

Виженко Є.Є., Король Д.М.

ОСОБЛИВОСТІ ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ КРОНОК, ФІКСОВАНИХ НА ІМПЛАНТАТАХ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія"

Відомі пристрої, які призначені для зняття мостоподібних протезів або поодиноких коронок, укріплених на цемент чи попередньо розрізаних.

При протезуванні незнімними ортопедичними конструкціями з опорою на імпланти досить часто, виходячи з естетичних міркувань при вираженому фенотипові ясен, край коронки доводиться розміщувати значно нижче рівня ясен - на 1,5-3 мм. У таких випадках узагалі унеможливується використання коронкозбивача даної конструкції. При протезуванні суцільнолитими, металоакриловими або металокерамічними протезами на природних зубах, препарування яких виконане з уступом, також немає можливості використати ко-

ронкозбивач для зняття ортопедичної конструкції.

Нами поставлене завдання розробити пристрій, здатний знімати коронки, попередньо зафіксовані на імплантатах, який би унеможлиблював травму періімплантатних тканин при знятті супраконструкції та забезпечував їх збереження для повторного використання. На запропонований пристрій отримано патент України на корисну модель № 73739 від 10.10.2012.

Поставлене завдання виконується завдяки модифікації кінчика гачка, який має циліндричну форму діаметром 2 мм. На оральній поверхні коронки вище рівня ясен (у ділянці гірлянди) робиться заглиблення відповідного діаметра. При фіксації

коронки це заглиблення закривається композитним або склоіономерним цементом.

У разі потреби зняття ортопедичної конструкції пломбувальний матеріал видаляють бором, кінчик гачка вводять у заглиблення, після чого апарат приводять у дію. Циліндрична форма кінчика гачка дає можливість розташовувати коронкозбивач у порожнині рота під будь-яким кутом відносно по-

здовжньої осі супраконструкції. Така позиція особливо зручна при знятті протезів в дистальних ділянках порожнини рота, коли не завжди вдається дотримуватися паралельності між робочою частиною коронкозбивача і поздовжньою віссю зуба чи імплантата.

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-