

УДК 616.314-77 + 616.314

СТАН ПАРОДОНТА ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕСТАВРАЦІЙ БІЧНИХ ЗУБІВ

І.А. Ожоган

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме

Мета дослідження – проаналізувати стан пародонта зубів у віддалені терміни після прямих реставрацій бічних зубів. На обстеженні стоматологічних пацієнтів привертає увагу високий відсоток поєднання захворювань пародонта і дефектів твердих тканин бічних зубів. Особливо гостро постає ця проблема після проведення реставрацій бічних зубів із приводу наявності дефектів твердих тканин різної етіології. Нами проведено оцінку стану реставрацій і пародонта бічних зубів у 100 пацієнтів через 1, 2 та 3 роки і більше після лікування. Установлено, що в $79,2 \pm 1,9\%$ обстежених наявні захворювання пародонта, а в $48,5 \pm 2,4\%$ спостерігається порушення оклюзійних співвідношень за наявності реставрацій бічних зубів. У обстежених хворих у віддалені терміни після реставрацій за загальноприйнятими методиками переважають запально-дистрофічні та запальні захворювання пародонта, зокрема пародонтит і гінгівіт, відсоток яких складає відповідно $60,0 \pm 4,9\%$ та $14,0 \pm 3,5\%$.

Ключові слова: реставрації, бічні зуби, дефекти твердих тканин, пародонт.

Резюме

Цель исследования – проанализировать состояние пародонта зубов в отдаленные сроки после прямых реставраций боковых зубов. На обследовании стоматологических пациентов обращает на себя внимание высокий процент сочетания заболеваний пародонта и дефектов твердых тканей боковых зубов. Особенно острой эта проблема становится после

проведения реставраций боковых зубов по поводу наличия дефектов твердых тканей разной этиологии. Нами проведено оценку состояния реставраций и пародонта боковых зубов у 100 пациентов через 1, 2, 3 года и больше после лечения. У 79,2±1,9% обследованных выявлены заболевания пародонта, а у 48,5±2,4% наблюдается нарушение окклюзионных соотношений при наличии реставраций боковых зубов. У обследованных больных в отдаленные сроки после реставраций по общепринятым методикам преобладают воспалительно-дистрофические и воспалительные заболевания пародонта, в частности пародонтит и гингивит, процент которых составлял соответственно 60,0±4,9% и 14,0±3,5%.

Ключевые слова: реставрации, боковые зубы, дефекты твердых тканей, пародонт.

UDC 616.314-77 + 616.314

CONDITION OF PARODONTIUM IN PATIENTS AFTER RESTORATION OF LATERAL TEETH

I.A. Ozhogan

SHEE «Ivano-Frankivsk national medical university»

Summary

During examinations the patients we pay attention to a high percentage of periodontal disease and a hard tissue defects of the lateral teeth. This problem is especially important after the restoration of the lateral teeth on a presence of hard tissue defects of different etiologies. A treatment can be successful only if the results are consistent with modern functional and aesthetic requirements and with individual needs of the patient. Take into account all factors that show the impact on the quality of restorations in the treatment process is necessary to use the concept of optimal analysis of the initial clinical situation and treatment planning. Today there is an increase demand for a quality of aesthetic dental restoration with composites. In this case we pay attention not only to the direct

result of the doctor but how the dental restoration looks in a 1,2,5 years. Thus, the impact of direct restorations of lateral teeth depends on the condition of periodontal tissues in the later periods after treatment remains relevant and understudied.

The aim - to analyze the periodontal status of teeth in the long period after direct lateral teeth restorations.

We conducted evaluation of restorations status and existence of periodontitis in lateral teeth at 100 patients after 1, 2 and 3 years or more after treatment. Clinical evaluation of restorations we carried out according to the USPHS Ryge, we evaluated the correctness of creation occlusal and lateral contacts, periodontal status of teeth, their mobility, baring the necks of teeth, dental raid, development of secondary caries and gingival condition of interdental papilla and gingival margin.

We found that in $79,2 \pm 1,9\%$ of observed there are periodontal diseases and in $48,5 \pm 2,4\%$ we are looking on contravention of occlusal relationships in a restorations of lateral teeth. Number of patients with periodontal disease (generalized periodontitis 1 and 2 level of severity) among the patients with hard tissue defects was aged in 18-24 years - $44,8 \pm 5,3\%$, the index increased in the age of 25-34 years to - $69,5 \pm 5,1\%$, and in the age of 35-44 years this index was $85,9 \pm 3,6\%$. We found that the maximum prevalence of periodontal diseases and defects of hard tissue in the age of 45-54 years - $96,8 \pm 1,8\%$ and in 55-64 years - $94,9 \pm 2,3\%$ of patients. Assessing periodontal status in 35 patients after one-year of restoration we can say that the tooth mobility was found in 12 patients ($34,3 \pm 8,0\%$), the baring necks - in 17 ($48,6 \pm 8,5\%$), the presence of plaque - in 27 ($77,1 \pm 7,1\%$). We also assessed the status of marginal and alveolar gums.

Thus the papillitis was found in 4 patients ($11,4 \pm 5,4\%$), the gingivitis - 5 ($14,3 \pm 5,9\%$), and the generalized periodontitis - in 18 cases ($51,4 \pm 8,5\%$). The changes that occurred in the periodontium after a two-year restoration are next: pathological mobility of teeth was observed in 15 patients ($37,5 \pm 7,7\%$),

baring necks - in 19 ($47,5 \pm 7,9\%$), presence of plaque, which indicates a poor state of hygiene – in 32 ($80,0 \pm 6,3\%$), and changes in the gums with inflammatory or inflammatory-dystrophic character observed in 32 patients, of which papillitis was found in 2 cases ($5,0 \pm 3,5\%$), gingivitis – in 6 ($15,0 \pm 5,7\%$) and periodontal disease - in 24 ($60,0 \pm 7,8\%$). After restoration which took place 3 or more years ago was examined 25 patients, 11 of them were identified with pathological mobility of teeth ($44,0 \pm 9,9\%$), baring necks - in 17 ($68,0 \pm 9,3\%$), the presence of plaque - in 19 ($76,0 \pm 8,5\%$). In examined patients papillitis was not observed that indicates the lesion is not only on the marginal edge of the gums, but including alveolar gums- gingivitis was found in 3 cases ($12,0 \pm 6,5\%$) and inflammatory- dystrophic disease (generalized periodontitis) were found in 18 ($72,0 \pm 9,0\%$) patients.

So, examined patients in the later periods after restorations by conventional methods predominate inflammatory-degenerative and inflammatory periodontal disease, especially periodontitis and gingivitis, which is in accordance of $60,0 \pm 4,9\%$ and $14,0 \pm 3,5\%$.

Key words: restoration, lateral teeth, hard tissue defects, periodontal.

Література

1. Терапевтична стоматологія: підручник: у 4 т. – Т.3. Захворювання пародонта / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. – К.: Медицина, 2008. – 616 с.
2. Современные аспекты клинической пародонтологии; под ред. Дмитриевой Л.А. – М.: МЕДпресс, 2001. – 128 с.
3. Krueger-Janson U. Индивидуальная реставрация / U. Krueger-Janson, O. Brix.- 2007. - №6. – С. 146.
4. Ливанов О.А. Ближайшие и отдаленные результаты эстетической реставрации / О.А.Ливанов, А.В.Шумский // Клиническая стоматология. – 2008. - №3. – С.76-81.

5. Леменев П.А. Состояние композитных реставраций боковых зубов у больных генерализованным пародонтитом / П.А. Леменев // Современная стоматология. – 2009. - №4. – С.37-39.

6. The long-term effect of a composite resin restoration on proximal contact tightness / Bas A.C. Loomans, Niek J.M. Opdam, Joost J.M. Roeters [et al.] // J. Dent. – 2007. – Vol. 35. – P. 104-108.

7. Donald F. Davidson. Рецепт успешного применения композитов для лечения жевательных зубов / Donald F. Davidson, Makoto Suzuki // Стоматолог. – 2000. - №3. – С.54-56.

8. Салова А.В. Особенности эстетической реставрации в стоматологии: практическое руководство. – 2-е изд., испр. и доп. / А.В. Салова, В.М. Рехачев. – СПб.: Человек, 2004. – 160 с.

9. Соблюдение медицинских принципов и технологических этапов препарирования полости как залог успеха эстетической реставрации зубов композитами / А.И. Николаев, Д.А. Николаев, Л.М. Цепов [и др.] // Новое в стоматологии.- 2009.- №2.-С. 64-67.

10. Цимбалистов А.В. Влияние прямых окклюзионных реставраций на состояние микроциркуляции пародонта и пульпы зубов / А.В. Цимбалистов, Ю.С. Соснина, Е.Е. Статовская // Клиническая стоматология. – 2009. - №2. – С.16-19.

11. Левин Б.В. Изучение возможности прогнозирования успеха прямой реставрации резцов верхней челюсти на основании клинической оценки сохранения объема твердых тканей зуба / Б.В. Левин // Современная стоматология. – 2010. - №1. – С.29-31.

12. Гажва С.И. Определение гарантийных сроков и критериев качества прямой эстетической реставрации / С.И. Гажва, Г.В. Агафонова // Клиническая стоматология. – 2009. - №3. – С. 52-55.

Вступ.

Успіх лікування і якість стоматологічних реставрацій залежать від різних факторів. Перше - це адекватне препарування і кваліфікація лікаря. Лікування можна вважати успішним тільки тоді, якщо його результати відповідають сучасним функціональним і естетичним вимогам, а також індивідуальним вимогам пацієнта [1, 2]. Аби повною мірою врахувати всі чинники, які впливають на якість реставрацій, у процесі лікування необхідно використовувати концепцію оптимального аналізу первинної клінічної ситуації та планування лікування [3, 4, 5, 6]. Нині все більше зростають вимоги до якості естетичної реставрації зубів композитами. При цьому звертають увагу не тільки на безпосередній результат роботи лікаря, а й на те, як виглядає та функціонує реставрація через 1 рік, 2, 5 років. На жаль, частота погіршення якості композитних реставрацій у віддалений термін перебуває на досить високому рівні. За даними авторів, через 2 роки після відновлення корекції або заміни вимагають 75% композитних пломб у ділянці жувальних зубів. Найбільш частими проблемами стають порушення крайового прилягання пломби, забарвлення межі матеріалу з тканинами зуба, рецидивний карієс [7, 8, 9]. Так, А.В. Цимбалістов і співавт.[10] вивчали вплив прямих оклюзійних реставрацій на стан мікроциркуляції пародонта і пульпи зубів. Авторами встановлено, що в умовах порушення оклюзійних контактів реакція в мікроциркуляторному руслі тканин пародонта і пульпи зубів свідчить про розвиток хронічних запальних процесів, які на початкових стадіях клінічно не проявляються. Б.В. Левін [11] при вивченні успішності прямої реставрації різців верхньої щелепи проаналізував 104 клінічні випадки лікування хворих. За результатами дослідження запропоновано проводити пряму реставрацію при площі дефекту однієї апроксимальної поверхні не більше 24,7% загальної площі вестибулярної поверхні, а при площі двох апроксимальних поверхонь - не більше 39,7%. Для вивчення гарантійних термінів і критеріїв прямої естетичної реставрації С.І. Гажва, Г.В. Агафонова

розробили спеціальний індекс якості прямої реставрації (ІЯПР) [12]. Тому питання впливу прямих реставрацій бічних зубів на стан тканин пародонта у віддалені терміни після лікування залишається актуальним і недостатньо вивченим.

Мета дослідження – проаналізувати стан пародонта зубів у віддалені терміни після прямих реставрацій бічних зубів.

Матеріали і методи дослідження.

З метою проведення експертної оцінки стану реставрацій бічних зубів, які були виконані за загальноприйнятими методиками, через 1, 2, 3 роки і більше нами було обстежено 100 осіб. При цьому через 1 рік після реставрацій групу склали 35 хворих, у яких оцінювали 54 реставрації; через 2 роки – 45 хворих із 73 реставраціями бічних зубів, а через 3 роки і більше - 25 хворих із 45 реставраціями. Клінічну оцінку реставрацій проводили за критеріями USPHS Ryge, оцінювали правильність створення оклюзійних та апроксимальних контактів, стан пародонта зубів, їх рухомість, оголення шийок зубів, наявність зубного нальоту, розвиток вторинного карієсу та стан ясенного міжзубного сосочка і ясенного краю. Для об'єктивної оцінки ступеня вірогідності отриманих результатів дослідження використано варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих результатів із застосуванням пакетів статистичних програм “MicrosoftExcel - 2010” і “Statistica-7,0”.

Результати дослідження та їх обговорення.

На обстеженні хворих нами було вивчено поєднання дефектів твердих тканин бічних зубів із захворюваннями пародонта. Так, нами встановлено, що в $79,2 \pm 1,9\%$ обстежених наявні захворювання пародонта і в $48,5 \pm 2,4\%$ спостерігається порушення оклюзійних співвідношень. Кількість хворих із захворюваннями пародонта (генералізований пародонтит 1 і 2 ступенів тяжкості) серед обстежених із дефектами твердих тканин становила у віці 18-24 роки $44,8 \pm 5,3\%$ і показник зростав у

віці 25-34 роки до $69,5 \pm 5,1\%$, а у віці 35-44 роки становив $85,9 \pm 3,6\%$. Максимальні показники поширеності захворювань пародонта і дефектів твердих тканин виявлено нами у віковій групі 45-54 роки ($96,8 \pm 1,8\%$) та у 55-64 роки ($94,9 \pm 2,3\%$).

Нами вивчався також стан пародонта у хворих, яким проводили такі реставрації за загальноприйнятими методиками протягом 1, 2 та 3 і більше років (табл.1).

Таблиця 1

Стан пародонта хворих у різні терміни після реставрацій

Термін обстеження	Через 1 рік (n=35 хворих)		Через 2 роки (n=40 хворих)		Через 3 роки (n=25 хворих)		Усього (n=100 хворих)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стан пародонта								
Рухомість зубів	12	$34,3 \pm 8,0$	15	$37,5 \pm 7,7$	11	$44,0 \pm 9,9$	38	$38,0 \pm 4,9$
Оголення шийок	17	$48,6 \pm 8,5$	19	$47,5 \pm 7,9$	17	$68,0 \pm 9,3$	53	$53,0 \pm 5,0$
Наявність зубного нальоту	27	$77,1 \pm 7,1$	32	$80,0 \pm 6,3$	19	$76,0 \pm 8,5$	78	$78,0 \pm 4,1$
Папіліт	4	$11,4 \pm 5,4$	2	$5,0 \pm 3,5$	-	-	6	$6,0 \pm 2,4$
Гінгівіт	5	$14,3 \pm 5,9$	6	$15,0 \pm 5,7$	3	$12,0 \pm 6,5$	14	$14,0 \pm 3,5$
Пародонтит	18	$51,4 \pm 8,5$	24	$60,0 \pm 7,8$	18	$72,0 \pm 9,0$	60	$60,0 \pm 4,9$

Так, оцінивши стан пародонта в 35 хворих після однорічної реставрації, рухомість зубів було виявлено у 12 хворих ($34,3 \pm 8,0\%$), оголення шийок - у 17 ($48,6 \pm 8,5\%$), наявність зубного нальоту - в 27 ($77,1 \pm 7,1\%$). Нами оцінювався також стан маргінальних і альвеолярних ясен. При цьому папіліт було виявлено в 4 хворих ($11,4 \pm 5,4\%$), гінгівіт - у 5 ($14,3 \pm 5,9\%$), а генералізований пародонтит - у 18 випадках ($51,4 \pm 8,5\%$).

Зміни, які відбувались у пародонті після дворічної реставрації, були такими: патологічна рухомість зубів - у 15 пацієнтів ($37,5 \pm 7,7\%$); оголення шийок - у 19 ($47,5 \pm 7,9\%$); наявність зубного нальоту, що свідчить про незадовільний стан гігієни, - у 32 ($80,0 \pm 6,3\%$), а зміни в яснах запального або запально-дистрофічного характеру спостерігались у 32 хворих, з яких папіліт виявлено у 2 ($5,0 \pm 3,5\%$), гінгівіт - у 6 ($15,0 \pm 5,7\%$), а пародонтит - у 24 ($60,0 \pm 7,8\%$).

Після реставрації, яку проводили 3 і більше роки тому, було оглянуто 25 хворих, у 11 з яких було виявлено патологічну рухомість зубів ($44,0 \pm 9,9\%$), оголення шийок - у 17 ($68,0 \pm 9,3\%$), наявність зубного нальоту - в 19 ($76,0 \pm 8,5\%$). У обстежених хворих папіліт не було виявлено, що свідчить про ураження не тільки маргінального краю ясен, а і альвеолярного – гінгівіт було виявлено в 3 випадках ($12,0 \pm 6,5\%$) і запально-дистрофічні захворювання (генералізований пародонтит) - у 18 ($72,0 \pm 9,0\%$) хворих.

Проаналізувавши віддалені ускладнення за допомогою рентгенологічних досліджень, необхідно зазначити про виявлення впливу навислих країв реставрацій та відсутності контактного пункту на стан пародонта, зокрема резорбцію міжальвеолярних перегородок.

Висновки.

Нами встановлено, що бічні дефекти твердих тканин зубів поєднані із захворюваннями пародонта в $79,2 \pm 1,9\%$ хворих. У обстежених хворих у віддалені терміни після реставрацій за загальноприйнятими методиками переважають запально-дистрофічні та запальні захворювання пародонта, зокрема пародонтит і гінгівіт, відсоток яких складає відповідно $60,0 \pm 4,9\%$ і $14,0 \pm 3,5\%$.