

1,96±0,06, после лечения 1,25±0,14, p<0,001, p1<0,001/ При ГП 1-2 ст до лечения индекс Грин-Вермильона 1,79±0,08, после лечения 0,78±0,14, p<0,001, p1<0,001/ Индекс Турески до лечения 2,46±0,08, после лечения 0,91±2,06, p<0,001, p1<0,001/ Индекс О`Лири до лечения 2,61±0,16, после лечения 2,11±0,10, p<0,001, p1<0,001/ Экспериментальные (Одесская биотехнология) и клинические исследования показали полную безвредность препарата и его высокую эффективность. Можно рекомендовать практикующим врачам-стоматологам применение таблеток «Бактулин» для восстановления физиологической микрофлоры полости рта у курильщиков с хроническим катаральным гингивитом, ГП 1-2 степени тяжести хр. течением.



УДК 616-089.843+616.314-089.23(048):616-08

Хамдан Абдулла

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОИМПЛАНТАТОВ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

В настоящее время отечественными и зарубежными специалистами при решении ряда задач исправления аномалий положения зубов и зубных рядов совместно с использованием с брекет-систем широкое распространение получают ортодонтические микроимплантанты, которые могут применяться, как для дополнительного контроля опоры, так и выполнять роль основной опоры при перемещении зубов. С точки зрения биомеханики исправления зубов возможность использования ортодонтических микроимплантантов в качестве основной опоры является главным достоинством микроимплантантов, так как позволяет осуществлять трехмерный контроль перемещаемых зубов с полным исключением передачи даже незначительных нагрузок на зубы, не нуждающиеся в исправлении.

Эффективность исправления аномального положения зубов основным образом определяется прикладываемой к перемещаемому зубу нагрузкой, которая, в свою очередь, характеризуется абсолютным значением, направлением и точкой приложения. При использовании ортодонтических микроимплантантов совместно с брекет-системами точка приложения силы к исправляемому зубу определяется расположением брекета на поверхности коронковой части зуба. Разные направления и абсолютные значения сил, прикладываемые через брекеты к перемещаемым зубам, создаются с использованием “активных элементов” различной конфигурации (ортодонтических дуг, изгибов, петель и т. д.).

На наш взгляд более целесообразным для практикующих ортодонтов, независимо от их опыта, представляется использование количественной оценки (например, усилия создаваемого ортодонтической дугой или петлей при ее наперед заданном изгибе) для выбора оптимального варианта перемещения зубов, в зависимости от требуемого в каждом конкретном случае значения силы.

Не решенным остается вопрос о выборе оптимальной величины применяемой для перемещения зуба силы в каждом отдельном случае исправления аномального положения зуба. Основным параметром, ограничивающим максимальное значение прикладываемой силы, является капиллярное давление в пародонте, при превышении которого вследствие приложения нагрузки возможно возникновение анемии с последующим некрозом пародонта. Однако, давление, передаваемое зубом на пародонт, зависит не только от величины прикладываемой силы, а и от места и направления ее приложения, анатомических размеров и особенностей зуба, его аномального положения, структурных особенностей пародонта.

Как показывает опыт при применении брекет-систем брекеты, как правило, размещаются на средней трети высоты коронковой части зуба, поэтому точку приложения силы с достаточной степенью точности можно считать известной и расположенной на расстоянии не более двух третей высоты коронковой части зуба.

Направление силы всегда обусловлено направлением перемещаемого зуба и характером его перемещения. Здесь следует различать корпусное перемещение зуба (сюда можно отнести вертикальное, горизонтальное перемещения зуба и поворот зуба вокруг собственной оси), а также наклонное

перемещение зуба (вращение его вокруг точки, находящейся в корневой части). Такое разделение обусловлено, в первую очередь тем, что при корпусном перемещении зуба давление по всей высоте коронковой части на пародонт распределяется равномерно, что полностью исключается при наклонном перемещении зуба.



УДК 616-08+547.953.2:616.314.17-008.1

Л. І. Чепель, В. В. Туров, В. М. Барвінченко, А. П. Головань, Б. М. Береза

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова,
Інститут хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАНУ

ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ КОМПОЗИЦІЇ З ЛЕЦИТИНОМ І ГІДРОКСИАПАТИТОМ У ХВОРИХ ПАРОДОНТИТОМ

Пародонтит – широко розповсюджене захворювання, що уражає як старші вікові групи так і молоді населення. Тривалий хронічний перебіг цього захворювання може призводити до втрати зубів у людей працездатного віку. Тому лікування пародонтиту – одне з актуальних завдань сучасної стоматології.

Ефективним методом лікування є ліквідація пародонтальних кишень за допомогою кюретажу. При цьому в пародонтальні кишені вводяться біологічно активні речовини. До таких можна віднести лецитин і гідроксиapatит. Лецитин володіє мембраностабілізуючими, антиоксидантними і остеотропними властивостями. Гідроксиapatит близький за складом до неорганічної складової кісткової тканини, має гемостатичну, ранозаживляючу і остеопластичну дію.

Мета дослідження. Вивчення клінічної ефективності лікувальної композиції (ЛК), що складається з водного розчину лецитину і гідроксиapatиту при кюретажі у пацієнтів з хронічним перебігом пародонтиту середнього ступеню тяжкості.

Матеріали і методи. Курс комплексного лікування хронічного генералізованого пародонтиту середнього ступеню тяжкості з подальшим хірургічним втручанням у вигляді кюретажу був проведений 32 пацієнтам 31-40 років. 17-ти пацієнтам основної групи після кюретажу в пародонтальні кишені введена ЛК. 15-ти контрольної - кюретаж проводився без використання ЛК. Стан пародонта оцінювали візуально а також за допомогою спеціальних індексів і проб. Для визначення поширеності запалення використовували пробу Шиллера –Пісарєва. Характер змін в пародонті фіксували за допомогою індексу Ramfjord. Індекс Федорова- Володкіної (ГІ) допомагав оцінити гігієнічний стан порожнини рота. Обов'язковим було рентгенологічне дослідження. Пацієнтів оглядали протягом перших 10 днів після проведення втручання. Найближчий контрольний огляд провели через місяць після проведення курсу лікування.

Результати дослідження. У пацієнтів основної групи запальні явища в ділянці втручання проходили на $1,8 \pm 0,2$ дні раніше ніж у пацієнтів контрольної. Реакція на перкусію зубів спостерігалась в одного пацієнта основної групи і трьох контрольної. Через місяць після проведення лікування при огляді пацієнтів виявили наступне. В одного пацієнта контрольної групи проведеним кюретажем не вдалось ліквідувати пародонтальні кишені. Негативна проба Шиллера-Пісарєва в основній групі не зустрічалась. В контрольній – вона була зафіксована 86,6 % пацієнтів. ГІ мав значення $1,27 \pm 0,04$ в основній групі і $1,48 \pm 0,13$ - контрольній. Показники індексу Ramfjord у пацієнтів основної і контрольної груп були відповідно $1,4 \pm 10,14$ і $1,56 \pm 0,21$.

Висновки. Отримані результати є підставою для подальшого вивчення клінічного застосування ЛК при кюретажі у хворих на пародонтит.