

*Кібішаурі М.В., Єфімова О.О.***ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ПРЯМИХ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНИХ ВІДНОВЛЕНЬ ЗУБІВ**

Донецький національний медичний університет, Донецьк, Україна

Мета дослідження – порівняльна клінічна оцінка прямих пришийкових відновлень зубів із застосуванням збільшувальної оптики й без неї.

Матеріали і методи. У проведеному дослідженні взяли участь 38 осіб віком від 27 до 45 років, серед яких було 16 чоловіків (42,1% загальної кількості обстежених) і 22 жінки (57,9%). В обстежених осіб виявлено 97 прямих відновлень, які були розташовані в пришийкових ділянках фронтальних і бічних зубів та виконані з фотокомпозиційних матеріалів у терміни від 6 місяців до 8 років. Стан пришийкових відновлень оцінювали за клінічними критеріями, які стосувалися крайового забарвлення на межі відновлювального матеріалу й його прилягання до навколишньої емалі. Оцінку здійснювали візуально-інструментально й за допомогою збільшувальної оптичної техніки, при цьому фіксували розташування порушення відносно стінок порожнин.

Результати. Під час візуально-інструментального обстеження 97 виявлених у пацієнтів прямих фотокомпозиційних пришийкових відновлень зубів крайове забарвлення було встановлено в 42 відновленнях (43,3% кількості всіх відновлень), порушення крайового прилягання – у 53 відновленнях (54,6%). Подальше обстеження, яке було проведено за допомогою збільшувальної оптичної техніки, показало більшу кількість порушень, зокрема крайове забарвлення на межі фотокомпозиційного матеріалу встановлено в 63 відновленнях (65%), а дефекти крайового прилягання виявлено в 61 відновленні (62,9%). Застосування оптичної техніки дозволило встановити на 21,7% більше випадків крайового забарвлення й на 8,3% більше випадків порушення крайового прилягання, ніж традиційне візуально-інструментальне обстеження, що зазвичай проводять у клінічній практиці.

Виявлене крайове забарвлення локалізувалося, як правило, на межі фотокомпозиту й емалі приясенної стінки порожнин. Таке розташування було зафіксовано в усіх 42 відновленнях (100% їхньої кількості), в яких забарвлення було встановлено за візуально-інструментальним обстеженням; у 18 відновленнях (42,9%) забарвлення було виявлено також на межі матеріалу й стінки порожнин з боку екватора. У разі застосування оптичної техніки крайове забарвлення було розташоване на приясенній стінці також у всіх відновленнях із таким порушенням, при цьому воно охоплювало також бічні стінки порожнин у 24 відновленнях (38,1% кількості відновлень із забарвленням за такого обстеження). Та стосувалося екваторіальної стінки у 20 відновленнях (31,7%). Суттєвих розбіжностей щодо локалізації порушень крайового прилягання фотокомпозиційного матеріалу за стінками порожнин залежно від способу обстеження стану відновлень виявлено не було.

Висновки. Застосування збільшувальної оптичної техніки дозволяє ефективніше й об'єктивніше виявляти порушення прямих фотокомпозиційних відновлень зубів на ранніх етапах їхнього розвитку, що дає можливість своєчасно визначити лікувальну тактику й усунути такі дефекти.

*Клітинська О.В., Зорівчак Т.І., Шетеля В.В.***СПІВВІДНОШЕННЯ Са/P – ІНДИКАТОР СТІЙКОСТІ ЕМАЛІ ДО УРАЖЕННЯ КАРІОЗНИМ ПРОЦЕСОМ**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Мета дослідження. Проаналізувати значення співвідношення Са/P як важливу складову карієсрезистентності емалі.

Матеріали й методи: напрацювання вітчизняних і закордонних дослідників із цієї тематики; бібліосемантичний метод і структурно-логічний аналіз.

Результати. Високі показники ураженості зубів карієсом, поширеність якого в окремих регіонах України сягає 98 – 100 %, актуалізує виявлення екзогенних і ендогенних карієсогенних чинників, вивчення рівня карієсрезистентності емалі, визначення стоматологічного й загальносоматичного статусів із метою застосування профілактичних заходів і забезпечення лікування цієї патології на ранніх етапах її діагностики.

Як відомо, в основі патогенезу карієсу лежить прогресуюча демінералізація емалі, при цьому карієсрезистентність стає своєрідним детектором, який допомагає інформативно оцінити сприйнятливність емалі до впливу карієсогенних чинників. Очевидний той факт, що рівень карієсрезистентності емалі залежить від постійних змін, які відбуваються до прорізування зуба (період первинної мінералізації) і після прорізування зуба (період дозрівання емалі), тобто, чим нижчий ступінь мінералізації, тим частіше виникають каріозні ураження.

Одним із важливих показників карієсрезистентності емалі є співвідношення Са/P у складі гідроксиапатиту. У нормі цей показник має складати 1,5 – 2 (у середньому 1,67). Відомо, що співвідношення Са/P змен-

шується при початкових ознаках демінералізації емалі (1,3 і нижче). Співвідношення Ca/P має також характерні вікові особливості. Так, у дітей 8 років він складає 1,75, а в людей 60-річного віку – 2,01. Після прорізування зуба протягом 1,5 – 2 років концентрація кальцію й фосфору в емалі всіх шарів швидко підвищується. Через 2 – 3 роки після прорізування завершується мінералізація фісур, а також шийки зуба. Підкреслимо, що після прорізування в поверхневих шарах емалі вміст кальцію й фосфору вищий, ніж у глибших шарах, оскільки основним джерелом надходження речовин у емаль зуба після його прорізування є слина. Резистентність поверхнього шару емалі пояснюється також підвищеним вмістом у ньому мікроелементів: олова, цинку, заліза, стронцію, молібдену й особливо фтору, оскільки вони підвищують щільність кристалічної решітки і впливають на склад і обмін зубного нальоту.

Проаналізовані результати досліджень вітчизняних учених, зокрема Хоменко Л. О., Сороченка Г. В., дають підтвердження тому, що хімічний склад поверхнього шару інтактної емалі постійних зубів на різних етапах мінералізації має суттєві достовірні розбіжності щодо кількості кальцій/фосфорного коефіцієнта, кальцію, карбону, фтору, нітрогену, силіцію. Тобто емаль зубів, які щойно прорізулися, є недостатньо мінералізованою і, відповідно, має недостатній рівень карієсрезистентності. Тому задля запобігання ураженню твердих тканин зуба при передчасному прорізуванні й після прорізування постійних зубів упродовж періоду вторинної мінералізації доцільно проводити ремінералізуючу терапію, яка сприятиме підвищенню рівня карієсрезистентності.

Висновки. За сучасними уявленнями, у патогенезі карієсу зубів провідну роль відіграє карієсрезистентність емалі, мінеральну основу якої утворюють ізоморфні кристали апатитів. Провідне значення серед них належить кальцію, фосфору, фтору, тому їхня недостатня кількість або надлишок певних мікроелементів у докільці, насамперед у ґрунтах і питній воді, може варіювати їхній вміст у організмі, а відтак – і у твердих тканинах зубів, цим самим впливаючи на їхню стійкість до ураження каріозним процесом.

Коваль Ю.П.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РОЗВИТОК ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Стертість зубів – це універсальний наслідок старіння. Її можна визначити як незворотну, багатофакторну й деструктивну втрату твердих тканин зубів, викликану механічними, хімічними процесами або ж їх комбінацією за відсутності карієсу чи травм. Це поширена проблема, але більшість пацієнтів зазвичай не звертаються до спеціалістів із цього приводу. Однак патологічна стертість зубів стає все більш помітною проблемою в наш час. Це є наслідком підвищення рівня поінформованості людей щодо патології зубів, які більше зацікавлені в збереженні своїх зубних рядів здоровими.

Мета – дослідити особливості етіологічних факторів розвитку патологічного стирання твердих тканин зубів (за даними джерел літератури).

Матеріали й методи. Для досягнення поставленої в роботі мети проведено аналіз літературних джерел зі стоматологічної тематики, виявлених у базах Google Scholar і PubMed за ключовими словами «патологічне стирання», «стертість зубів», «tooth wear», «teeth wear», «teeth wearing», «pathological wearing». Попередній аналіз джерел проведено за анотаціями, виявленими в процесі первинного пошуку. Додатково у відібраних для подальшого аналізу статтях було переглянуто й проаналізовано їхні посилання зі списку літератури для докладнішого набору джерел за тематикою.

Результати. Патологічна стертість зубів часто є багатофакторною за своєю природою, її тип важко розрізнити, але її часто поділяють так: аттриція; ерозія; абразія; абфракція.

Діагностика зазвичай базується на клінічній картині, що може виділити один причинний фактор. Однак це дуже складно. Таким чином пропонуються ці окремі терміни, які можуть бути корисними при розгляді й описі етіології, але вони можуть описувати лише результат дії основних факторів, а не причину чи процес, задіяні в стиранні.

Важливо визнати: навіть якщо наявний один фактор, що сприяє стиранню, то можуть діяти й інші ушкоджувальні чинники. Ігнорування цього моменту може призвести до помилок у діагностиці, відмови від лікування й прогресування стану. Ключовим фактором для розуміння причинних факторів є ретельне збирання анамнезу пацієнта. Пацієнти можуть мати успадковані стоматологічні хвороби, які посилюють тяжкість патологічної стертості зубів, такі як недосконалий дентиногенез і дисплазія дентину, якщо назвати лише два.

Висновки. На підставі вивчення джерел вітчизняної й зарубіжної літератури виявлено пильну увагу авторів до проблеми патологічного стирання твердих тканин зубів. Проте питання етіології стирання не є однозначно вирішеним і потребує детальнішого аналізу.