

циента, у которых в 40 зубах (57,1%) диагностирован хронический гранулирующий периодонтит и в 30 (42,9%) – хронический гранулематозных периодонтит.

У пациентов обеих групп лечение осуществляли в несколько посещений. В первое посещение проводили тщательную инструментальную обработку корневых каналов с помощью системы ротационных инструментов К-3 и эндодонтического мотора, а затем медикаментозную обработку с применением 5,25% раствора гипохлорита натрия. Далее корневые каналы заполняли у пациентов первой группы пастой «Metapaste» («Bio-med»), а у пациентов второй группы – «Calasept» («Nordiska Dental»). Пасту оставляли в корневых каналах на 30 дней и еженедельно меняли. Через 30 дней удаляли временную повязку и кальций-содержащую пасту, каналы промывали 5,25% раствором гипохлорита натрия и 17% раствором ЭДТА и пломбировали термопластической гуттаперчей с использованием силера «АН plus» («Densplay») с обязательным контрольным рентгенологическим обследованием. Коронку зуба восстанавливали композитом.

Результаты эндодонтического лечения с проведением контрольной рентгенографии изучали через 6, 12, 18 месяцев.

Результаты исследования

На протяжении всего периода наблюдения клинко-рентгенологическая характеристика течения хронических форм периодонтитов у пациентов первой и второй групп была типичной и соответствовала диагнозу заболевания. Через 6 ме-

сяцев в первой группе пациентов полное восстановление костной ткани в очаге деструкции, по данным рентгенологического исследования, было зарегистрировано в 28 зубах (82,35%) с диагнозом «хронический гранулирующий периодонтит» и в 13 зубах (65%) с диагнозом «хронический гранулематозный периодонтит». Во второй группе пациентов эти показатели составили 34 зуба (85%) и 16 зубов (53,33%) соответственно. Через 12 месяцев в первой группе пациентов таких зубов было 32 (94,12%) в случае хронического гранулирующего периодонтита и 17 (85%) в случае хронического гранулематозного периодонтита; во второй группе – 38 (95%) и 28 (93,33%) соответственно. Через 18 месяцев полное восстановление костной структуры у пациентов первой группы наблюдали в 32 зубах (94,1%) с хроническим гранулирующим периодонтитом и в 18 зубах (90%) с хроническим гранулематозным периодонтитом; у пациентов же второй группы – полное восстановление костной ткани в очаге деструкции во всех случаях.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования показывают, что эффективность эндодонтического лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения зависит не только от качественной инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов и полноценной их obturации, но и от дифференцированного подхода к выбору лечебных препаратов для стимулирования восстановления костной ткани.

Удод О.А., Челях О.М., Гасанова Е.Е., Музикантова Ю.Б.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ У КЛІНІЧНІЙ ОЦІНЦІ РЕСТАВРАЦІЙ ЗУБІВ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Сучасна реставраційна стоматологія завдяки інноваційним технологіям має широкі можливості для реконструкції зубів у естетичному і функціональному аспектах. Однак серед найважливіших етапів естетичного відновлення зубів недостатньо уваги, з нашої точки зору, приділено якості виконання фінішної обробки поверхні реставрацій і методам оцінки цієї якості. Правильність і технологічна точність фінішної обробки безпосередньо впливають на термін служби реставрації та знижують можливість розвитку ускладнень у вигляді збільшення шорсткості поверхні, внаслідок чого, як відомо, виникають зміна кольору реставрації, крайове забарвлення, порушення крайової адаптації, захворювання пародонта тощо. Серед відомих клінічних методів оцінки якості поверхні реставрацій найбільш відомими і розповсюдженими є візуально-інструментальні методи, які проводяться безпосередньо в порожнині рота пацієнта за допомогою стоматологічного дзеркала і гос-

трого зонда, однак ці методи не мають кількісних даних і цілком залежать від низки суб'єктивних факторів. Широке впровадження новітніх комп'ютерних і цифрових технологій у сучасній стоматології дає можливість вирішити це актуальне питання за рахунок об'єктивізації оцінки якості поверхні реставрацій у клінічних умовах.

Метою нашого дослідження було проведення порівняльної клінічної оцінки реставрацій фронтальних зубів за критерієм «шорсткість поверхні» в різні терміни за допомогою загальноприйнятого візуально-інструментального методу і розробленого методу комп'ютерного аналізу цифрового зображення.

Об'єктом дослідження були 92 пацієнти віком 20-45 років, у яких було відновлено 137 зубів із каріозними порожнинами III і IV класів за Black за допомогою нанокомпозита «Artiste®» («Pentron Clinical»). Усі пацієнти були розподілені на дві групи: першу групу склали 47 пацієнтів із 68 рес-

тавраціями, які полірували багатоетапною системою «SofLex» («3M ESPE»), другу групу – 45 пацієнтів із 69 реставраціями, які полірували однокроковою системою «PoGo» («Dentsply»). Пацієнтів обстежували безпосередньо після реставрації та через 24 місяці. Шорсткість поверхні, окрім загальноприйнятого візуально-інструментального методу Ruge, оцінювали за розробленим методом комп'ютерного аналізу цифрового зображення поверхні реставраційної роботи, використовуючи оригінальну програму «Dental surface».

Відразу після відновлення всі реставраційні роботи за критерієм Ruge «шорсткість поверхні» одержали оцінку «відмінно». Однак детальний комп'ютерний аналіз дозволив виявити кілька реставрацій, поверхні яких вимагали повторного полірування: у пацієнтів першої групи – $5,80 \pm 2,26\%$, другої – $7,14 \pm 2,96\%$ відновлень. Показники шорсткості цих робіт на 20% площі їх поверхні перевищували еталонні параметри, внаслідок чого ці реставрації отримали за розробленою клінічною системою оцінку «В».

Через 24 місяці за результатами візуально-інструментального обстеження оцінку «В» у першій групі пацієнтів отримали $11,76 \pm 4,47\%$ реставрацій, у другій – $17,02 \pm 5,53\%$. Комп'ютерний аналіз також зареєстрував значне зростання загальної кількості ускладнень внаслідок збільшення по-

казників шорсткості: у пацієнтів першої групи, в яких полірування відновлень проводили системою «SofLex» («3M ESPE»), $21,57 \pm 4,74\%$ реставрацій отримали оцінку «В» (роботи, в яких дані шорсткості поверхні реставрації та параметри еталона відрізнялися в одній чи двох ділянках, тобто займали до 20% площі поверхні реставрації); в пацієнтів другої групи з поліруванням відновлень системою «PoGo» («Dentsply») загальна кількість ускладнень становила $36,17 \pm 5,22\%$, з яких оцінку «В» отримали $27,66 \pm 5,22\%$ реставрацій, оцінку «С» – $8,51 \pm 5,22\%$ (показники шорсткості поверхні реставрацій і параметри еталона відрізнялися в трьох–п'яти ділянках, тобто займали від 21% до 50% площі досліджуваної поверхні реставрації).

Аналіз результатів візуально-інструментального і комп'ютерного методів дослідження визначив загальну тенденцію: максимальна кількість ускладнень за критерієм "шорсткість поверхні" була в пацієнтів групи, в яких для полірування використовували однокрокову систему, група ж пацієнтів із відновленнями, які полірували багатоетапною системою, характеризувалася мінімальним числом ускладнень, зокрема їх було в 1,7 раза менше, ніж у пацієнтів іншої групи. Це свідчить про переваги багатоетапної полірувальної системи та, з іншого боку, підтверджує високу ефективність об'єктивної комп'ютерної оцінки.

Чирик О. І.

ВПЛИВ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФАГОЦИТАРНУ ЛАНКУ ІМУНІТЕТУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Харківський національний медичний університет

Для профілактики запальних ускладнень перелому нижньої щелепи запропоновані різні фармакологічні препарати, однак, провідну роль відіграють антибіотики, застосування яких значною мірою запобігає виникненню гнійних ускладнень [1].

Публікації останніх років і дані ВООЗ свідчать про нераціональне використання антибактеріальних препаратів (особливо в країнах, де призначення протимікробних препаратів не регулюється і де антибіотики можна придбати без рецепту лікаря), що призводить до появи антибіотикостійких штамів мікроорганізмів [2]. До того ж, збільшення частоти побічних реакцій, у т. ч. і алергічних, та шкідлива дія антибактеріальних препаратів на імунну систему потребують обмеження їх використання [3].

Метою дослідження стало вивчення фагоцитарної та метаболічної активності нейтрофілів у пацієнтів із переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду, в групах хворих із різними схемами медикаментозного лікування.

Обстежено 80 осіб із травматичними переломами нижньої щелепи, без супутньої соматичної

патології, що перебували на лікуванні в клініці кафедри щелепно-лицевої хірургії ХНМУ. Клінічні групи формували таким чином: I група (50 осіб) – хворі, які в схемі лікування не отримували антибактеріальну терапію, II група (30 осіб) – пацієнти, які вживали протимікробні препарати.

Фагоцитарну активність вивчали, визначаючи фагоцитарний індекс (ФІ) і показник фагоцитозу (ПФ) [4]. Кисневий метаболізм нейтрофілів вивчали за допомогою тесту з нітросинім тетразолієм (НСТ) [4].

Установлено, що функціональна активність фагоцитів у пацієнтів обох груп до початку лікування відповідала рівню референс-показників лабораторії: ФІ коливався в межах 66,8-70,86 %, а ПФ – у межах 5,78-6,72 у.о. (референс-показники ФІ – 40-60 %, ПФ – 4-8 у.о.).

Метаболічна активність нейтрофілів теж була на рівні референс-показників лабораторії: показники спонтанного НСТ-тесту (сНСТ) склали 22,6-23,28 % (референс-показники - 10-30 %), а індукованого (iНСТ) – 50,17-50,26 % (референс-показники - 35-60 %). Таким чином визначено, що