

Проведено клінічне обстеження та лікування 78 пацієнтів віком від 26 до 67 років, у яких в 92 зубах був діагностований хронічний середній карієс. Пацієнти розподілені на дві групи методом простої рандомізації. Першій групі проводилось традиційне препарування обертаючими інструментами, другій - повітряно-абразивною системою.

Проводили анкетування до та після лікувальної маніпуляції. Анкетування встановило, що більшість пацієнтів не задоволені традиційним лікуванням, яке їм проводилося раніше (89%). На пропозицію провести лікування без бормащини більшість пацієнтів відреагувала позитивно (75%), нейтрально - у 23%, і тільки 2% негативно. При безпосередній оцінці поведінки пацієнтів під час препарування найбільш спокійна поведінка відмічена при мінімально-інвазивному препаруванні: 55% - позитивна, 34% - нейтральна, 11% - негативна. При традиційному препаруванні у 11% пацієнтів поведінка була позитивна, у 12% - нейтральна, у 77% - негативна.

Середнє значення тривалості, затрачене на проведення традиційного препарування -10,8 сек, при мінімально - інвазивному препаруванні - 20,5 сек.

Психологічний комфорт є важливим критерієм при виборі методу препарування каріозної порожнини. Мінімізація неприємних відчуттів, позитивне відношення пацієнтів до лікування, відсутність необхідності у використанні місцевого знеболення, ретенційні властивості твердих тканин, швидкість та безболісність є важливим критерієм при виборі повітряно-абразивної системи.

РЕАКЦІЯ КЛІТИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ПАРОДОНТУ ПІСЛЯ ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ

Цветкова Н.В., Давиденко Г.М.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Встановлено, що у інтактному пародонті наявні фібробласти, гістіоцити, малодиференційовані (адвентиційні) клітини, остеобласти, остеокласти, остеоцити, цементоцити, цементобласти, тучні клітини, острівці Малассе.

При асептичному запаленні, викликаному введенням у підшкірну сполучну тканину целоїдинових трубочок, перш за все проходить розширення капілярів і запалення навколо стороннього тіла. Через деякий час починається еміграція зернистих і незернистих лейкоцитів; пізніше з'являється виражений лейкоцитарний вал. Еміграція лейкоцитів інтенсивно наростає, розміри лейкоцитарного валу досягають максимальних розмірів. Посилаючись на літературні джерела, показано, що під час ексудації разом із плазмою з кровеносних судин в тканину емігрують клітинні елементи крові: нейтрофіли (поліморфоядерні лейкоцити), еозинофіли, моноцити і лімфоцити. Виходу клітин із судин передують крайове стояння лейкоцитів. Місце прилипання лейкоцитів до ендотелію судин зазвичай є місцем початку еміграції лейкоцитів. Основна функція нейтрофілів – фагоцитоз. Крім того, відомо, що поліморфоядерні лейкоцити впливають на розвиток запалення із моменту їх появи у зоні ушкодження (вогнищі запалення). Виділяючи у тканину вазоактивні речовини (катіонні білки, протеази, лейкокініни), ці клітини сприяють розвитку запального набряку. При порушенні лейкоцитарної реакції порушується перебіг запального процесу у цілому. Тривалість лейкоцитарної фази (від початку запалення до початку загибелі нейтрофілів) і величина максимальної концентрації клітин у лейкоцитарному валові при стандартному ушкодженні постійні.

Під час другої фази запалення (макрофагічній) продовжується одночасно із зернистими лейкоцитами еміграція із судин і незернистих лейкоцитів (моноцити і лімфоцити): моноцити перетворюються у вільні макрофаги, які використовують фагоцитуючу і регулюючу запалення функцію.

Третя фаза запалення (фібробластична) проходить із наступним утворенням волокна. Виявляється реакція з боку фібробластів; деякі із них округлюються і поділяються мітотичним шляхом. Навколо стороннього тіла утворюється ясно виражена сполучнотканинна капсула.

МІКРОБІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ РИЗИКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

Черета В.В., Петрушанко Т.О., Лобань Г.А.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Запальні захворювання пародонта широко розповсюджені серед населення і є провідною причиною втрати зубів у більшості дорослих. На думку багаточисельних дослідників пародонтит є поліетіологічним захворюванням, основою розвитку якого є мікробіологічні та імунологічні зміни у порожнині рота на фоні генетичної схильності. У розвитку запальних захворювань пародонта найважливішу роль має порушення складу біоплівки зубної бляшки, зміна пропорцій і патогенного потенціалу її бактерій. Ріст популяції грамнегативних анаеробних мікроорганізмів у поєднанні з частковим або повним витісненням коменсальних бактерій ясенної борозни запускає запальний процес у пародонті.

Нами запропонований спосіб оцінки ризику запальних захворювань пародонта на який отримано патент на копію модель UA 54041 МПК (2009) А61В 5/00. З цією метою у мазку з ясенної рідини, забарвленого за Грамом, проводять підрахунок грампозитивних та грамнегативних коків, паличкоподібних мікроорганізмів та звивистих форм у відсотках до загальної кількості підрахованих бактеріальних клітин. Визначають коефіцієнт сталості (КС)

за співвідношенням суми чисельності грампозитивних коків і грампозитивних паличкоподібних мікроорганізмів у відсотках до суми кількості грамнегативних паличкоподібних та грамнегативних звивистих мікроорганізмів у відсотках. Значення $КС=2-4$, свідчить про екологічну рівновагу між бактеріальними популяціями, переважання симбіотної стабілізуючої мікрофлори, ризик запальних захворювань пародонта відсутній. Значення $КС>4$ (зсув $КС$ вправо) свідчить про збільшення чисельності грампозитивних бактерій (пептострептококи, ентерококи, актиноміцети), що контактують з тканинами ясен. Ці мікроорганізми здебільшого входять у склад зубного нальоту і сприяють розвитку запальної відповіді характерної для гінгівіту, тобто підвищується ризик запальних захворювань пародонта. Значення $КС<2$ (зсув $КС$ вліво) вказує на збільшення кількості у ясенній рідині облігатних анаеробних грамнегативних паличок (бактероїдів, фузобактерій) та спірохет, що мають пародонтопатогенну дію і підвищують ризик розвитку пародонтиту. Таким чином, запропонований спосіб простий у виконанні, підвищує ефективність ранньої діагностики порушень мікробіоценозу порожнини рота, доступний для виконання у клінічних, навчальних і наукових лабораторіях, де є оптичні мікроскопи з імерсійною системою і можливе фарбування мікропрепаратів.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ (ТЕРМОПЛАСТОВ)

Чернявский С.А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Санитарно-гигиенические требования к этим материалам особенно высоки, т. к. они контактируют с организмом человека. В медицине применяется огромное число полимерных материалов. К ним относятся: пластмассы, изготовленные на основе полимеризационных полимеров, пластмассы, изготовленные на основе поликонденсационных, пластмассы, изготовленные на основе модифицированных природных полимеров, пластмассы, изготовленные на основе природных и нефтяных асфальтов.

Испытания полимерных материалов на их соответствие санитарно-гигиеническим требованиям включают в себя:

- санитарно-химические исследования — идентификацию и определение концентрации веществ, мигрирующих из материала в контактирующие с ним среды;
- токсикологические исследования — выявление возможного токсического действия материала или содержащихся в нем химических агентов на организм.

Большое влияние на санитарно-гигиеническую характеристику полимера оказывают входящие в его состав ингредиенты. Аллергенными свойствами обладают выделяющиеся из полимерных материалов акрило-нитрил, ароматические амины (неозон Д), бензол, толуол, ксилолы, гексаметилендиамин, ацетон, резорцин, фталаты, кумарон, малеиновый ангидрид, пиридин. Ряд ингредиентов полимерных материалов, например: фталевый ангидрид, гидроперекиси, стирол влияет на функции половых желез (гонадотропное действие). Известны тератогенные и эмбриотоксические свойства бензола, фенола и его производных, формальдегида. К числу химических мутагенов относят этилен — и пропиленоксид, диметилформамид, фенол, формальдегид, эпихлоргидрин, этиленгликоль, гидроперекись изопропилбензола. Из химических веществ, входящих в состав полимерных материалов, канцерогенными свойствами обладают полициклические углеводороды (3,4-бензпирен), перекиси.

Необходимо отметить, что сегодня нормативы, лимитирующие содержание различных компонентов в вытяжках из полимерных материалов медицинского назначения, не разработаны. Поэтому мы считаем, что данная тема до конца не изучена и нуждается в дальнейшем исследовании.

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЯК ГІГІЄНИЧНА І СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

*Четверикова О.П.; Саргош О.Д.; Безпала З.В.****

Державний заклад «Полтавська обласна санітарно-епідеміологічна станція»*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,**

Державний заклад «Полтавська міська санітарно-епідеміологічна станція»***

Проблема впливу навколишнього середовища на здоров'я людини належить до пріоритетних наукових напрямків. Сьогодні є очевидним, наскільки небезпечним є вплив «техногенного пресу» на довкілля та організм людини. У біосфері постійно збільшується кількість вуглекислоти і органічних речовин, виявляється негативний вплив іонізуючого випромінювання, шуму, продуктів сучасних біотехнологій. На дію шкідливих хімічних речовин в організмі людини спрацьовують механізми адаптації, але їх можливості не безмежні, що призводить до підвищення рівня захворюваності. Як свідчить низка дослідників, до 75% усіх захворювань прямо чи опосередковано зумовлені несприятливим впливом природних чинників, надмірним забрудненням довкілля і збідненням життєво важливих ресурсів. Організм дітей є найбільш чутливим до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Це пов'язано з фізіологічними особливостями дитячого організму: незрілістю ферментних систем, процесами мінералізації, недостатністю системного та місцевого імунітету, тощо. Несприятливі чинники довкілля, в тому числі надлишок рухомих фторидів у питній воді та продуктах місцевого вирощування (геохімічна провінція), провокують не лише зростання захворюваності, але і значно погіршують показники фізичного розвитку дітей,