

изолюючого матеріала был використан цемент «Riva» (SDI). Восстанавливали анатомическую форму зуба материалом «Latelux» (Latus). Эффективность проведенного лечения оценивали через 1, 3 и 6 месяцев. Рентгенологическое исследование проводили до лечения, непосредственно после лечения, через 1, 3 и 6 месяцев.

Результаты. При проведении контрольных обследований успешность оценивали по клиническим и рентгенологическим данным. Согласно клиническим наблюдениям в двух зубах были обнаружены признаки обострения процесса на вторые сутки после о лечения. Однако по ис-

течении последующих суток с использованием анагетиков боль и отек были устранены; зубы не удалены и находятся под наблюдением. По истечении 6 месяцев признаков патологической подвижности обнаружено не было. По данным рентгенологических исследований патологической резорбции корня обнаружено не было. Во всех остальных случаях период после лечения протекал гладко. В отдаленные сроки рентгенологических признаков осложнений не выявлено.

Вывод. Согласно результатам наблюдения применение ФК может быть достойной альтернативой девитальным мето-

дам лечения временных зубов. Наблюдения продолжается.

Наши наблюдения свидетельствуют о возможности расширения показаний для витальной ампутации во временных зубах с использованием ФК. Этот метод может применяться для лечения всех форм пульпитов, которые протекают без осложнений периодонтитами. Мы лечили с положительным исходом хронические гангренозные пульпиты при локализации распада в пределах корневой пульпы.

Можно считать, что ампутация пульпы с применением ФК является реальной альтернативой девитальным методам лечения пульпитов временных зубов.

Удод О. А., Мороз Г. Б.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ВІДНОВЛЕНЬ З ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Актуальність досліджень. Проблемам відновлення зубів з використанням фотокомпозитних матеріалів присвячено достатньо велику кількість публікацій у науковій літературі [1]. Для зменшення кількості ускладнень, які виникають унаслідок полімеризаційної усадки цих матеріалів, здійснюють дослідження в різних напрямках, однак кількість ускладнень не зменшується [2]. Нами був розроблений та експериментально обґрунтований метод полімеризації фотокомпозитів, сутність якого полягає у використанні двох світлових потоків фотополімеризатора, світловоди якого залежно від клінічних ситуацій розташовують під

різними кутами один до одного, а світлові потоки спрямовують через вестибулярну та оральну стінки каріозної порожнини або безпосередньо на матеріал [3].

Метою нашого дослідження була клінічна оцінка якості реставраційних робіт, виконаних із фотокомпозитного матеріалу «Filtek Z 250» («3M Espe») двома методами опромінення.

Об'єкт і методи дослідження. Було обстежено 75 осіб віком від 20 до 45 років, яким було відновлено 106 порожнин II класу за Блеком з приводу середнього і глибокого карієсу. Реставрацію зубів проводили за загальноприйнятими правилами. Фотокомпозитний матеріал вносили порціями та

опромінювали двома методами, відповідно до застосування яких були сформовані дві групи пацієнтів. До першої групи ввійшли пацієнти, яким було відновлено 50 зубів, опромінення матеріалу проводили методом «спрямованої» полімеризації. Пацієнтам другої групи було відновлено 56 зубів запропонованим методом. Контрольні дослідження проводили відразу після відновлення та через 24 місяці. Оцінку реставрацій здійснювали візуально-інструментальним методом за шкалою Ryge [4] за критеріями «крайове прилягання» і «крайове забарвлення».

Результати дослідження та їх обговорення. Найвищу оцінку «А» відразу після відновлення

отримали всі реставрації в пацієнтів обох груп за обома критеріями. Через 24 місяці під час контрольного огляду пацієнтів першої групи обстежено 42 особи із 42 відновленнями, в другій групі – 42 осіб із 47 відновленнями. Добре крайове прилягання за критерієм "крайове прилягання" визначили в пацієнтів першої групи в 78,57±6,33% випадків, а в пацієнтів другої групи – в 93,62±3,57% ($p<0,05$). Крайову щілину без оголення дентину в пацієнтів першої групи виявили в 19,05±6,06% випадків, тоді як у пацієнтів другої групи – в 4,26±2,94%. Крайову щілину з оголенням дентину або

прокладки було зареєстровано в 1 випадку відповідно до груп (2,38±2,35% та 2,13±2,10%).

У пацієнтів першої групи відсутність крайового забарвлення на межі матеріалу було визначено за критерієм "крайове забарвлення" у 80,95±6,06% випадків, другої групи – в 95,74±2,94% випадків, що вірогідно краще ($p<0,05$), ніж показник першої групи. Крайові пігментації без проникнення в глибину в пацієнтів першої групи було виявлено в 19,05±6,06% випадків, тоді як у пацієнтів другої групи крайові пігментації було виявлено лише в 4,26±2,94% випадків ($p<0,05$). Крайові пігмента-

ції з проникненням у глибину в пацієнтів обох груп були відсутні.

Висновки. Отже, в пацієнтів першої групи результати дослідження показують вірогідно меншу кількість ускладнень у разі використання одночасної двобічної полімеризації. Такі ускладнення як порушення крайового прилягання фотокомпозиту і крайове забарвлення насамперед пов'язані з полімеризаційним стресом під час полімеризації матеріалів. Застосування одночасної двобічної полімеризації дозволяє частково компенсувати сили напруги, які виникають унаслідок стресу.

Щербатих Л. Ю., Гольденберг Ю. М.

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА І ПАРОДОНТА ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Гіпертонічна хвороба є найбільш частою кардіоваскулярною патологією, яка має місце в осіб працездатного віку. Патологія пародонта також широко розповсюджена серед населення України. Залишається недостатньо вивченою проблема поєднаного перебігу цих двох захворювань, оскільки вони мають деякі спільні ланки патогенезу, однією з яких є ураження системного та мікроциркуляторного судинного русла, хоча це є основою виникнення і прогресування запально-деструктивних процесів у тканинах пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Науковцями минулих років установлено, що мікроциркуляторне

русло пародонта як найбільш активна зона гемодинаміки організму суттєво змінюється при постійних або часто виникаючих напругах судинної системи. Саме зацікавленість у цьому питанні стала метою нашого спільного дослідження із фахівцями клініки внутрішніх хвороб.

З цією метою нами проведено обстеження 32 хворих на гіпертонічну хворобу з метою визначення змін у системному і мікроциркуляторному руслі та виявлено:

– зміни в мікроциркуляторному руслі прогресують із розвитком основної хвороби та тісно корелюють не тільки зі ступенем тяжкості артеріальної гіпертонії,

а і зі ступенем порушення кровообігу в пародонті;

– при гіпертонічній хворобі 1 та 2 стадії ураження пародонта виявлені в 91,8% хворих. Гінгівіт визначався в 7,1% випадків. Локалізований пародонтит діагностувався в 5,6%, хронічний генералізований пародонтит – у 66,7%, пародонтоз – у 11,9%. Клінічно на слизовій оболонці порожнини рота виявляли виражені відхилення, які характеризувалися переважно судинними (набряк, гіперемія, ціаноз, судинно-пухирний синдром і т. д.), проліферативними (гіпертрофія грибоподібних та листоподібних сосочків) та атрофічними (атрофія ниткоподібних сосочків) змінами;