

лечении стоматологических больных (клинико-правовые аспекты проблемы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.22 — стоматология / Н. Д. Владыченкова. — Смоленск, 2010. — 22 с.

5. *Гажва С. И.* Жалобы пациентов как один из показателей качества работы стоматолога-ортопеда / С. И. Гажва, О. А. Алешина // Клиническая стоматология. — 2009. — № 3. — С. 76–77.

6. *Ажицкий Д. Г.* Профилактика непереносимости до зубных протезов у клиници ортопедической стоматологии : автореф. дис. ... канд. мед. наук :

спец. 14.01.22 — стоматология / Д. Г. Ажицкий. — К., 2005. — 19 с.

7. *Кузнецов В. В.* Клинико-экспериментальное обоснование застосування технології електромагнітної обробки акрилових пластмас при виготовленні знімних пластинкових протезів : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.22 — стоматология / В. В. Кузнецов. — Полтава, 2005. — 18 с.

8. *Острооголов Д. Ф.* Математическое обоснование метода армирования с помощью пространственной модели полного съемного протеза / Д. Ф. Острооголов // Український

стоматологічний альманах. — 2009. — № 3. — С. 15–19.

9. *Палійчук І. В.* Стан місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини у хворих на токсичний протезний стоматит / І. В. Палійчук, М. М. Рожко, Р. В. Куцик // Современная стоматология. — 2010. — № 4. — С. 144–147.

10. *Пат. України 55981* Спосіб виготовлення термопластичного зубного протеза / В. А. Розуменко, В. Г. Штурмінський ; заявник та патенто-власник Одеський національний медичний університет. — № u201011613 ; заявл. 30.09.2010 ; опубл. 27.12.2010, Бюл. № 24.

УДК 616.314-08-039.71

О. Л. Чулак

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКИХ И АНТИСЕПТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КРАЕВОГО ОКРАШИВАНИЯ РЕСТАВРАЦИЙ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ

Одесский национальный медицинский университет

Актуальность темы

Одним из ранних осложнений эстетического характера является появление краевого окрашивания по границе реставрации и твердых тканей зуба [1; 2].

Наиболее частая причина такого окрашивания связана с неудовлетворительной гигиеной полости рта, когда на поверхности реставрированного зуба скапливается микробный налет [3–6].

Тем более, что установлено влияние бактерий полости рта на поверхность стоматологических полимерных пломбировочных материалов с образованием пигментного налета [7; 8].

Поэтому для профилактики краевого окрашивания пломб, прежде всего, необходимо предупредить главный причинный фактор, а именно скопление налета. Здесь имеет значение

не только качество проведения реставрационных работ, но и последующая эксплуатация реставрированных зубов, и в первую очередь — тщательная гигиена полости рта, особенно в первые месяцы после восстановления зуба композитными материалами [9].

Цель настоящего исследования состояла в разработке комплекса гигиенических и антисептических мероприятий для предупреждения скопления микробного налета на поверхности реставрированного зуба.

Материалы и методы исследования

В исследованиях приняли участие 42 человека в возрасте от 18 до 38 лет, у которых проводилась реставрация во фронтальном участке зубного ряда. Всего было поставлено 51 пломб: 11 — 11-го зуба,

10 — 12-го зуба, 4 — 13-го зуба, 12 — 21-го зуба, 8 — 22-го зуба, 6 — 23-го зуба.

Реставрацию проводили с использованием светоотверждаемого универсального микрогибридного композиционного материала Charisma (Kulzer) с адгезивной системой Dentesive II (Kulzer). Соблюдены все правила пломбирования, исключая несоответствие объемного соотношения основной и каталитической паст, некачественное размешивание материала на бумажном блоке, удлинение времени внесения материала сверх периода пластичности, преждевременное (раньше 5 мин) снятие матрицы. Полировку пломб проводили после завершения периода полной полимеризации материала специальными борами.

Все пациенты через 6 мес. были осмотрены с целью выявления дефекта реставрации



Схема гигиенических мероприятий после проведения реставраций зуба во фронтальном участке зубного ряда

Период	Основные действия
Первый день после реставрации	Только ополаскивание рта. Не разрешается принимать кофе, соки, красное вино
В течение последующих 6 мес.	1. Ежедневная, тщательная, 2-разовая (утром и вечером после еды) чистка зубов пастой «Колгейт тотал 12»; 1 раз в неделю использовать зубную пасту «Колгейт тотал 12» профессиональная чистка»
	2. После приема красящих напитков (кофе, соки, красное вино) ополаскивать рот водой
	3. В течение первых 2 нед. полоскать рот ополаскивателем, содержащим цетилпиридиний хлорид («Oral-B Advantage», «Oral-B» — «Tooth and Gum Care», «Reach», «Colgate Plax»). Режим: 2 раза в день утром и вечером до еды

в виде краевого окрашивания и проведен комплекс диагностических мероприятий, включающих изучение гигиенического состояния зубов по Грин — Вермильону и интенсивности зубных отложений (ИЗО) [10], а также скорость слюноотделения. Были взяты пробы зубного налета с поверхности реставрированных зубов для бактериологического исследования.

Соскоб с поверхности пломбы проводили стерильным тампоном, помещали в стерильные пробирки и доставляли в бактериологическую лабораторию. Идентификацию выделенных культур проводили по морфолого-культуральным и биохимическим признакам согласно общепринятым методикам, используя определитель бактерий Берджи [12].

Результаты исследования и их обсуждение

Схема назначенных гигиенических мероприятий представлена в табл. 1. Обоснованием к применению в комплексе зубных паст «Колгейт тотал 12» стало то, что они включают антисептический компонент триклозана — сополимер, способный образовывать на поверхности зубов антибактериальную пленку пролонгированного действия. Антисептические ополаскиватели, включающие цетилпиридиний хлорид, были выбраны из-за выраженного антибактериального действия по отношению к пигментообразующим бактериям, но главный аргумент для выбора — это все-таки отсутствие окрашивающего эффекта (например, в отличие от хлоргексидина).

В зависимости от предложенных мероприятий по уходу за полостью рта после реставрации зубов все пациенты были разделены на 2 группы. Основной (20 человек) —

назначен комплекс мероприятий по предложенной выше схеме, группе сравнения (20 человек) была рекомендована щадящая, но регулярная чистка зубов любой зубной пастой.

Всем пациентам обеих групп предложено воздержаться от частого употребления кофе.

Исследования, проведенные через 6 мес. после реставрации зуба, показали, что в группе сравнения у 3 (15 %) человек наблюдалось крае-

вое окрашивание, в то время как у пациентов основной группы не зафиксировано ни одного случая окрашивания.

В дальнейшем результаты исследования изученных показателей в группе сравнения представлялись отдельно для лиц с краевым окрашиванием и без осложнений.

Результаты изучения гигиенического состояния полости рта и уровня слюноотделения пациентов после реставрации зубов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Уровень гигиенического состояния зубов и скорость слюноотделения у лиц с краевым окрашиванием в зоне эмаль/пломба после проведения косметических реставрационных работ

Изучаемый показатель	Группа сравнения, n=20			Основная группа, n=22
	При наличии краевого окрашивания, n=3	Без осложнений, n=17	В среднем	
Интенсивность зубных отложений, баллы	2,80±0,34	1,9±0,2 P ₂ <0,05	2,35±0,28	1,41±0,15 P ₁ <0,001
ГИ по Грин — Вермильону, баллы	2,50±0,35	1,60±0,17 P ₂ <0,05	2,10±0,23	1,52±0,16 P ₁ <0,05
Скорость саливации, мл/мин	0,28±0,60	0,42±0,40 P ₂ >0,05	0,35±0,50	0,41±0,50 P ₁ >0,05

Примечание. Достоверность отличий рассчитана: P₁ — по отношению к средним данным, зафиксированным в группе сравнения; P₂ — в группе сравнения по отношению к данным у лиц с наличием краевого окрашивания пломбы.



Распространенность различных видов микроорганизмов на поверхности зубов через 6 мес. после проведения реставрации, количество человек, абс. (%)

Микроорганизм	Группа сравнения, n=20		Основная группа, n=22
	Лица с наличием краевого окрашивания, n=3	Без осложнений, n=17	
<i>Streptococcus pneumonia*</i>	2 (67)	4 (23)	1 (4)
<i>Streptococcus intermedius*</i>	3 (100)	3 (18)	1 (4)
<i>Str. Mutans*</i>	2 (67)	5 (29)	3 (14)
<i>Str. salivarius</i>	1 (33)	6 (35)	4 (18)
<i>Candidi albicans*</i>	3 (100)	3 (18)	3 (14)
<i>Leucomostos spp.</i>	2 (67)	2 (11)	2 (2)
<i>Peptostreptococcus*</i>	2 (67)	2 (11)	0 (0)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	0 (0)	5 (29)	3 (14)
<i>Staphylococcus Haemolyticus*</i>	3 (100)	4 (23)	2 (9)
<i>Actinomyces Naesludii*</i>	2 (67)	1 (5)	1 (4)
<i>Veillonella</i>	0 (0)	4 (23)	3 (14)

Примечание. * — пигментобразующие микроорганизмы.

Как показали результаты исследований, представленные в этой таблице, в группе сравнения у лиц с наличием краевого окрашивания зафиксировано наибольшую ИЗО, высокий гигиенический индекс (ГИ), свидетельствующий о неудовлетворительной гигиене полости рта, а также наименьший показатель скорости слюноотделения.

У пациентов группы сравнения, у которых не было косметических осложнений со стороны реставрированного зуба, гигиеническое состояние полости рта скорее удовлетворительное: умеренная ИЗО и приближающаяся к норме скорость саливации. При индивидуальном анализе гигиенического состояния полости рта оказалось, что эти пациенты более осознанно и лучше ухаживали за зубами.

Наиболее позитивные результаты, касающиеся ИЗО и гигиенического состояния полости рта, наблюдались у пациентов основной группы.

Следовательно, предложенный комплекс способствовал улучшению гигиенического состояния полости рта и уменьшению скопления зубного налета. Согласно этим исследованиям, был сделан еще один вывод, свидетельствующий о том, что слюна играет важную роль в очищении полости рта. Так, у лиц с наличием краевого окрашивания скорость слюноотделения коррелировала с ИЗО: чем меньше слюноотделение, тем больше зубных отложений.

Бактериологические исследования зубного налета с поверхности реставрированных зубов показали, что наибольший процент высеваемости пигментообразующих микроорганизмов наблюдался у пациентов группы сравнения с наличием краевого окрашивания; значительно меньший — у пациентов группы сравнения

без осложнений со стороны реставрированного зуба, наименьший — у пациентов основной группы (табл. 3).

Таким образом, на основании результатов исследований сделано следующее заключение: предложенный регламент ухода за полостью рта после реставрации зуба с применением средств гигиены, включающих антисептические компоненты направленного антибактериального действия, предупреждает развитие раннего осложнения в виде краевого окрашивания пломбы, улучшает гигиеническое состояние рта и способствует уменьшению интенсивности зубных отложений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филиппик И. С. Ошибки и осложнения при применении фотополимерных пломбировочных материалов и методы их устранения / И. С. Филиппик, О. В. Данилевич, Е. А. Жукова // Вестник стоматологии. — 2008. — № 2. — С. 42–47.
2. Проблема краевого прилегания пломб и возможности ее решения в стоматологической клинике / Г. Г. Иванова, В. К. Леонтьев, В. В. Педдер, Р. А. Дистель // Институт стоматологии. — 2003. — № 1. — С. 63–66.

3. Улитовский С. Б. Взаимосвязь между состоянием реставраций и гигиеной полости рта / С. Б. Улитовский // Новое в стоматологии. — 2006. — № 2. — С. 45–48.

4. Улитовский С. Б. Роль гигиены полости рта в сохранности и восстановлении зубов пломбировочными материалами / С. Б. Улитовский // Там же. — 2001. — № 2. — С. 67–69.

5. Удод А. А. Оценка качества реставрационных работ в зависимости от уровня гигиены полости рта / А. А. Удод // Современная стоматология. — 2001. — № 3. — С. 18–21.

6. Удод О. А. Гігієнічний стан та якість реставрацій фронтальних зубів / О. А. Удод // Современная стоматология. — 2008. — № 2. — С. 3–7.

7. Виллерсхаузен-Ценхен Б. Влияние бактерий полости рта на поверхности стоматологических полимерных пломбировочных материалов / Б. Виллерсхаузен-Ценхен, К. Эрнст // Клиническая стоматология. — 1999. — № 1. — С. 5–10.

8. Chan C. R. Plaque retention on teeth restored with full-ceramic crown: a comparative study / C. R. Chan, H. Weber // J. Prosthet. Dent. — 1996. — Vol. 66. — P. 666–671.

9. Удод О. А. Обґрунтування диференційованих підходів до відновлення фронтальних зубів / О. А. Удод // Современная стоматология. — 2008. — № 4. — С. 25–29.

10. Терешина Т. П. Влияние интенсивности отложения зубного налета на появление краевого окрашивания после проведения реставра-



ционных работ во фронтальном участке зубного ряда / Т. П. Терешина, О. И. Аншукова, О. Л. Чулак // Наукові та практичні аспекти індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота у дітей та дорослих :

конф., 14–15 квіт. 2009 р., Одеса : матеріали. – Одеса, 2009. – С. 114–116.

11. *Микробиология и иммунология в стоматологии* : учеб. пособие / Л. Б. Борисов, И. С. Фрейдлин,

В. М. Калинин, А. П. Носов. – Л., 1987. – 81 с.

12. *Определитель бактерий Берджи* / пер. с англ. ; под ред. Дж. Холта, Н. Криг, П. Снит, Дж. Стеил. – М. : Мир, 1997. – 123 с.

УДК 618.11-006.2-092

Є. А. Полякова

КЛІНІКО-ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Одеський національний медичний університет

Відповідно до сучасних даних, одним із найчастіших захворювань, з яким стикається акушер-гінеколог у своїй практиці, є синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). За оцінками експертів, загалом у світі від 6–7 до 10 % жінок фертильного віку мають клінічні прояви СПКЯ, причому в останні роки відзначається тенденція до збільшення частоти цього серйозного захворювання [1–3]. Асоціюється СПКЯ з високим ризиком інсулін-незалежного цукрового діабету, метаболічного синдрому та їх ускладнень. У 80 % жінок із СПКЯ в репродуктивному віці виникає олігоменорея та визначаються ановуляторні цикли [1; 2; 4]. У 25–37 % випадків у жінок із СПКЯ вагітність завершується спонтанним викиднем, тобто в 1,5–2 рази частіше, ніж у загальній популяції [5]. Ця патологія поряд з ендокринними порушеннями, притаманними метаболічному синдрому, — гіперінсулінемією, підвищеним рівнем ЛГ, дисфункцією ендометрія — призводить до суттєвого зменшення репродуктивного потенціалу жінок із СПКЯ.

Незважаючи на те, що досі до кінця не вивчені складні патофізіологічні механізми СПКЯ, сьогодні загальноновизнаною є наявність зв'язку між СПКЯ та інсулінорезистентністю — патологічним станом, який характеризується зниженням фізіологічної відповіді тканин на дію інсуліну та призводить до

метаболічних і гемодинамічних порушень, відомих як метаболічний синдром. Основними ознаками цього стану є дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, гіперурикемія, абдомінальне ожиріння, гіперкоагуляція та недостатність фібринолітичних механізмів, гіперандрогенія, стеатогепатоз і зниження толерантності до глюкози [6]. При цьому якщо раніше інсулінорезистентність розглядали як характеристику СПКЯ, асоційованого з ожирінням, то останнім часом було виявлено, що вона також може спостерігатися і за відсутності підвищеного індексу маси тіла (ІМТ).

Відомо, що класичними органами-мішенями для інсуліну є м'язова, жирова тканини та печінка. Виявлення здатності інсуліну стимулювати стероїдогенез у яєчниках, а також виявлення рецепторів до інсуліну в стромальних і фолікулярних клітинах яєчника дозволили зробити висновок, що яєчник є ще одним важливим органом-мішенню для інсуліну. Уявлення про місце інсуліну в регуляції функції яєчників значно розширилися після уточнення ролі інсуліноподібних факторів росту I і II (ІРФ-I, ІРФ-II) та відкриття у тканині яєчника рецепторів I й II типу відповідно до ІРФ-I та ІРФ-II. Цьому сприяло і виявлення здатності яєчника продукувати білки, що зв'язують інсуліноподібні фактори росту. На-

разі роль останніх як регуляторів функції яєчників нині визнається нарівні з інсуліном [6–8].

Метою дослідження була оцінка ролі інсулінорезистентності у детермінації особливостей перебігу захворювання у жінок із СПКЯ.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконано у НДІ НТПЗ ОНМедУ та гінекологічному відділенні МКЛ № 9 (Одеса). Участь у дослідженні взяли 80 пацієнток репродуктивного віку із верифікованим СПКЯ. У контрольну групу увійшли 50 здорових жінок того ж віку.

Усі хворі були обстежені відповідно до чинних клінічних протоколів (накази МОЗ України від 15.12.2003 № 582 та від 31.12.2004 № 676) [9; 10]. Проводили тести функціональної діагностики, оцінювали гормональний профіль пацієнток шляхом визначення в плазмі крові рівнів: тестостерону, естрадіолу, гонадотропних гормонів, ТТГ, пролактину, андростендіону, ДГЕА-сульфату, інсуліну — імуноферментним методом (діагностична система «Хема-Медика», Росія). Проводили УЗД органів малого таза на апараті Sonoline-400 ("Siemens", Німеччина) у ранню фолікулярну фазу (3–5-й день менструального циклу) [11].

Тест на толерантність до глюкози проводили за стан-

