

Зміни твердих тканин зубів з віком

М.М. Малюченко, Л.С. Коробейніков, Д.Д. Кіндій

м. Полтава

Однією з основних ознак старіння зубів є зміна кольору емалі. Потемніння емалі зубів пояснюють утворенням значної кількості вторинного дентину, ретракції та зміни пульпи; пожовтіння емалі зубів пов'язане з відкладанням ліпохромів. Безперечно, колір емалі залежить від проникнення барвників із слини, їжі в органічну субстанцію емалі, яка їх абсорбує. Емаль зубів не регенерує, її ушкодження не-зворотні. Під час старіння твердість емалі зубів збільшується унаслідок накопичення мінеральних солей. З віком товщина поверхні змикання зубів у ділянці фісур збільшується, а в ділянках більшості горбиків – зменшується. Ознакою вікових змін є тріщини, які з'являються на вестибулярній поверхні фронтальних зубів.

Фізіологічне стирання зубів відбувається до глибокої старості, воно супроводжується відкладанням вторинного дентину у пульпі коронки поблизу різального краю, що може призвести до зменшення зубної порожнини.

У людей похилого віку дентин набуває жовтого кольору. Він мети чутливий, ніж у молодих, і ніколи не перетворюється у прозорий дентин. З віком його порожнина звучується як у вертикальному, так і в горизонтальному напрямках.

У твердих тканинах зубів спостерігається шаровий перерозподіл мікроелементів, підвищена мінералізація. В емалі перебудовуються призматичні структури, у дентині – міжтубулярний дентин.

У пульпі зуба збільшується кількість фіброзних волокон, що призводить до склерозування пульпи і перетворення її у щільну фіброзну тканину. Одонтобласти змінюють свою форму, розміщення їх порушується. Об'єм пульпової камери з віком зменшується.

Експериментальне дослідження впливу ендодонтичних матеріалів на структуру кісткової тканини

А.К. Нінолішин, Т.Д. Бублій, М.А. Волобуєв

м. Полтава

При виборі матеріалу для лікування деструктивних форм періодонтиту основна увага приділяється його біологічним властивостям.

Мета нашої роботи полягала в аналізі впливу ендодонтичних силерів різних хімічних груп на перебіг репаративних процесів у кістковій тканині.

У роботі були використані матеріали на основі епоксидного амінополімеру: "Віедент" ("ВладМіва", Росія), АН-26 ("Dentsply", США); цинк-оксидевгенольні цемнти: "Тіедент" ("ВладМіва", Росія), "Ендометазон" ("Septodont", Франція); кальційвмісні силери: "Фосфадент-біо" ("ВладМіва", Росія), "Біопульл" ("Chema", Польща).

Оцінку біосумісності ендодонтичних силерів проводили шляхом імплантації у кісткову тканину нижньої щелепи 6 безпородних собак за методикою Т.Г. Зеленіної (1985). Тварин виводили з експерименту на 7-му, 30-ту, 180-ту добу. Підготовку блоків і мікропрепаратів здійснювали загальноприйнятими методами (Р.П. Самусев, 2002).

У контрольній групі через 7 діб після нанесення травми у кістковій тканині відбувся ряд змін: у зоні навколо трепанаційного отвору формувалися порожнини, які оточували 1-2 остеони. Останні, на нашу думку, утворилися при розхитуванні остеонів під дією вібрації, яка неминуче розвивалася при роботі бора у процесі створення кісткового дефекту. У ці порожнини вросли кровоносні судини, які місцями формували густу капілярну сітку. На поверхні кісткових уламків зосереджу-

вались остеогенні клітини. По краю дефекту зберігалися ошурки та грануляційна тканина. Імплантація "Віаденту" та АН-26 сповільнювала процес утворення кровоносних судин у прилеглий зоні, репаративні процеси внаслідок цього були незначними; простежувалася невелика кількість остеогенних клітин. Реакція кісткової тканини на цинк-оксидевгенольні матеріали "Тіедент" та "Ендометазон" мало чим відрізнялася від контролю. При використанні кальційвмісних матеріалів "Фосфаденту-біо" та "Біопульпу" вже у цей термін експерименту зареєстровані активні процеси регенерації: по краю дефекту остеобласти розташовувалися у декілька рядів.

На 30-й день експерименту у контрольній групі межі колишнього дефекту були майже непомітні, відбувалося повне чи часткове його заповнення молодого остеїдною тканиною. Навколо імплантованих епоксидних та цинк-оксидевгенольних матеріалів спостерігалася формування сполучнотканинної капсули. Поряд з цим навколо "Віаденту" та АН-26 простежувалися ознаки неповноцінної регенерації. Спостерігалися деформації окремих гістіонів, відбувалася їх передчасна мінералізація. Навколо "Тіеденту" та "Ендометазону" зазначені процеси не спостерігалися.

На місці імплантації кальційвмісних матеріалів "Фосфаденту-біо" і "Біопульпу" формувалася молода кісткова тканина, у препаратах не було навіть слідів пломбувального матеріалу, що, на наш погляд, зумовлювалося розсмоктуванням матеріалів у процесі регенерації кісткової тканини.

На 180-й день експерименту в контрольній групі кісткова тканина у зоні колишнього дефекту нічим не відрізнялася від прилеглої.

Навколо імплантованих матеріалів "Віаденту" і АН-26 простежувалася сполучнотканинна капсула, а прилегла кісткова тканина ще зберігала ознаки неповноцінної регенерації. Зразки "Тіеденту" та "Ендометазону" також були оточені сполучнотканинною капсулою, а кісткова тканина навколо них була сформована в усіх деталях. На місці імплантації "Фосфаденту-біо" та "Біопульпу" спостерігалася повноцінна кістка.

Таким чином, експериментальні дослідження показали, що матеріали "Віадент" та АН-26 сповільнюють репаративні процеси; цинк-оксидевгенольні цементи "Тіедент" та "Ендометазон" майже не впливають на них, а кальційвмісні силери "Фосфадент-біо" та "Біопульп" прискорюють відновлення кісткової тканини у зоні дефекту.

Використання сучасних методик у лікуванні гострих пульпітів

А.К. Ніколішин, С.І. Геранін

м.Полтава

Проблема лікування захворювань пульпи посідає одне з важливих місць у науковій та практичній стоматології. Насамперед це зумовлено значним підвищенням рівня поширеності та інтенсивності ускладненого карієсу і передусім пульпітів.

Активне впровадження у практику сучасних матеріалів і технологій ендодонтичного лікування потребує перегляду традиційних підходів до лікування пульпітів. Але ще й до цього часу значна частина лікарів муніципальної стоматологічної служби віддають перевагу при лікуванні захворювань пульпи багатосеансному методу арсенодевіталізації, незважаючи на те, що використання миш'яквистої пасти руйнує тканину, яка забезпечує трофіку зубної тканини та її біологічний опір, порушує бар'єр, який запобігає попаданню інфекції у періодонт, та у багатьох випадках сприяє розвиненню токсичного періодонтиту. Зараз усе більшого поширення набуває метод лікування пульпіту в одне відвідування. Порівняно із девітальним, вітальний метод є більш фізіологічним для організму. Але широке впровадження у практику односеансного екстирпаційного методу лікування наштовхується на значні складності у вигляді післяпломбувального болю, гострого запалення періодонта та розвинення хронічних процесів у ньому.