влиять на различные патологические процессы в организме, оставаясь практически индифферентным для здорового организма. Механизм действия Эрбисола базируется в первую очередь на активации клеток макрофагального ряда, играющих важную роль в процессах репарации и регенерации. Экспериментальными и клиническими исследованиями уже доказано, что Эрбисол является эффективным средством активации репаративно-регенераторных процессов и неспецифического иммунитета, способствует угнетению воспалительных процессов и восстановлению функциональной активности органов и тканей, имеет мембраностабилизирующие и антиоксидантные свойства.

Целью нашего исследования явилось изучение сроков адаптации и влияния на них иммуномодулятора Эрбисол путем мониторинга скорости саливации ортопедических пациентов с металлокерамическими протезами, фиксированных на титановые имплантаты.

Для изучения функционального состояния тканей челюстно-лицевой области избраны показатели скорости саливации у 31 пациента после имплантации и протезирования металлокерамическими несъемными протезами, поскольку слюнные железы представляют собой объективный показатель для выявления общей и местной патологии. Внутри группы были выделены: подгруппа А (15 пациентов) – без применения иммуномодулирующей терапии и подгруппа Б (16 человек) – пациентам после фиксации несъемной конструкции ежедневно в/м в ягодичную мышцу вводился препарат «Эрбисол» по 1 мл, курсом 10 дней. Также обследовано 15 практически здоровых лиц, не страдающих дентальной патологией – контрольная группа. Исследование смешанной слюны проводилось в течении 1, 2, 3, 4, 5, 6 месяцев после фиксации протезов на имплантаты.

Анализ результатов скорости саливации показал, что к 1 месяцу наблюдений после протезирования изменения в скорости саливации носили статистически незначимый характер ($p > 0,05$) по отношению к контролю в обеих изучаемых подгруппах. Ко 2 месяцу наблюдения отмечался статистически значимый рост скорости саливации в как в подгруппе А, так и подгруппе Б, что нами расценивалось, как реакция слюнных желез на протезирование. К 3 месяцу после протезирования отмечался каскадный рост показателей скорости саливации у пациентов обеих подгрупп, но особенно выраженный в подгруппе А (без терапии препаратом Эрбисол), где они составляли $0,95 \pm 0,032$ мл/мин., что было на 39,0% выше контрольных показателей ($p < 0,001$). К 4 месяцу в подгруппе А значения скорости саливации составляли $0,85 \pm 0,033$ мл/мин., что было на 25,0% выше контроля, в то же время в подгруппе Б наблюдалась иная картина, где значения приобретали статистически незначимый характер по отношению к контрольным показателям и составляли $0,79 \pm 0,030$ мл/мин ($p > 0,05$). В последующие сроки наблюдений 5-6 месяцы в подгруппе А и подгруппе Б показатели скорости саливации приближались к контрольным ($p > 0,05$).

Таким образом, проведенный мониторинг скорости саливации при установке несъемных протезов с опорой на имплантаты позволил прийти к заключению, что ко 2 месяцу после протезирования наблюдается рост скоро-