

## СТАБІЛЬНІСТЬ ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА ПАЦІЄНТА У ПРОСТОРИ ПІСЛЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

### Вступ.

У сучасній ортодонтії беззапечним є той факт, що патологія оклюзії – це не лише проблема зубощелепової ділянки людини, а й усього організму вцілому. Ортоданти все частіше співпрацюють з терапевтами, отоларингологами, логопедами, ортопедами, остеопатами. Багато досліджень проводиться щодо взаємозв'язку між будовою хребта та морфологією обличчя (Solow and Tallgren, 1976, 1977; Houston, 1988; Huggare et al., 1991; Özbek and Köklü, 1993; Salone et al., 1994). Доведено, що порушення постави впливає на позицію нижньої щелепи та морфологію обличчя (Mohl, 1976). У свою чергу порушення положення нижньої щелепи можуть впливати на м'язи шиї та поставу людини (Daly et al., 1982; Salonen et al., 1994; Michelotti et al., 1999).

Huggare et al. (1991) виявив, що багато пацієнтів із сколіотичною хворобою мають патологію зубощелепової ділянки по трансверзалі. Отже, багато уваги приділяється діагностуванню та реабілітації таких пацієнтів до та на етапах ортодонтичного лікування. Але чи є баланс у зубощелеповій ділянці, м'язах обличчя та шиї, поставі після закінчення ортодонтичного лікування?

**Метою нашого дослідження** було визначення рівноваги пацієнтів, що пройшли ортодонтичне лікування.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 30 пацієнтів у віці з 25 до 35 років, які раніше лікувалися ортодонтично. Дослідження проводилося на апараті SportKAT 4000 (комп'ютеризований тренер кінестетичних можливостей). Даний апарат вираховував час і від-

стань між центром та курсором, який пацієнт повинен був намагатися утримувати в центрі, кожні 1/10 секунди. Статичний тест було проведено двічі. Перший раз у стані спокою жувальних та мимічних м'язів, другий раз – при максимально стиснутих зубних рядах.

**Результати дослідження.** Так, у розслабленому стані відсоток відхилень вперед-назад становить 0,64, а при стиснутих зубних рядах – 0,58, відсоток відхилень вправо-вліво у розслабленому стані становив 0,69, а при стиснутих зубних рядах – 0,66.

**Висновки.** Стабільність положення тіла пацієнтів у просторі після ортодонтичного лікування залишалась не відкоректованим, що потребує подальшого вивчення та відновлення.

Стуликова В. С.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРМОКРЕЗОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Временные зубы у детей традиционно лечат с использованием девитальных методов в несколько посещений, после чего полость зуба заполняют резорцин-формалиновой или другой мумифицирующей пастой. Известно, что витальная ампутация – это одноэтапный метод, который предус-

матривает удаление коронковой части пульпы, при этом культя корневой пульпы покрывается лечебным материалом.

**Цель исследования.** Определить эффективность лечения временных зубов у детей методом витальной ампутации с использованием формокрезола (ФК).

**Материал и методы.** Методом витальной ампутации мы пролечили 31 временный зуб у 15 детей в возрасте от 4 до 9 лет. Для обработки корневой части пульпы был использован ФК. В последующем культя пульпы покрывалась цинкокислородэвгенольной пастой, замешанной ex tempore. В качестве

изолюючого матеріала был використан цемент «Riva» (SDI). Восстановлювали анатомічну форму зуба матеріалом «Latelux» (Latus). Ефективність проведеного лікування оцінювали через 1, 3 і 6 місяців. Рентгенологічне дослідження проводили до лікування, безпосередньо після лікування, через 1, 3 і 6 місяців.

**Результати.** При проведенні контрольних досліджень успішність оцінювали по клінічним і рентгенологічним даними. Згідно клінічним спостереженням в двох зубах були виявлені ознаки загострення процесу на другі сутки після лікування. Однак по і-

стеченні наступних суток з використанням анальгетиків біль і набряк були усунувані; зуби не видалені і знаходяться під спостереженням. По истеченні 6 місяців ознак патологічної рухливості виявлено не було. По даним рентгенологічних досліджень патологічної резорбції корня виявлено не було. Во всіх інших випадках період після лікування протікав спокійно. В віддалені терміни рентгенологічних ознак ускладнень не виявлено.

**Висновок.** Згідно результатам спостереження застосування ФК може бути достійною альтернативою девітальним мето-

дам лікування тимчасових зубів. Спостереження продовжується.

Наші спостереження свідчать про можливість розширення показань для життєвої ампутації во тимчасових зубах з використанням ФК. Цей метод може застосовуватися для лікування всіх форм пульпітів, які протікають без ускладнень періодонтитами. Ми лікували з позитивним результатом хронічні гангренозні пульпіти при локалізації розпаду в межах кореневої пульпи.

Можливо вважати, що ампутація пульпи з використанням ФК є реальною альтернативою девітальним методам лікування пульпітів тимчасових зубів.

Удод О. А., Мороз Г. Б.

## КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ВІДНОВЛЕНЬ З ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

**Актуальність досліджень.** Проблемам відновлення зубів з використанням фотокомпозитних матеріалів присвячено достатньо велику кількість публікацій у науковій літературі [1]. Для зменшення кількості ускладнень, які виникають унаслідок полімеризаційної усадки цих матеріалів, здійснюють дослідження в різних напрямках, однак кількість ускладнень не зменшується [2]. Нами був розроблений та експериментально обґрунтований метод полімеризації фотокомпозитів, сутність якого полягає у використанні двох світлових потоків фотополімеризатора, світловоди якого залежно від клінічних ситуацій розташовують під

різними кутами один до одного, а світлові потоки спрямовують через вестибулярну та оральну стінки каріозної порожнини або безпосередньо на матеріал [3].

**Метою** нашого дослідження була клінічна оцінка якості реставраційних робіт, виконаних із фотокомпозитного матеріалу «Filtek Z 250» («3M Espe») двома методами опромінення.

**Об'єкт і методи дослідження.** Було обстежено 75 осіб віком від 20 до 45 років, яким було відновлено 106 порожнин II класу за Блеком з приводу середнього і глибокого карієсу. Реставрацію зубів проводили за загальноприйнятими правилами. Фотокомпозитний матеріал вносили порціями та

опромінювали двома методами, відповідно до застосування яких були сформовані дві групи пацієнтів. До першої групи увійшли пацієнти, яким було відновлено 50 зубів, опромінення матеріалу проводили методом «спрямованої» полімеризації. Пацієнтам другої групи було відновлено 56 зубів запропонованим методом. Контрольні дослідження проводили відразу після відновлення та через 24 місяці. Оцінку реставрацій здійснювали візуально-інструментальним методом за шкалою Ryge [4] за критеріями «крайове прилягання» і «крайове забарвлення».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Найвищу оцінку «А» відразу після відновлення