

УДК 616.314-76

**І.А.ОЖОГАН**

## **КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СПОСОБУ РЕСТАВРАЦІЇ І ШИНУВАННЯ БІЧНИХ ЗУБІВ**

Івано-Франківський державний медичний університет

Серед населення України високу поширеність мають захворювання тканин пародонта, поєднані з дефектами твердих тканин різної етіології бічної групи зубів [1, 2, 3, 4, 5]. Тому поряд із відновленням дефекту твердих тканин виникає потреба і необхідність шинування рухомих зубів і комплексного лікування патології тканин пародонта з урахуванням оклюзійних співвідношень [1, 3, 4]. За результатами наших спостережень встановлено, що поширеність дефектів твердих тканин бічних зубів каріозного і некаріозного походження серед населення Івано-Франківської області становить 90,4%, і у 61,9% хворих вони поєднані із захворюваннями пародонта [6].

Нині відома велика кількість методів шинування бічних зубів, однак значна частина серед них - ортопедичні методи за допомогою вкладок, штучних коронок та мостоподібних протезів [7, 8, 9]. Однак ці методи належать до непрямих реставрацій та не враховують можливість проведення прямих реставрацій і одночасно шинування рухомих зубів. Одними з поширених є внутрішньокоронкові методи шинування бічних зубів за допомогою скловолоконного джгута Glass Span [1, 8, 9]. Натепер практично відсутня науково обґрунтована інформація щодо оптимальних підходів до реставрацій за умов одночасного шинування.

Тому **метою роботи** є підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту шляхом оптимізації прямих реставрацій контактних поверхонь бічних зубів з одночасним шинуванням.

## **Матеріали і методи**

При виконанні роботи нами проведено обстеження і лікування 140 хворих із дефектами твердих тканин бічних зубів. Хворих було розділено на такі групи:

1 група: хворі з дефектами твердих тканин бічних зубів і захворюваннями пародонта, яким проведено реставрації традиційними методиками без шинування - 70 хворих;

2 група: хворі з дефектами твердих тканин бічних зубів і захворюваннями пародонта, яким проведено реставрації твердих тканин запропонованими методиками - 70 хворих.

Ми використали такі клінічні методи досліджень: стан пародонта опорних зубів (глибина ясенних кишень і рівень прикріплення ясен, індекси РІ, РМА, гігієни і кровоточивості ясен РВІ, ступінь рухомості зубів, стан твердих тканин зубів, наявність пломб, дефектів твердих тканин), а також прицільна рентгенографія і ортопантомографія.

## **Результати досліджень та їх обговорення**

Основним завданням комплексного лікування дефектів твердих тканин бічних зубів є можливість їх реставрації, повноцінне відновлення оклюзійних співвідношень, усунення патологічної рухомості зубів і запобігання подальшому прогресуванню генералізованого пародонтиту.

Нами запропоновано вдосконалений спосіб реставрації й одночасно шинування бічних зубів із дефектами контактних поверхонь, препарування твердих тканин і оклюзійної поверхні яких проводиться диференційовано, залежно від площі та глибини ураження, із заокругленими кутами, а зуби з'єднуються за допомогою скловолоконних стрічок або балок і світлополімерного матеріалу.

Перевагою запропонованого способу реставрації і шинування бічних зубів є препарування дефекту твердих тканин із заокругленими кутами, що сприяє рівномірному розподілу навантажень на тверді тканини, укріплення

реставрації бічних зубів і одночасне шинування зубів за допомогою скловолоконної стрічки або штифта визначеного діаметра і довжини, створення доступу до міжзубного проміжку та ясен при проведенні гігієнічних або терапевтичних чи хірургічних заходів.

На рис. 1 схематично зображено методику реставрації контактних поверхонь і шинування бічних зубів: 1-відпрепарована порожнина зуба із заокругленими краями, 2-скловолоконний штифт (балка) або стрічка, 3-світлополімерний матеріал, 4-тверді тканини коронки зуба, 5-ясенний сосочок.

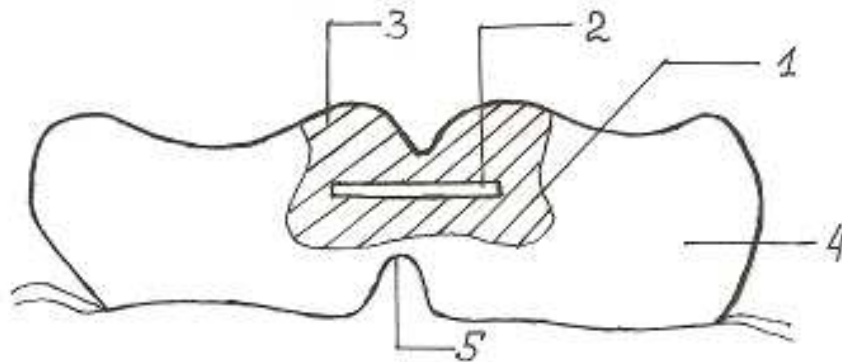


Рис. 1. Методика реставрації контактних поверхонь і шинування бічних зубів: 1-відпрепарована порожнина зуба із заокругленими кутами, 2-скловолоконний штифт (балка) або стрічка, 3-світлополімерний матеріал, 4-тверді тканини коронки зуба, 5-ясенний сосочок.

Реставрацію твердих тканин бічних зубів і їх шинування у обстежених хворих здійснювали відповідним чином. Препарування дефекту твердих тканин здійснюється залежно від величини ураження оклюзійної поверхні та глибини дефекту із заокругленими кутами. Далі проводяться підбір скловолоконного штифта або стрічки, нанесення на дно порожнини світлополімерного матеріалу, введення скловолоконного

штифта або стрічки, реставрація світлополімерним матеріалом контактної поверхні міжзубного проміжка, оклюзійної поверхні, шліфування і полірування реставрації.

У групі хворих, яких лікували за допомогою традиційних методик реставрацій 192 бічних зубів, встановлено, що глибина ясенних кишень становить  $4,04 \pm 0,03$  мм перед лікуванням (табл. 1). Одразу після комплексного лікування цей показник зменшується до  $2,9 \pm 0,02$  мм, а через 6 міс. становить  $3,1 \pm 0,02$  мм. У хворих, яким проведено реставрації твердих тканин 156 зубів та одночасне шинування за запропонованими методиками перед лікуванням, глибина кишені становила  $4,1 \pm 0,03$  мм, після лікування -  $2,5 \pm 0,01$  мм, а через 6 місяців була значно нижче від показника першої групи -  $2,2 \pm 0,02$  мм.

Таблиця 1

Глибина ясенних кишень у хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 6 місяців
1	$4,04 \pm 0,03$	$2,9 \pm 0,02$	$3,1 \pm 0,02$
2	$4,1 \pm 0,03$	$2,5 \pm 0,01$	$2,2 \pm 0,02$

Подібна динаміка спостерігається при аналізі показників рівня прикріплення ясен і вказує на кращі результати за одночасної реставрації та шинування рухомих зубів (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень прикріплення ясен у хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 6 місяців
1	$5,0 \pm 0,04$	$4,9 \pm 0,02$	$5,1 \pm 0,03$
2	$5,1 \pm 0,03$	$4,9 \pm 0,02$	$5,1 \pm 0,03$

У 1 і 2 групах хворих розподіл кількості стійких зубів та із патологічною рухомістю 1 і 2 ступенів є рівномірним (табл. 3). Однак після лікування у хворих, яким проведено шинування рухомих зубів і реставрацію твердих тканин, зростає кількість стійких зубів та із 1 ступенем патологічної рухомості і відсутні зуби з 2 ступенем на відміну від хворих,

яким проводилось традиційне лікування. Позитивна динаміка спостерігається і через 6 місяців після лікування у хворих із запропонованим лікуванням. У пацієнтів, яким проведено традиційні реставрації без шинування рухомих зубів, стійкі зуби займають 46,35%, із патологічною рухомістю 1 ступеня - 39,06% і з 2 ступенем - 14,58%.

Таблиця 3

Ступінь рухомості зубів у хворих на генералізований пародонтит

	До лікування						Після лікування						Через 6 місяців					
	стійкі		1 ст.		2 ст.		стійкі		1 ст.		2 ст.		стійкі		1 ст.		2 ст.	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	65	33,85	78	40,62	49	25,52	111	57,81	63	32,81	18	9,38	89	46,35	75	39,06	28	14,58
2	56	35,9	63	40,38	37	23,72	102	65,38	54	34,62	-	-	98	62,82	58	37,18	-	-

При вивченні динаміки індексу РІ встановлено, що перед лікуванням він становить 4,05 у 1 групі пацієнтів та 4,01 у 2 групі (табл.4). В обох групах відразу після лікування він достовірно знижується відповідно до 3,25 і 3,12. Однак, через 6 місяців відмічено зростання цього індексу до 3,79 у 1 групі хворих і утримання на попередньому рівні 3,25 у 2 групі хворих.

Таблиця 4

Динаміка індексу РІ у хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 6 місяців
1	4,05± 0,03	3,25± 0,02	3,79± 0,02
2	4,01± 0,03	3,12± 0,02	3,27± 0,02

Результати індексів гігієни та РМА представлені в таблицях 5, 6 і свідчать про переваги запропонованого методу прямої реставрації твердих тканин бічних зубів із одночасним їх шинуванням.

Таблиця 5

Динаміка індексу гігієни у хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 6 місяців
1	$1,9 \pm 0,17$	$0,41 \pm 0,12$	$0,93 \pm 0,11$
2	$2,1 \pm 0,12$	$0,29 \pm 0,07$	$0,52 \pm 0,12$

Таблиця 6

Динаміка індексу РМА у хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 6 місяців
1	$31,25 \pm 3,25$	$3,7 \pm 0,21$	$8,3 \pm 1,42$
2	$28,12 \pm 2,31$	$2,1 \pm 0,15$	$3,6 \pm 0,21$

Оцінка кровоточивості ясенних сосочків за індексом РВІ вказує на покращення стану пародонта у хворих обох груп, але кращі показники в групі хворих, яким проведено запропоноване лікування (табл. 7).

Таблиця 7

Динаміка індексу кровоточивості ясенних сосочків РВІ у хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 6 місяців
1	$1,9 \pm 0,13$	$0,33 \pm 0,03$	$0,54 \pm 0,03$
2	$2,1 \pm 0,07$	$0,17 \pm 0,1$	$0,31 \pm 0,02$

Отже, на основі отриманих результатів клінічних спостережень нами встановлено, що запропонована методика комплексного лікування генералізованого пародонтиту в разі дефектів твердих тканин зубів шляхом проведення реставрацій твердих тканин зубів і шинування рухомих зубів має переваги над традиційними методами реставрацій твердих тканин зубів, які не включають елементів шинування.

### Висновки

1. Нами запропоновано спосіб реставрації і шинування бічних зубів у хворих на генералізований пародонтит, який здійснюється шляхом препарування дефекту твердих тканин із заокругленими кутами та

куполоподібними міжзубними проміжками з метою рівномірного розподілу навантажень на тверді тканини, укріплення реставрації бічних зубів і одночасне шинування зубів за допомогою скловолоконної стрічки (балки) або штифта визначеного діаметра і довжини.

2. На основі динаміки показників глибини ясенних кишень, стійкості зубів та індексів РІ, РМА, гігієни і кровоточивості ясен РВІ доведено переваги запропонованого методу лікування над традиційними методиками реставрації твердих тканин, які не включають шинування рухомих зубів у хворих на генералізований пародонтит.

### **Література**

1. Терапевтична стоматологія / за ред. проф. А.К.Ніколішина. - Т.2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.
2. Терапевтична стоматологія : [підручник: у 4 т.] / [М.Ф.Данилевський, А.В.Борисенко, А.М.Політун та ін. ]. – Т.3. Захворювання пародонта . – К.: Медицина, 2008. – 616 с.
3. Заболевания пародонта: Атлас / Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю. – М.: Медицина, 1993. – 320 с.
4. Современные аспекты клинической пародонтологии / под ред. Дмитриевой Л.А. – М.: МЕДпресс, 2001.- 128 с.
5. Стоматологічна профілактика у дітей / [Хоменко Л.О., Шматко В.І., Остапко О.І. та ін. ]. - К.: ІСДО, 1993. – 192 с.
6. Ожоган І.А. Поширеність дефектів твердих тканин бічних зубів різної етіології / І.А.Ожоган // Український стоматологічний альманах. - 2008. - №6. – С. 10-11.
7. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просверьяк. – 2-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Выш. шк., 1994. – 494 с.

8. Петрикас О.А. Современные щадящие методы исправления дефектов зубных рядов / О.А. Петрикас // Новое в стоматологии. - 1988. - №5. – С.88-93.

9. Пат. 67189 А. Спосіб шинування бокових зубів / Соломатін О.Б., Бабов Є.Д., Михайленко І.О. та ін.; опубл. 15.06.04, Бюл. №6.

Стаття надійшла

2.08. 2009 р.

### **Резюме**

При выполнении работы предложено усовершенствованный метод реставрации и шинирования боковых зубов с дефектами контактных поверхностей, препарирование твердых тканей которых и окклюзионной поверхности проводится с закругленными углами, а зубы соединяются при помощи стекловолоконных балок и светополимерного материала. На основании клинических наблюдений установлено, что предложенная методика комплексного лечения генерализованного пародонтита и дефектов твердых тканей зубов имеет преимущества перед традиционными методами реставраций твердых тканей зубов, которые не включают элементы шинирования.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, дефекты твердых тканей зуба, шинирование.

### **Summary**

The method of restoration and splinting of lateral teeth with defects of contact surface, preparation of hard teeth tissues and occlusal surface involving rounded corners has been suggested by the author. The given method includes teeth connection with the help of glassfibres ribbons or beams and light-polymer materials. The suggested method of complex treatment of generalized periodontitis and teeth hard tissues defects has more advantages than the



traditional methods of teeth hard tissues restoration, which don't involve the elements of splinting.

**Key words:** generalized periodontitis, teeth hard tissues defects, splinting.