

шийки, екваторіальною та різального краю. Ступінь третинної та вторинної мінералізації ми розглядали згідно з рекомендаціями Deutsch D. та Варшавського. Так, ступінь вторинної мінералізації, що відбувається шляхом заміщення амелогеніну кристалами гідроксіапатиту за ходом емалевих призм, нами враховувався за ступенем вираженості пучків емалевих призм. Третинна мінералізація вивчалася за ступенем вираженості ліній Ретціуса. Крім того, в разі комплексного гістохімічного забарвлення ШИК+альціановий синій + за Хартом товстих і тонких шліфів нами враховувався ступінь вираженості на вестибулярній поверхні кутикули, забарвленої в темно-фіолетовий колір, поперечної посмугованості емалевих призм альціанофільністю (тобто різним ступенем блакитного забарвлення), а також ступенем вираженості ламел (емалевих пластинок) за вмістом у них Харт-позитивних структур.

Наслідки проведених досліджень товстих і тонких шліфів свідчать про те, що по різальному краю в екваторіальній частині відмічаються добре виражені лінії Шрегера, які в ділянці емалево-дентинного сполучення мають чітко виражений малюнок, а в ополучені кутикули він згладжений. Має певне значення розташування ліній Шрегера: в ділянці екватора вони мають перпендикулярне спрямування, а в ділянці різального краю віялоподібне. Підтвердженням положення про різний ступінь вторинної та третинної мінералізації є поперечні зрізи центральних верхніх різців, проведені в ділянці екватора, на вестибулярній поверхні яких чітко видно наступні зони: кутикули, сильної мінералізації, слабкої мінералізації та зони хаотично розташованих пучків емалевих призм, для характерна анізотропія.

Таким чином, як показують наслідки наших досліджень, у разі прямокутної форми вестибулярної поверхні центральних різців є деякі істотні особливості ділянки різального краю, екваторіальної та ділянки шийки. Макро- та мікроскопічні дослідження дозволяють припустити, що як в різальному краї, так і в екваторіальній частині є вторинна та третинна мінералізація у вигляді чіткого малюнка окремих пучків емалевих призм, добре виражені лінії Ретціуса. Останні в ділянці шийки зуба слабо виражені. У разі трикутної форми зберігається третинна мінералізація у вигляді чітко виражених ліній Ретціуса. У ділянці екватора лінії Ретціуса частково збережені, хоча вторинна мінералізація ходом окремих пучків емалевих призм чітко виражена. У пришийковій частині спостерігається ідентичний малюнок мінералізації: поздовжні лінії збережені, а лінії Ретціуса як правило, відсутні.

Наслідки комплексних досліджень товстих та тонких шліфів різців з овоїдною формою вестибулярної поверхні дозволяють припустити, що ділянка вестибулярної поверхні в ділянці різального краю має вторинну мінералізацію з добре вираженими лініями Шрегера. Остання зберігається в екваторіальній частині. І, нарешті, в пришийковій ділянці поряд із вторинною мінералізацією нами визначається третинна мінералізація з добре вираженими лініями Ретціуса.

Використання сучасних технологій під час лікування активної фази хронічного верхівкового періодонтиту

Ніколішин А. К., Котелевська Н. В.

Полтава

Мета дослідження: використання комплексу протизапальних, протимікробних і гіпосенсибілізувальних препаратів у поєднанні з вакуум-відсмоктуванням гною під час лікування активної фази хронічного періодонтиту.

Об'єктами дослідження були 15 хворих з гранулюючою та гнійною формами верхівкового періодонтиту в активній фазі розвитку процесу (згідно з класифікацією С. А. Вайнруха, 1962).

Діагностику періодонтиту проводили за клініко-рентгенологічною картиною захворювання. Для рентгенологічної оцінки змін у навколоверхівковій зоні використовували основні морфологічні ознаки: контури та інтенсивність тіні вогнища.

Обробку кореневих каналів виконували з використанням сучасних ендодонтичних інструментів і "Crown down" техніки. Довжину кореневих каналів визначали за даними рентгенограм.

У перше відвідування після хірургічної та антисептичної обробки кореневих каналів під час лікування активної фази гранулюючої форми періодонтиту в кореневі канали та навколоверхівкове вогнище вводили суміш антибіотиків широкого спектра дії і трихополу на 1% гідрокортизоновій мазі. Через 1-2 дні за відсутності загострення проводили пломбування кореневих каналів.

За активної фази гнійного процесу після очищення та розширення кореневих каналів додатково використовували відсмоктування гнійного вмісту навколоверхівкового вогнища за допомогою вакууму. Після антисептичної обробки кореневих каналів у періапикальне вогнище вводили суміш антибіотиків і трихополу на гідрокортизоновій мазі на кілька днів. У наступне відвідування, за відсутності загострення, проводили пломбування кореневих каналів. За наявності залишкових явищ маніпуляції повторювали.

Нами проведено лікування 15 зубів з проявами хронічних форм періодонтиту в активній фазі процесу (5 зубів з грануляційною та 10 зубів з гнійною формами). В усіх 15 випадках було відзначено позитивний наслідок. Після використання запропонованого способу лікування в жодному випадку не було ускладнень. Найближчі та віддалені результати, які простежені протягом 6 міс, свідчать про позитивний терапевтичний ефект.

Таким чином, використання сучасного ендодонтичного інструментарію, "Crown down" техніки у поєднанні з уведенням у періапикальне вогнище суміші антибіотиків широкого спектра дії з трихополом на гідрокортизоновій мазі і додатковим відсмоктуванням гнійного вмісту з навколоверхівкового вогнища за допомогою вакууму за активної фази хронічного періодонтиту можна рекомендувати для впровадження в практичну охорону здоров'я.

Клініко-структурні зміни емалі при флюорозі зубів

Ніколішина Е. В.

Полтава

Морфологічні зміни в зубах, уражених флюорозом, найчастіше визначаються в поверхневому шарі емалі (В. К. Патрікеєв, 1956; М. І. Грошиков, 1985). Кожен ступінь важкості має свої структурні особливості, які необхідно враховувати під час діагностики та вибору методу лікування флюорозу. У клінічній практиці під час визначення ступеня важкості флюорозу зубів, окрім візуальної оцінки, використовують спеціальний тест – показник омичного електричного опору твердих тканин зубів. З літератури також відомо, що в разі важких проявів захворювання в поверхневому шарі утворюється нова сполука – фторид кальцію (А. К. Ніколішин, 1977, 1989).

Мета дослідження: вивчення структурних змін в емалі зубів, уражених флюорозом, проведення морфометричних замірів емалі при флюорозі різних ступенів важкості та їх зіставлення з показниками електричного опору твердих тканин зубів.