

Удод А.А., Гаджиева И.М., Хачатурова К.М.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Восстановление контактных поверхностей жевательных зубов даже в условиях применения современных светоотверждаемых материалов является сложной проблемой. В этом направлении проводится достаточно много исследований, однако количество осложнений остается весьма значительным.

Целью данного исследования явилась клиническая оценка реставраций контактных поверхностей жевательных зубов, проведенных с использованием различных способов восстановления.

Материалы и методы

Обследовано 99 человек в возрасте от 20 до 45 лет, которым по поводу среднего и глубокого кариеса было восстановлено 173 зуба с кариозными полостями II класса по Блэку с применением композера «Dyrect Extra» («Dentsply») и универсального микрогибридного фотокомпозиционного материала «Charisma» («Heraeus Kulzer»). В первую группу вошли 52 пациента, у которых было 87 восстановлений, проведенных общепринятым способом, во вторую – 47 пациентов с 86 реставрациями, выполненными с использованием разработанного способа. Суть способа заключается в том, что в ходе восстановления используют светопроводящий клин, грань которого, являющаяся противоположной грани, прилежащей к реставрируемой поверхности, покрыта светоотражающим материалом, уменьшающим потери светового потока. Дополнительно с оральной стороны в межзубной промежутке вводят еще один, укороченный клин, который располагают таким образом, чтобы способствовать плотной фиксации клина, введенного с вестибулярной стороны.

Контрольное обследование проводили сразу после восстановления и через 12 месяцев. Оценку реставраций осуществляли визуально-инструментально по предложенной нами методи-

ке клинической оценки. В соответствии с этой методикой, оценку реставрации, которая занимает частично жевательную и полностью контактную поверхность, проводили поэтапно и отдельно по поверхностям. На первом этапе по двоичной системе («приемлемо» или «неприемлемо») после расклинивания оценивали контактную часть восстановления в соответствии с критериями: состояние контактного пункта (КП), краевое прилегание материала к придесневой стенке (КрПрПС), вторичный кариес (ВК). В случае оценки «неприемлемо», полученной хотя бы по одному из перечисленных критериев, реставрацию немедленно заменяли. На втором этапе оценивали часть реставрации на жевательной поверхности по клиническим критериям Ryge: краевое прилегание (КрПр), краевое окрашивание (КрО), анатомическая форма (АФ), цветовое соответствие (ЦС), шероховатость поверхности (ШП), вторичный кариес (ВК). По каждому критерию выставляли оценки от А до С или D. Однако даже при наличии самых высоких оценок по критериям Ryge в случае оценки «неприемлемо» на первом этапе реставрация подлежала замене.

Результаты исследования и их обсуждение

Через 12 месяцев у пациентов первой группы, у которых восстановление проводили по общепринятому способу, на первом этапе оценивания у 14 (16,09±3,94%) реставраций выявили нарушения контактного пункта, вследствие чего они получили оценку «неприемлемо», при этом 8 (9,20±2,90%) из этого числа получили неудовлетворительную оценку и по критерию «краевое прилегание». Вторичный кариес определили в 1 (1,15±1,14%) случае, эта реставрация получила оценку «неприемлемо» и по двум предыдущим критериям.

У пациентов второй группы, которым восстановление зубов проводили в соответствии с

предложенным способом, результаты клинической оценки реставраций оказались следующими: в 7 (8,14±2,95%) случаях реставрации требовали немедленной замены по критерию «контактный пункт»; краевое прилегание материала к придесневой стенке было неудовлетворительным в 3 (3,49±1,98%) случаях; вторичный кариес диагностирован не был. Таким образом, показатели качества контактных реставраций у пациентов второй группы превосходили таковые у пациентов первой группы по всем критериям первого этапа оценивания.

На втором этапе клинической оценки реставраций по общепринятым критериям Ryge не выявлено достоверных отличий между показателями реставраций у пациентов обеих групп, за исключением критерия «анатомическая форма». Результаты оценки по указанному критерию полностью соответствуют таковым по критерию «кон-

тактный пункт» первого этапа, так как нарушения анатомической формы, как правило, неизбежно сопровождают нарушения контактного пункта.

Таким образом, наибольшее количество неудовлетворительных результатов на первом этапе оценивания в сроки 12 месяцев у пациентов обеих групп было получено по критериям «контактный пункт» и «краевое прилегание материала к придесневой стенке», однако у пациентов второй группы, восстановление контактных поверхностей жевательных зубов у которых проводили по предложенному способу, показатели были достоверно лучшими. Полученные в данном исследовании клинические результаты позволяют говорить о возможности оптимизации качества реставраций контактных поверхностей жевательных зубов за счет более полной полимеризации светоотверждаемых материалов на придесневой стенке.

Удод О.А., Зінкович І.І.

РЕОЛОГІЯ РОТОВОЇ РІДИНИ В ДІТЕЙ ІЗ РІЗНОЮ КИСЛОТСТІЙКІСТЮ ЕМАЛІ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Актуальність теми

Карієс зубів – найпоширеніша хвороба твердих тканин зубів дорослого і дитячого населення нашої країни. Виявлення факторів, що призводять до її розвитку, а також механізмів, які визначають стійкість емалі зубів до дії цих карієсогенних чинників, залишається найактуальнішим завданням сучасної стоматології. Останнім часом значного поширення набуло вивчення біофізичних характеристик ротової рідини, зокрема показників динамічної міжфазної тензіометрії (ДМТ).

Метою дослідження було вивчення показників ДМТ ротової рідини дітей із різною структурно-функціональною кислотостійкістю емалі тимчасових зубів.

Матеріали і методи

Було обстежено 45 дітей віком 4-6 років із тимчасовим прикусом, у яких реєстрували такі показники: індекс інтенсивності карієсу тимчасових зубів (кп), структурно-функціональну кислотостійкість емалі (СФКСЕ) тимчасових зубів за тестом емалевої резистентності (ТЕР), гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), рН ротової рідини і швидкість слиновиділення. Крім цього, збирали проби ротової рідини та визначали показники ДМТ у лабораторії. Усі діти були розподілені на 2 групи за рівнем структурно-функціональної кислотостійкості емалі. До першої групи ввійшли 25 дітей із високою СФКСЕ (ТЕР у них не перевищував 2 бали), до другої групи – 20 дітей зі зниженою та вкрай низькою СФКСЕ (ТЕР від 6 до 8 балів).

Результати

Статистичний аналіз результатів огляду дітей 4-6 років показав, що в першій групі середній показник кп склав 2,56±0,46, що вірогідно ($p < 0,05$) відрізняється від значення цього показника в другій групі – 7,72±0,56. У середньому, показник СФКСЕ за ТЕР у першій і другій групах дітей, природно, вірогідно ($p < 0,05$) відрізнявся – 1,89±0,14 та 7,84±0,29 бала відповідно. Значення показників гігієнічного індексу, РМА, рН ротової рідини і швидкості слиновиділення вірогідно не відрізнялися в обстежених групах дітей, що свідчить про ідентичність умов дослідження.

Статистичний аналіз отриманих показників ДМТ виявив вірогідно значущі відмінності між групами в значеннях рівноважного поверхневого натягу ротової рідини (ПН_{∞}) і показника сумарного вмісту сурфактантів (λ_{∞}). Значення показника ПН_{∞} у дітей із високою СФКСЕ склало 48,19±0,55 мН/м, що вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у дітей зі зниженою та вкрай низькою СФКСЕ, в яких цей показник дорівнював 44,99±1,46 мН/м. Показник λ_{∞} у дітей із високою СФКСЕ склав 183,38±11,60 $\text{мНм}^{-1}\text{с}^{1/2}$, що вірогідно ($p < 0,05$) відрізняється від такого показника в дітей зі зниженою і вкрай низькою СФКСЕ – 261,94±49,13 $\text{мНм}^{-1}\text{с}^{1/2}$.

У групі дітей зі зниженою і вкрай низькою структурно-функціональною кислотостійкістю емалі виявлено статистично вірогідний зв'язок ($p < 0,05$) між показником ПН_{∞} і показником кп ($r = -0,45$).

Висновки

Отримані результати свідчать про особливості