

УДК 616.31

СГЛАЖИВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ЗУБА КАК ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ

Михеева Е.А., Нестерова М.М.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

SMOOTHING AND POLISHING TOOTH ROOT AS THE FINAL PHASE OF PROFESSIONAL TOOTH CLEANING

Mikheeva E.A., Nesterova M.M.

The Smolensk State Medical Academy

Высокая распространённость воспалительных заболеваний пародонта вызывает необходимость оптимизации подхода к проведению профессиональной чистки зубов. Важнейшее значение имеет окончательное сглаживание и полирование поверхности корня зуба. Рациональный выбор инструментов позволяет уменьшить скорость образования зубного камня и снизить риск реинфицирования тканей пародонта.

Ключевые слова: пародонт, профессиональная гигиена рта.

The high prevalence of inflammatory periodontal diseases leads to need to optimize the approach to the professional tooth cleaning. The final smoothing and polishing of teeth root surface is of great importance. Rational choice of tools can reduce the rate of «dental» stone and the risk of periodontal tissues reinfection.

Key words: periodont, professional oral hygiene.

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта, сложность и длительность их лечения обуславливают высокую потребность в разработке адекватных схем проведения отдельных этапов лечебно-профилактической помощи данному контингенту населения.

Значительное место в структуре стоматологической заболеваемости принадлежит хроническим воспалительным заболеваниям пародонта – хроническому катаральному гингивиту и хроническому генерализованному пародонтиту. Первопричиной возникновения этих заболеваний и важным патогенетическим фактором, способствующим прогрессированию патологического процесса, считаются назубные отложения, которые образуются вследствие недостаточной гигиены полости рта, анатомических особенностей зубочелюстной системы, изменения качественного и количественного состава микрофлоры, снижения защитных факторов ротовой жидкости и организма в целом.

Важнейшим компонентом профилактики и лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта является профессиональная гигиена полости рта. *Профессиональная гигиена полости рта* – научно обоснованный регулярный комплекс мероприятий, проводимых специалистом-стоматологом (гигиенистом), направленный на профилактику и лечение кариеса, заболеваний пародонта и других видов стоматологической патологии, включающий выявление,

оценку и устранение факторов риска развития стоматологических заболеваний; контролируемую индивидуальную гигиену полости рта; профессиональную чистку зубов; местное применение лекарственных и гигиенических препаратов, повышающих степень минерализации эмали зубов, уменьшающих скорость образования назубных отложений, нормализующих состав и свойства ротовой жидкости [4].

Профессиональная чистка зубов – лечебно-профилактическая манипуляция, которая выполняется врачом-стоматологом (гигиенистом стоматологическим) и предусматривает выявление и удаление неминерализованных и минерализованных над- и поддесневых назубных отложений с последующим сглаживанием и полированием поверхности корня и коронки зуба [3].

После удаления назубных отложений поверхность зуба становится шероховатой, в дентине и цементе корня появляются микродефекты. Это создает условия для повторного скопления налета и реинфицирования тканей пародонта. В связи с этим особое внимание уделяется сглаживанию и полированию поверхности корня зуба [1]. При сглаживании и полировании окончательно удаляются мелкие фрагменты минерализованных назубных отложений, резорбционные лакуны и пигментации.

Целью исследования явилась оценка эффективности обработки поверхности корня зуба различными

ми инструментами по клиническим характеристикам состояния мягких тканей пародонта в динамике.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 39 человек. Всем пациентам проводилась профессиональная чистка зубов в составе однотипной комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта. Для оценки пародонтального статуса использовали общепринятые стоматологические и пародонтологические методы исследования.

Удаление минерализованных назубных отложений всем пациентам проводилось аппаратом пьезоэлектрического типа «Piezon Mini Master». Для изучения клинической эффективности окончательной обработки поверхности корня в ходе профессиональной чистки зубов у 19 пациентов применялись зонспецифические кюреты (группа 2) и у 20 пациентов – пародонтальные боры (группа 1) для работы в угловом наконечнике. Среди клинических критериев эффективности обработки поверхности корня различными способами нами анализировались: 1) степень повреждения мягких тканей пародонта непосредственно после обработки поверхности корня; 2) тест на определение гладкости поверхности корня с помощью пародонтального зонда; 3) значения пародонтальных индексов в динамике.

Известно, что после инструментальной обработки поверхности корня вновь начинается образование зубной бляшки. Этот процесс зависит не только от микробного пейзажа, состава и состояния ротовой жидкости и содержимого пародонтального кармана, уровня гигиены полости рта, но и от шероховатости поверхности, на которой происходит бляшкообразование [2]. Более шероховатая поверхность быстрее аккумулирует налет, следовательно, возобновляется и поддерживается воспалительный процесс в мягких тканях пародонта. Таким образом, по результатам клинических тестов и пародонтальных индексов можно косвенно судить о клинической эффективности обработки поверхности корня зуба тем или иным способом.

Все пациенты приглашались на контрольный осмотр через 2, 4 и 6 месяцев для оценки клинического состояния пародонтального комплекса и скорости «рецидивного» камнеобразования.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследований и оценки клинического состояния пародонтального комплекса с помощью индексов Silness – Loe и Шиллера – Писарева приведены в таблицах 1, 2.

Наши исследования показали, что правильное использование ручных инструментов обеспечивает меньшую травматичность по отношению к мягким тканям пародонта. В указанные сроки контрольного осмотра пациентов отмечалась самая низкая скорость «рецидивного» камнеобразования и реин-

фицирования мягких тканей пародонта. Подтверждением тому являются низкие значения индексов Silness – Loe и Шиллера – Писарева. Это позволяет говорить о том, что использование ручных инструментов обеспечивает формирование оптимально гладкой поверхности.

Наша практика показала, что применение пародонтальных боров сопоставимо с использованием ручных инструментов. Но, к сожалению, применение данной системы ограничивается анатомо-топографическими условиями, в том числе шириной и формой пародонтального кармана и является наиболее травматичной по отношению к мягким тканям пародонта.

Таблица 1. Динамика индекса Silness – Loe (баллы; $M \pm m$)

Сроки наблюдения	Группа 1 (n = 20)	Группа 2 (n = 19)
Первичное обследование	2,35±0,01	2,34±0,01
Через 2 месяца	0,96±0,007 ***/	0,98±0,007 ***/
Через 4 месяца	1,23±0,007 ***/	1,1±0,016 ***/
Через 6 месяцев	1,4±0,008 ***/	1,21±0,087 ***/

Примечание. *** – $p < 0,001$; ***/ – по сравнению с цифровыми значениями показателей при первичном обследовании.

Таблица 2. Динамика числового значения пробы Шиллера – Писарева (баллы; $M \pm m$)

Сроки наблюдения	Группа 1 (n = 20)	Группа 2 (n = 19)
Первичное обследование	1,56±0,011	1,59±0,007
Через 2 месяца	0,46±0,01 ***/	0,52±0,013 ***/
Через 4 месяца	0,82±0,004 ***/	0,63±0,006 ***/
Через 6 месяцев	1,23±0,007 ***/	1,16±0,008 ***/

Примечание. *** – $p < 0,001$; ***/ – по сравнению с цифровыми значениями показателей при первичном обследовании.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы: 1) на начальном этапе профессиональной чистки зубов наиболее целесообразным методом удаления минерализованных назубных отложений является обработка с помощью ультразвуковых пьезоэлектрических аппаратов; 2) применение кюрет Грейси может быть оптимальным методом сглаживания и полирования поверхности корня, хотя временные затраты при этом максимальные; 3) использование пародонтальных боров также даёт возможность получить положительные клинические результаты, но наиболее целесообразно их применение на этапе хирургического лечения заболеваний пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 72 с.
2. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта /Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
3. Николаев А.И., Цепов Л.М., Михеева Е.А. Профессиональная чистка зубов: инструменты, аппараты, методики. Набор боров и абразивных инструментов для обработки поверхности зуба при снятии зубных отложений /Фантомный курс терапевтической стоматологии /А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 409-427.
4. Практическая терапевтическая стоматология: Учебное пособие /Цепов Л.М., Николаев А.И. – 8-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 960 с.

УДК 616.314-089.27

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНДЕНСИРУЕМЫХ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Мишутина О.Л., Молоканов Н.Я.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

LONG-TERM RESULTS OF CONDENSED GLASS-CEMENT IN CHILDREN'S CARIES TREATMENT

Mishutina O.L., Molokanov N.Y.

The Smolensk State Medical Academy

Изучены результаты применения стеклоиономерных цемента Fuji IX (GC), Ionofil Molar (VOCO) через 5 лет после лечения кариеса первых постоянных моляров у детей младшего школьного возраста. Установлено, что $85,2 \pm 4,9\%$ пломб из стеклоиономерного цемента Fuji IX (GC) находились в удовлетворительном состоянии, что достоверно больше, чем при использовании стеклоиономерного цемента Ionofil Molar (VOCO) ($p < 0,05$).

Ключевые слова: стеклоиономерный цемент, кариес зубов, первый постоянный моляр.

Results of Fuji IX (GC), Ionofil Molar (VOCO) glass-cement application were studied in 5 years of caries treatment of the first permanent teeth in primary school children. $85,2 \pm 4,9\%$ fillings made of Fuji IX (GC) glass-cement were established to be in the satisfactory state that is reliably more than in Ionofil Molar (VOCO) glass-cement application ($p < 0,05$).

Key words: glass-cement, caries, first permanent molar.

Лечение кариеса зубов с незавершенным формированием корней в детской практике по-прежнему является актуальной проблемой в стоматологии. Эффективность его зависит от вида пломбировочного материала, локализации кариозной полости, активности кариозного процесса [1, 2, 3]. Большинство авторов рекомендует в качестве материала выбора использовать стеклоиономерные цементы или компомеры. Преимущество стеклоиономерных цемента (СИЦ) обусловлено химической адгезией к эмали и дентину, антикариесным эффектом за счет

высвобождения ионов фтора, который стимулирует процессы реминерализации, блокирует ферменты микробного гликолиза, снижая адгезию бактерий к поверхности зуба [1]. Различные фирмы рекламируют свои СИЦ, отмечая в аннотациях те или иные преимущества их по сравнению с аналогами. Однако в практической работе не всегда подтверждаются «великолепные» свойства СИЦ.

Целью исследования явилось изучение результатов применения конденсируемых стеклоиономерных цемента «Fuji IX GP» (GC), «Ionofil Molar» (VOCO)