

ДВУХЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОФФЕРДАМА КАК МЕТОДА ИЗОЛЯЦИИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ

Рожнова Е.В.

ММА им. И.М. Сеченова, кафедра терапевтической стоматологии

ЦЕЛЬЮ нашего исследования была оценка эффективности использования **КОФФЕРДАМА** как метода изоляции операционного поля в терапевтической стоматологии при лечении клиновидного дефекта (КД). Представлены результаты двухлетнего наблюдения.

ВВЕДЕНИЕ. КД локализуется в пришеечной области на вестибулярных поверхностях, чаще на клыках и премолярах. Причинами возникновения КД считаются: механическое воздействие зубной щёткой на поверхность зуба, обнажение шейки зуба при заболеваниях пародонта, возрастная рецессия десны, использование зубочисток, неправильный наклон или выступ зубов и т.д. Морфологические изменения ткани зуба при КД проявляются деформацией эмалевых призм в виде изгиба или растяжения, склеротическими изменениями дентина, частичной или полной облитерацией нормального дентина минеральными кристаллами. Реставрация зубов с КД затруднена тем, что адгезия композитных материалов с измененным дентином не соответствует силе адгезии с нормальным дентином.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Для оценки двухлетних результатов лечения отобраны 40 больных с тремя и более КД (115 зубов), которым проведено восстановление зубов в период с февраля 2005 по июнь 2005 г. Возраст больных от 18 до 52 лет. Среди наших пациентов от 18 до 30 лет КД встречался реже, чем регистрируют стоматологи других стран [Telles et al., 2006]. Больные наблюдались каждые 6 месяцев после реставрации. Регистрация результатов проведена визуально, сделаны фотографии восстановленных зубов и сравнены с фотографиями, сделанными после лечения в 2005 году. Через 2 года выявлено 7 зубов, не соответствующих критериям качества реставрации (6%), в которых обнаружено 13 дефектов (11,3%). Большинство дефектов обнаружено на верхних клыках как более доступных для механического воздействия. Дефекты связаны с поверхностными свойствами композитных материалов (светоотражающая способность и гладкость поверхности). В 1 случае появился нависающий край, в 2-х случаях обозначился переход между зубом и композитом (**Таблица 1.**).

Таблица 1.

Соответствие 2-х летних результатов лечения клиновидного дефекта критериям качества реставрации (n = 115 зубов).

| Критерии качества реставрации зуба | Число дефектов | % |
|---|----------------|---------------|
| Сохранение анатомической формы | — | — |
| Целостность композитного материала | — | — |
| Сохранение цвета | — | — |
| Герметичность края композита | — | — |
| Качество поверхности (гладкость и светоотражающий эффект) | 6 | 5 % |
| Нависающий край | 1 | 0,9 % |
| Переход между композитом и зубом | 2 | 1,7 % |
| Вторичный кариес | — | — |
| Наличие гингивита | — | — |
| Наличие гиперестезии | 1 | 0,9 % |
| Состояние периапикальных тканей | — | — |
| Отсутствие сухого блеска | 3 | 2,6 % |
| Всего: | 13 | 11,3 % |

По данным зарубежных 2-х летних наблюдений в 7% случаев происходит потеря пломбы, в 15% - изменение цвета и деградация пограничной эмали. Реставрация КД без использования **КОФФЕРДАМА** дает худшие результаты, чем при его использовании [Önal & Pamir, 2005]. Наши результаты дают более низкий процент дефектов через 2 года после реставрации, чем зарубежные авторы. Прежде всего, это связано с использованием **КОФФЕРДАМА** для изоляции операционного поля, что позволяет провести лечение согласно принятым стандартам. Другим фактором, определяющим эффективность результатов, является использование качественных композитных материалов и высокоскоростных современных инструментов для препарирования зуба. Современная стоматология и подходы к реставрации зубов подразумевают постоянное обновление списка материалов, которые должны быть изучены и сравнены с имеющимися в настоящее время композитами.

ВЫВОДЫ. По данным зарубежных 2-х летних наблюдений процент неудач при лечении КД без изоляции коффердамом составляет 15% [Loguercio et al., 2007]. В нашем случае этот процент составляет 11,3%, что указывает на повышение эффективности лечения КД с применением коффердама как метода изоляции операционного поля в терапевтической стоматологии.