

Гранько С.А., Запашник Т.А., Зиновенко О.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

БелМАПО, г.Минск, Беларусь

Цель исследования: оценка эффективности малоинвазивных методов лечения кариеса постоянных зубов.

Материалы и методы

Проведено стоматологическое обследование 53 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, включающее определение индексов УИК (уровень интенсивности кариеса, Леус П.А., 1977), ОНІ-S (упрощенный индекс гигиены полости рта, Green J.C., Vermillion J.R., 1964), ТЭР (тест эмалевой резистентности, Луцкая И.К, 1988). При обнаружении начальных кариозных поражений проведена лазерная флуоресцентная микроскопия с помощью аппарата «Diagnodent» («KaVo»). Лечение диагностированных начальных кариозных поражений (n=43) выполнено методом инфильтрации материалом «Icon» (DMG, Германия).

При наличии дефектов твердых тканей применена методика препарирования ручными инструментами. Восстановление зубов (n=38) проводили гибридным стеклоиономерным цементом тройного отверждения «Vitremer» («3M»). Оценка клинической эффективности лечения осуществлена по следующим критериям: изменение размера пятна, гладкость/шероховатость поверхности, блеск/матовость поверхности пятна, изменение показателей лазерной флуоресценции, краевое прилегание и шероховатость поверхности пломбы, краевое окрашивание, дискомфорт (чувствительность), рецидив кариеса.

Полученные результаты обработаны методами описательной статистики, достоверность различий определена по критериям Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В группе начальных кариозных поражений исчезновение кариозных очагов наблюдалось достоверно чаще (36 зубов, 83,72±5,63%), чем их сохранение при значительном уменьшении размеров (7 случаев, 16,28±5,63%). Сохранение первоначальных размеров пятна не отмечено ни в одном случае. Поверхности всех кариозных поражений после инфильтрации стали блестящими и гладкими при зондировании.

Среднее значение показателей «Diagnodent»

для кариозных очагов исходно составило 15,88±0,75. После инфильтрации наблюдалось достоверное (p<0,001) уменьшение значений лазерной флуоресценции до 3,53±0,17. Следует отметить, что исходные показатели «Diagnodent» для полностью исчезнувших очагов деминерализации (15,47±0,73) были ниже таковых для уменьшившихся в размере кариозных пятен (18,00±2,94). Показатели лазерной флуоресценции после инфильтрации кариозных очагов при их полном и частичном исчезновении достоверно (p<0,05) отличались и составили 3,39±0,19 и 4,29±0,39 соответственно.

Среднее значение показателя УИК у обследованных пациентов оказалось равным 0,66±0,18. Отмечено, что полное исчезновение кариозных очагов при средней активности кариеса наблюдалось достоверно (p<0,01) чаще (93,3%), чем при высокой и очень высокой (75,0% и 81,3% соответственно).

Среднее значение ТЭР у подавляющего большинства обследованных пациентов составило 3,85±0,26 балла, что позволило оценить кариесрезистентность их эмали в целом как умеренную. При этом обнаружена зависимость между значениями ТЭР и изменением размеров инфильтрированных кариозных очагов. Так, у пациентов с высокой кариесрезистентностью эмали полное исчезновение очагов деминерализации отмечено в 100%, в то время как у пациентов с умеренной резистентностью эмали к воздействию кислот – в 85,0%.

Анализ контрольного осмотра пломб из СИЦ «Vitremer» через 1 год после лечения показал, что абсолютное большинство (99,8% случаев) всех поставленных пломб полностью сохранили анатомическую форму восстановленной области, близко прилегали к зубу вдоль периферической части, без трещин и сколов, с гладкой поверхностью, без изменения цвета по границе «зуб-пломба»). В 2 случаях наблюдался дискомфорт продолжительностью 1-2 дня. Симптомы гиперестезии были купированы в результате использования фторсодержащих лаков.

Отдаленные результаты лечения кариеса зубов с применением ручных инструментов показали высокую эффективность данного метода. Со-

хранность пломб в удовлетворительном состоянии через 2 года составила $94,8 \pm 5,2\%$.

Выводы

1. При лечении методом инфильтрации исчезновение кариозных очагов наблюдается достоверно чаще ($83,72 \pm 5,63\%$). У $16,27 \pm 5,63\%$ случаев очаги поражения значительно уменьшились в размерах.

2. Проведение инфильтрации эмали при начальных кариозных поражениях приводит к достоверному уменьшению показателей лазерной флуоресценции.

3. Анализ значений УИК, ТЭР и лазерной флуоресценции перспективен для прогноза клинической эффективности лечения кариеса эмали методом инфильтрации.

4. Данные, полученные в результате работы, позволили оценить высокую клиническую эффективность малоинвазивных методов лечения, в частности метода атравматического препарирования с использованием ручных инструментов и метода инфильтрации эмали.

Даминов Ш.Б., Абдукадыров А. А., Кубаев А.С., Кандимов У.М.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕСИММЕТРИЧНОЙ МАКРОГНАТИИ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы

Несимметричная деформация нижней челюсти с гиперплазией суставной головки имеет отличительные морфофункциональные изменения, требующие особого подхода при комплексной реабилитации.

Однако предложенные методы диагностики не позволяют точно определить имеющиеся морфофункциональные изменения челюстно-лицевого комплекса и височно-нижнечелюстного сустава, что может отрицательно повлиять на результаты комплексного лечения.

Цель исследования. Повысить эффективность комплексной диагностики больных с несимметричной нижней макрогнатией с гиперплазией суставной головки.

Материал и методы исследования

В клинике челюстно-лицевой хирургии ТашИУВ КБ № 7 г. Ташкента нами проведено клиническое обследование 37 больных с нижней несимметричной макрогнатией с гиперплазией суставной головки в возрасте от 18 до 45 лет. Из них 23 – женщины, 14 – мужчины.

Комплексное обследование, кроме общеклинических методов, включало в себя эстетическую оценку лица с антропометрическими измерениями, исследования цифровых фотографий и видеосъемок с компьютерным моделированием оптимального баланса лица и прикуса, МСКТ и телерентгенологическое обследование по разработанной программе и другие дополнительные методы исследований и консультации.

Результаты исследований

В зависимости от морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава и всего челюстно-лицевого комплекса больные разделены на три группы.

Первую группу составили 11 больных с нижней несимметричной макрогнатией. Основные мор-

фологические и функциональные изменения вызваны односторонним увеличением верхней и нижней челюстей по вертикали; разница Scl-scl-ocr - 8-18 мм, Ocr-go-go-14-32 go-co - 16-28 мм, размеры суставной головки поперечные от 20 до 26 мм и высота 18- 24 мм. У всех больных суставная щель резко сужена, отмечаются неровности головки и неконгруэнтность с суставной ямкой. Движения головки резко ограничены, что привело к ограничению открывания рта. Прикус адаптированный косой.

Вторая группа (5-больных) с нижней несимметричной макрогнатией с гиперплазией суставного отростка в сочетании с верхней макрогнатией. Основные морфологические и функциональные изменения вызваны увеличением верхней челюсти преимущественно по сагиттали и гиперплазией суставной головки, увеличением ветви и тела нижней челюстей по вертикали. Разница Scl-scl-ocr - 2-4 мм, Ocr-go-go - 14-20 мм, go-co - 12-18 мм; размеры гиперплазированной суставной головки: поперечный - от 14 до 18 мм, вертикальный - 18- 20 мм; длина суставного отростка - 25-29 мм. Отмечается сужение венечномышечкового расстояния до 18 мм у одного больного. Высота увеличенной суставной шейки равнялась размеру щели в боковом отделе зубных дуг челюстей. Суставная щель равномерная, движения головки без ограничений и открывание рта в полном объеме. Прикус прогнатический глубокий во фронтальном отделе и открытый на стороне поражения.

Третья группа (21 больной) с нижней несимметричной макрогнатией, обусловленной гиперплазией суставной головки и части ветви нижней челюсти с перекрестным прикусом. Основные морфологические и функциональные изменения вызваны увеличением суставной головки и части ветви нижней челюстей по вертикали и трансверзали; разница Scl-scl-ocr - 2- 3 мм, Ocr-go-go - 14-16 мм, go-co - 10-17 мм; размеры гиперплазиро-