

- Гвоздева Ю.В. Комплексный метод профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей с высокой степенью перинатального риска / Ю.В. Гвоздева, И.А. Захаров // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сб. науч. трудов – Нижний Новгород, 2009. – С. 86–89.
- Гармаш О.В. Микроциркуляторные нарушения тканей пародонта при задержке внутриутробного развития./ Гармаш О.В., Назарян Р.С., Гартин В.В. // Украинський медичний альманах – 2012. – №5. – С. 66 – 68.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко // Киев: Здоровье, 2000. – 464 с.
- Насырова Д.В. Оптимизация лечения синдрома задержки роста плода: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01. – М, 2008.
- Нагаева Е.В. Внутриутробная задержка роста / Е.В. Нагаева // Педиатрия. – 2009. –Т. 88, № 5. – С. 140 – 146
- Хамід Ф. Особливості перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту в неонатальному періоді у дітей з малою масою тіла / Ф. Хамід // Педиатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – № 5. – С. 43 – 46.
- Хурасева А.Б. Современные представления об этиопатогенезе задержки внутриутробного развития плода / А.Б. Хурасева // Consilium Medicum Ukraina. – 2010. – №6. – С. 14 – 17.
- Bohr L., Greisen G. Prognosis after perinatal asphyxia in full-term infants. A literature review. // Ugeskr. Laeger. 1998. – № 160 (19). – P. 2845 – 2850.

#### Реферати

#### ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОРУШЕННЯ - ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ПАТОЛОГІЇ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ОБЛАСТІ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У КАТАМНЕЗОМ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

Гармаш О.В., Назарян Р.С., Назаренко Л.Г., Лихачова Н.В., Бабаджанян Е.Н.

Метою нашого дослідження було виявлення зв'язку церебральних гемодинамічних порушень у дітей з затримкою внутрішньоутробного розвитку з їх стоматологічним статусом. Обстежено 24 новонароджених із затримкою внутрішньоутробного розвитку. Використано клінічні та статистичні методи дослідження. Проведені дослідження показали високу поширеність аномалій щелепно-лицевої ділянки у дітей, які народилися з затримкою внутрішньоутробного розвитку. Зроблено висновок про те, що найбільші порушення зубощелепної системи при СЗВУР були виявлені для симетричного варіанти перебігу даного захворювання, де діагностовані найбільш виражені зміни церебральної гемодинаміки.

**Ключові слова:** синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, ротова порожнина, церебральна гемодинаміка.

#### HEMODYNAMIC DISTURBANCES - PATHOGENETIC BASIS TISSUE PATHOLOGY OF THE MAXILLOFACIAL AREA AND BRAIN DAMAGE IN CATAMNESIS SYNDROME PATIENTS INTRAUTERINE GROWTH

Garmash O.V., Nazaryan R.S., Nazarenko L.G., Likhacheva N.V., Babajanyan E.N.

The aim of our study was to reveal the connection between cerebral haemodynamic disorders of children with IUGR and their dental status. 24 children with IUGR were examined. Clinical and static examination methods were used. Mentioned examination methods have shown high prevalence of maxillofacial diseases of children with IUGR syndrome. It was concluded, that the most powerful disorders of dentition system under the IUGR syndrome are typical for symmetric type of the disease, where the most expressed changes of cerebral haemodynamic were diagnosed.

**Key words:** intrauterine growth retardation syndrome, oral cavity, cerebral hemodynamics.

Стаття надійшла 19.09.2013 р.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК: 616.314.-163.4-089.818.1

С.І. Герашін

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

#### ОПТИМІЗАЦІ ВИБОРУ СПОСОБІВ ПРЕПАРУВАННЯ ТА ОБТУРАЦІЇ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Приведені в статті результати дослідження дають можливість поліпшити якість ендодонтичних втручань, які пов'язана із появою нового інструментарію, технологій препарування кореневих каналів та їх обтурації. Питання вибору системи для препарування кореневих каналів залишається досить дискусійним. В результаті проведених нами досліджень, для найбільш ефективного препарування кореневих каналів можемо рекомендувати машинні файли «Mtwo» и «Pro taper».

**Ключові слова:** ендодонт, силер, препарування кореневих каналів, файли, шліф зуба.

*Робота є фрагментом НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», номер державної реєстрації №0111U006300.*

Ускладнений карієс в 60-80% є головною причиною видалення зубів [1,2]. На сьогоднішній день актуальним є питання якісного ендодонтичного лікування системи кореневих каналів. Ефективність ендодонтичного лікування кореневих каналів не зважаючи на сучасні досягнення не є 100 відсотковою. В той час розповсюдженість ускладненого карієсу у населення України не зменшується і залишається на високому рівні. За даними досліджень, які були проведені в Німеччині в 1997 році було з'ясовано, що після вдало проведеної терапії у більш ніж 60% зубів були відмічені деструктивні процеси в періодонті [5]. Основною причиною цього було використання для того часу традиційної методики препарування і очистки кореневих каналів. При даному способі препарування не було можливості повністю видалити біоплівку з системи кореневих каналів[4].

Протягом останніх років постійно відбувається вдосконалення способів ендодонтичного лікування, яке пов'язане з появою нового інструментарію, технологій препарування кореневих каналів та їх обтурації. Якісне препарування кореневого каналу дає можливість трьохмірної обтурації кореневого каналу, що в подальшому забезпечить успішність ендодонтичного лікування. Ще в 1974 році Schilder визначив наступні критерії формування кореневих каналів: досягнення оптимальної конусності; збереження анатомічної форми кореневого каналу; збереження апікального звуження кореневого каналу; обробка всіх поверхонь кореневого каналу[3].

**Метою** роботи було порівняння різних способів препарування кореневих каналів та їх обтурації.

**Матеріал та методи дослідження.** Для лабораторних досліджень були вибрані найбільш розповсюджені у практичній роботі лікарів-стоматологів системи інструментів для препарування кореневих каналів: ручні файли другої конусності фірми «MANI», ручні файли системи «Pro taper» (Dentsply), машинні файли «Pro taper» (Dentsply), 4) машинні файли «Mtwo» (VDW). Препарування кореневих каналів машинними файлами здійснювалося за допомогою ендомотора «Safe-endo».

Кожним видом інструмента було проведено препарування кореневих каналів восьми екстрагованих зубів, з подальшою їх obturaцією силером на основі епоксидних смол «АН plus» та гутаперчевими штифтами 2-ої, 4-ої та 6-ої конусності. З кожного зуба було виготовлено по 1 повздовжньому шліфу зуба за нижче приведеною методикою. Всього було виготовлено 32 шліфи.

На видалених за медичними показаннями зубах фронтальної групи верхньої щелепи людей віком від 30 до 50 років здійснювали доступ до порожнини зуба, проводили очистку, формування кореневого каналу одним з вибраних способів та дезінфекцію кореневого каналу згідно правил ендодонтичного лікування. Проводили obturaцію кореневого каналу.

В 1-ій групі препарування кореневого каналу проводили з допомогою ручних файлів методикою «Step back», obturaцію здійснювали силером АН-plus та гутаперчевими штифтами 2-ої конусності методом холодної латеральної конденсації штифта. В 2-ій та 3-ій групах, препарування кореневого каналу здійснювали за допомогою ручних та машинних файлів «PRO taper» методикою «Crown-down» - силером АН-plus з допомогою гутаперчевих штифтів 6-ої конусності. В 4-ій групі зубів, кореневі канали препарували з допомогою машинних файлів «Mtwo» методикою «Crown-down». Obturaцію проводили силером «АН-plus» та гутаперчевими штифтами 4-ої конусності. Зразки розміщували в термостаті на 24 години для створення відповідного середовища, що відповідало середовищу порожнини рота за температурними параметрами. Через 24 години з кожного зразка зуба виготовляли по одному товстому повздовжньому шліфу. Одержання товстих шліфів проводилося шляхом повздовжнього направленного розпилу зубів у вертикальному напрямку по відношенню до коронки зуба.

Проводили дослідження шліфів зубів за такими критеріями: дотримання анатомічної форми кореневого каналу; наявність уступів в кореновому каналі; зберігання апікального звуження; якість обробки всіх поверхонь кореневого каналу; час препарування кореневого каналу; якість адгезії силеру і гутаперчевих штифтів до стінок кореневого каналу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При методиці стандартної обробки ручними файлами, за результатами дослідження товстих повздовжніх шліфів зубів, кореневі канали яких препарували з допомогою ручних файлів 2-ої конусності з подальшою obturaцією силером «АН plus» та гутаперчевими штифтами методом холодної латеральної конденсації гутаперчі, спостерігається відхилення від анатомічної форми кореневого каналу. Кореневий канал не округлої форми. В ньому спостерігається наявність уступів. Гутаперчові штифти 2-ої конусності нерівномірно прилягають до поверхні дентину кореневого каналу, між ними є невелика кількість силеру. Це в подальшому може призвести до порушення obturaції кореневого каналу та розвитку бактеріальної мікрофлори в ньому.

Отже при роботі з ручним інструментом 2-ої конусності ми відмічали наступні недоліки: не достатньо швидке препарування; виникнення уступів, перфорацій; порушення анатомічної форми каналу; відсутність у ручних інструментів пам'яті форми; при довготривалій роботі з ними виникають професійні шкідливості (захворювання суглобів пальців кистей у зв'язку зі статичною фіксацією інструментів).

При застосуванні файлів системи «Pro taper» (Dentsply), за даними макроскопічного дослідження товстих шліфів зубів кореневі канали яких препарували з допомогою ручних файлів «Pro taper» з подальшою obturaцією силером «АН plus» та гутаперчевими штифтами 6-ої конусності кореневий канал має більш анатомічну форму в порівнянні з обробкою файлами 2-ої конусності. Кореневий канал приближається до округлої форми. В ньому не спостерігаються уступи. Гутаперчовий штифт рівномірно obtурає кореневий канал на всьому протязі. Між штифтом і стінкою кореневого каналу є невелика кількість силеру, без наявності пустот.

Під час дослідження повздовжніх шліфів зубів, кореневі канали яких були відпрепаровані з допомогою машинних файлів «PRO taper» та obtуровані гутаперчевими штифтами 6-ої конусності з силером «АН plus», визначається якісне препарування кореневого каналу, зі збереженням анатомічної форми кореневого каналу, з поступовим його звуженням до верхівки кореня зуба. Визначається відсутність уступів в кореновому каналі. Штифт максимально щільно прилягає до дентину кореневого каналу на всьому його протязі. Спостерігається мінімальний шар силеру між штифтом та стінкою кореневого каналу. Це свідчить про максимально якісне препарування кореневого каналу та припасування штифта в ньому.

Під час дослідження повздовжніх шліфів зубів, кореневі канали яких були відпрепаровані з допомогою машинних файлів «Mtwo» (VDW), та obtуровані гутаперчевими штифтами 4-ої конусності з силером «АН plus», свідчить про якісне препарування кореневого каналу, при якому канал зберігає свою анатомічну форму з мінімальним діаметром у верхівки кореня зуба. Спостерігається рівномірне препарування всіх поверхонь кореневого каналу, без наявності уступів. Штифт максимально щільно прилягає по всій довжині кореневого каналу з мінімальним шаром силеру між штифтом та стінкою кореневого каналу.

#### **Висновки**

1. В результаті дослідження з'ясовано, що для найбільш ефективного способу препарування кореневого каналу необхідно використовувати машинні файли «Mtwo» та «Pro taper». Вони забезпечують найбільш ефективне

препарування кореневого каналу, дозволяючи зберігти при цьому найбільш анатомічну форму кореневого каналу. Це забезпечує якісну і довготривалу трьохмірну obturaцію кореневого каналу з допомогою силеру «АН Plus» і гутаперчевих штифтів 4-ої та 6-ої конусності. Також препарування кореневого каналу з допомогою машинних файлів потребує значно менше часу в порівнянні з препаруванням каналів з допомогою ручних файлів.

2. В якості альтернативного варіанту для препарування кореневого каналу можливо використовувати ручні файли «Pro taper», які не потребують використання ендомотору.

*Перспективи подальших досліджень.* В подальшому планується дати порівняльну характеристику адгезивних систем різних хімічних груп відносно твердих тканин зубів.

#### Література

1. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения / Е.В. Боровский // Клиническая стоматология. – 1997. - №1. – С.5-8.
2. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия / Е.В. Боровский // – М.: АО «Стоматология», 1999.- 176с.
3. Клиффорд Раддл. Система «ПроТейпер Универсальный». Любую свою мысль полезно обдумать снова / Раддл Клиффорд // Дент Арт. – 2007. – № 1. – С.49-53.
4. Максимова О.П. Обзор новостей эндодонтии / О.П. Максимова, Н.М. Шеина // Клиническая стоматология. – 2009. - № 2.- С.34-37.
5. Weiger R. Periapical status, quality of root canal fillings and estimated endodontic treatment needs in an urban German population / R. Weiger, S. Hitzler, G. Hermlé [et al.] // J. Endod. Dent Traumatol. – 1997, № 13. – P. 69-74.

#### Реферати

##### ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА СПОСОБОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ И ОБТУРАЦИИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Геранин С.И.

Приведенные в статье результаты исследования дают возможность усовершенствования эндодонтического лечения, которое связано с появлением нового инструментария, технологий препарирования корневых каналов и их obturation. Вопрос выбора системы для препарирования корневых каналов остается довольно дискуссионным. Выходя из проведенных нами исследований для наиболее эффективного препарирования корневых каналов необходимо использовать машинные файлы «Mtwo» и «Pro taper».

**Ключевые слова:** эндодонт, силер, препарирование корневых каналов, файлы, шлиф зуба.

Статья найдшла 25.08.2013 р.

##### DESCRIPTION OF DIFFERENT METHODS PREPARATION OF ROOT CANAL AND THEIR OBTURATION

Geranin S.I.

During last years endodontic treatment are improve. Appearance new instruments and technologist of preparation root canals and their obturation. The choice of system for preparation root canal still to be discutable. Our own studies allow to draw the following conclusion. Used for preparation of root canal machine fails «Mtwo» and «Pro taper» are most effected.

**Key words:** endodont, sealer, preparation root canal, fails, tooth slice.

Рецензент Ковальов С.В.

УДК 616.8+616.61-002.2-78

#### ІІ. Дельва

ВДНЗ України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

##### ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ СЕМІОТИКИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ЛІКУВАННЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Неврологічні розлади є одними з визначальних чинників якості життя у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН), що отримують замісну терапію програмним гемодіалізом (ПГ). Метою дослідження було встановити закономірності формування змін в неврологічному статусі, динаміку і характер когнітивних, емоційних розладів та порушень сну у пацієнтів з ХНН в залежності від строків перебування на ПГ. В дослідження включено 44 пацієнти з ХНН, що перебували на ПГ строком від 1 до 10 років. Контрольна група включала 15 умовно здорових осіб. Виявлено, що неврологічні ускладнення у пацієнтів з ХНН, що знаходяться на ПГ, мають в своєму розвитку певну еволюцію, манифестуючи синдромом емоційних порушень з наступним формуванням пірамідного синдрому, координаторних та екстрапірамідних порушень та синдрому когнітивних розладів.

**Ключові слова:** хронічна ниркова недостатність, програмний гемодіаліз, неврологічні розлади.

Як відомо, неврологічні розлади є одними з визначальних чинників якості життя у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН), що отримують замісну терапію програмним гемодіалізом (ПГ) [1, 3]. Причини неврологічних ускладнень у даної категорії пацієнтів умовно поділяють на три групи: а) безпосередній вплив процедури гемодіалізу; б) вплив захворювань, що призвели до ХНН (хронічний гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інтерстиціальні нефрити, системні захворювання сполучної тканини, тощо); в) асоційовані з ХНН вторинні зміни (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, анемія, інтоксикація продуктами ниркової екскреції, компенсований метаболічний ацидоз, тощо) [6]. Покращення якості лікування пацієнтів з ХНН можливо тільки при вирішенні ряду проблем, головна з яких — удосконалення методів ранньої діагностики неврологічних ускладнень, що виникають у пацієнтів з ХНН при тривалому знаходженні на ПГ, та, відповідно, їх своєчасна корекція [1, 5].

Однак до теперішнього часу зміни з боку центральної нервової системи у пацієнтів з ХНН, що знаходяться на ПГ, вивчені недостатньо. Мало відомостей про характер відхилень в неврологічному статусі, не вивчений синдромогенез в залежності від стажу знаходження на ПГ [1, 3, 6]. Крім того, дані щодо когнітивних