

віком від 20 до 45 років, яким було відновлено 105 каріозних порожнин I класу за Блеком із приводу середнього карієсу. Пацієнти були розподілені на 2 групи залежно від методу полімеризації матеріалу. До 1 групи зайшли пацієнти, полімеризацію ФКМ у яких проводили методом «спрямованої» полімеризації, до 2 – методом одночасної двобічної. Зуби реставрували за загальноприйнятими правилами. Контрольні дослідження проводили відразу після відновлення та через 18 місяців. Реставрації оцінювали відповідно до шкали Блума за критеріями крайове прилягання (КрПр), крайове забарвлення (КрЗ), анатомічна форма (АФ), кольорова відповідність (КВ), шорсткість поверхні (ШП), вторинний карієс (ВК).

Відразу після відновлення всі реставрації за критеріями АФ, КрПр, КрЗ, КВ, ШП отримали вищу оцінку А. Через 18 місяців показники за критеріями АФ, КВ та ШП були на однаковому, достатньо високому рівні.

За критерієм КрПр у пацієнтів, зуби яких було відновлено методом «спрямованої» полімеризації ФКМ, добре крайове прилягання визначалося у 80, 00±5, 96% випадків, у пацієнтів із полімеризацією ФКМ методом одночасної двобічної – в 93, 88±3, 42% випадків ($p < 0, 05$). Крайову щілину без оголення дентину між пломбою й емаллю в пацієнтів 1 групи було виявлено в 17, 78±5, 7% пломб, тоді як у зубах, відновлених методом одночасної двобічної полімеризації, – в 4, 08±2, 83%. Крайову щілину з оголенням дентину або прокладки було зареєстровано в пацієнтів обох груп у 1 випадку (2, 22±2, 20% та 2, 04±2, 02% випадків відповідно).

За критерієм КрЗ вірогідно меншу кількість ускладнень було виявлено за методом одночасної двобічної полімеризації, ніж за методом «спрямованої» полімеризації. Так, крайове забарвлення на межі пломбувального матеріалу було відсутнє у 82, 22±5, 7% та в 95, 92±2, 83% випадків, відповідно до нумерації груп ($p < 0, 05$). Крайові пігментації без проникнення в глибину на межі пломб і твердих тканин зубів у пацієнтів 1 групи було виявлено в 17, 78±5, 7%, у пацієнтів другої групи – в 4, 08±2, 83% відновлень.

Рецидивний карієс був у 1 випадку в пацієнтів обох груп (2, 22±2, 20% та 2, 04±2, 02% випадків відповідно). Підвищена чутливість зубів була відсутня.

Висновки. Стже, спостереження протягом 18 місяців показало, що відновлення методом одночасної двобічної полімеризації ФКМ "Arabesk Top" ("Voco") за всіма критеріями мало показники кращі, ніж відновлення методом «спрямованої» полімеризації. Причому за критеріями КрПр та КрЗ результати мали вірогідні ($p < 0, 05$) відмінності між собою.

Удод А. А., Хачатурова К. М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ СВЕТООВО СВЕРЖДАЕМЫЕ МАТЕРИАЛЫ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Значительная часть неудовлетворительных результатов в лечении кариеса зубов приходится, как известно, на апроксимальные кариозные полости. Применение светоотверждаемых материалов в последнее время сыграло, безусловно, положительную роль, однако достаточно сложно обеспечить полноценную полимеризацию таких материалов с учетом разнообразных клинических условий и возможных потерь интенсивности светового потока при проведении различных методов светового воздействия.

Цель исследования: определение потерь интенсивности светового потока светодиодного и галогенового фотополимеризаторов в твердых тканях зубов и светоотверждаемых материалах.

Методы и результаты исследования. Оценку изменения интенсивности светового потока при прохождении через шлиф зуба и светоотверждаемые материалы проводили с помощью экспериментальной установки ИМО-2Н. Использовали 55 образцов твердых тканей зубов, 30 образцов фотокомпозиционного материала (ФКМ) «Charisma» («Heraeus Kulzer») и 30 образцов компомера «Dyrect Extra» («Dentsply»). Изменение интенсивности светового потока светодиодного фотополимеризатора «Poliled» («Faro») и галогенового фотополимеризатора «Translux EC» («Kulzer») рассчитывали по разнице показателей до внесения образца в ячейку установки и с ним.

Установлено, что потери интенсивности светового потока светодиодного фотополимеризатора при прохождении через образцы твердых тканей зуба толщиной от 1, 0 до 1, 4 мм составили 25 - 40%, галогенового – 45 - 57%. При толщине твердых тканей зуба от 2, 0 до 2, 5 мм потери интенсивности светового потока фотополимеризатора «Poliled» («Faro») составили 60 - 80%, фотополимеризатора «Translux EC» («Kulzer») – 79 - 90%. Если же в исследовании использовали образцы толщиной от 2, 6 до 2, 9 мм, то в обоих случаях потери интенсивности были максимальными.

Потери интенсивности светового потока светодиодного фотополимеризатора в образцах ФКМ и компомера толщиной до 1, 0 мм составили 35% и 30%, галогенового – 40% и 36% соответственно. В образцах материала «Charisma» толщиной до 2, 0 мм светодиодный фотополимеризатор теряет 60% интенсивности светового потока, галогеновый – 65%; в образцах компомера такой же толщины потери составили 49% для светодиодного и 54 % для галогенового фотополимеризатора.

Выводы. Для трансдентального воздействия на светоотверждаемые материалы предпочтительно применение светодиодных фотополимеризаторов. Однако толщина твердых тканей зуба, через которые проходит световой поток, должна быть не более 2, 0 мм. В этом случае потери светового потока светодиодного фотополимеризатора (до 60%) с учетом его высокой исходной интенсивности еще позволяют материалам достичь оптимальных физических

свойств. При толщине твердых тканей зуба более 2, 0 мм применение «направленной» техники полимеризации как галогеновым, так и светодиодным фотополимеризатором нецелесообразно. Необходимо также учитывать, что потери интенсивности светового потока в фотокомпозиционном материале выше, чем в компомере. Актуальным представляется также использование дополнительных приспособлений для подведения светового потока максимально близко к светоотверждаемому материалу на придесневой стенке.

Федун І. Р.

ШКІДЛИВА ДІЯ НАРКОТИКІВ НА СТАН ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Нині стрімко збільшується кількість осіб, які вживають наркотичні засоби. За даними Моніторингового центру МОЗ України, кожен третій підліток хоча б раз спробував наркотики, а 1, 3% працездатного населення нашої держави є uzалежненими. Незважаючи на такі загрозливі тенденції, наслідки згубної дії наркотиків на стан тканин порожнини рота досліджені й висвітлені недостатньо, а отже, маловідомі лікарям-стоматологам.

Мета – з'ясувати сучасний стан вивчення наслідків шкідливої дії наркотиків на органи порожнини рота за результатами аналізу літературних джерел.

Проаналізована сучасна література за останні 20 років, присвячена безпосередньо цій проблемі або дотична до неї. У доступній вітчизняній стоматологічній літературі публікацій, присвячених зазначеній проблемі, не знайдено.

Нині в Україні помітне розширення асортименту наркотиків, які використовуються з немедичною метою. Найчастіше вживаються наркотики групи опіюїдів, амфетамінів та канабіноїдів. Помітне зростання частки новітніх синтетичних наркотиків – екстазі та галюциногенів.

Для наркозалежних осіб, які вживають опіюїди, притаманна висока схильність до виникнення карієсу та запальних хвороб пародонта. Каріозні порожнини в цих хворих характеризуються локалізацією в пришийковій ділянці та в карієсрезистентних зонах. Виникнення ерозій на вестибулярних поверхнях жувальної групи зубів, гіперестезія - це особливості споживачів кокаїну. Проте збільшення частоти виникнення карієсу та набутих некаріозних уражень не варто пояснювати тільки незадовільним станом гігієни порожнини рота, яка характерна для цих пацієнтів. Високий відсоток хвороб порожнини рота в наркоманів належить запальним процесам у тканинах пародонта. Дуже часто в таких пацієнтів спостерігається виразково-некротичний гінгівіт. Запальні зміни в пародонті посилюються імуносупресивною дією наркотиків, нашаруванням значних зубних відкладень та

зміни мікробного спектра. При вживанні наркотичних речовин змінюється кількісний та якісний склад слини, що веде до погіршення карієсогенної ситуації, загострення запальних процесів у тканинах пародонта й інфікування слизової оболонки порожнини рота. Значні зміни слизової оболонки (лейкоплакія, новоутвори) та тканин пародонта (гіпертрофія ясен) виникають при курінні канабісу, оскільки ця речовина токсичніша, а температура горіння вища в порівнянні з тютюном. Дуже гостро стоять проблеми, пов'язані із супутніми інфекційними хворобами (вірусний гепатит, СНІД, інфекційний ендокардит) у наркозалежних, які мають прояви в порожнині рота. Цей фактор ще більше утруднює діагностику та лікування таких осіб.

Отже, зазначена проблема не є новою, але попри це вона мало вивчена і мало висвітлена. Дуже важливо усвідомлювати значення наслідків шкідливої дії наркотичних речовин на стан здоров'я органів порожнини рота в суспільстві, в якому помітна тенденція до зростання популяції наркозалежних осіб. Обізнаність із притаманними наркоманам специфічними стоматологічними проявами сприятиме використанню ефективніших методів лікування та покращенню здоров'я органів порожнини рота. У разі виявлення характерних для наркоманії симптомів у порожнині рота лікарі-стоматологи повинні трактувати пацієнта як потенційне джерело трансмісійних інфекцій та вживати додаткові засоби захисту.

Фещенко І. Ф. , Сысоев Н. П.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КУРОРТОЛОГИЧЕСКИХ И ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Приоритетным направлением развития современной стоматологии является сохранение и повышение уровня стоматологического здоровья. Указанная цель достигается ранним выявлением и лечением стоматологических заболеваний, поиском путей индивидуальной профилактики, выявлением и устранением факторов риска их развития.

В последние десятилетия не прекращается обсуждение побочного действия искусственных дентальных реставраций на ткани полости рта. Особое место среди вызванных ими осложнений занимают воспалительные заболевания пародонта: катаральный гингивит и генерализованный пародонтит.

Для местного лечения нами были применены целебная бентонитовая глина Кудринского месторождения (Крымская голубая глина) - эффективное натуральное средство, обладающее выраженным терапевтическим эффектом (оказывает стимулирующее действие на репаративные процессы в тканях, проявляет болеутоляющие, противовоспалительные, рассасывающие и антисептические свойства), а так-