

УДК 616.314.3-74:615.462

### КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЯМОГО СПОСОБУ РЕСТАВРАЦІЇ ЗРУЙНОВАНИХ КОРОНОК ДЕВІТАЛЬНИХ РІЗЦІВ

*Попович І.Ю.*

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Коронка зуба може руйнуватись унаслідок карієсу та його ускладнень, гострої або хронічної травми, патологічного стирання зубів, деструктивної форми флюорозу. Реставрація коронкової частини фронтальних девітальних зубів дозволяє не тільки відновити жувальну функцію на тривалий час, а й уникнути або послабити патологічні зміни у зубощелепному апараті і запобігти виникненню стресового стану пацієнта, пов'язаного з передчасним видаленням зубів, особливо фронтальної групи.

Для реставрації девітальних різців можна застосувати напівпрямий, прямий та непрямий способи. Із розвитком індустрії стоматологічних матеріалів, адгезивних технологій усе ширше використовується пряма реставрація. Даний спосіб відновлення дозволяє мінімальне препарування здорових тканин зуба та досягнення при цьому максимально високих естетичних результатів реставрацій із достатнім запасом міцності.

Метою дослідження стало порівняння клінічної ефективності відновлення зруйнованих коронок девітальних фронтальних зубів відновлених прямим способом з використанням різних типів внутрішньо-каналних штифтів у найближчі та віддалені терміни спостережень. В залежності від типу застосованого штифта під час відновлення девітальних різців були сформовані 3 клінічні групи пацієнтів. У 1-й групі (12 осіб) пряму реставрацію 12 коронок девітальних різців проводили за допомогою анкерних титанових штифтів, які фіксували на склоіономерний цемент, «Fuji plus» («GS», Японія), модифікований композитом та фотополімерного матеріалу «Esthet X» («Dentsply», Велика Британія). У 2-й групі (18 осіб) пряму реставрацію 25 зубів виконували із застосуванням склопластикових штифтів «ПАСС» («ЕСТА», Україна), зафіксованих на новий цемент адгезивний подвійної полімеризації «ЦАПО» («ЕСТА», Україна), та фотополімерного матеріалу «Еста-3» («ЕСТА», Україна). У 3-й групі (13 осіб) здійснювали пряму реставрацію 15 різців за допомогою скловолоконних штифтів «J-dental» (США), які фіксували на естетичний цемент подвійної полімеризації «Calibra» («Dentsply», Велика Британія), та фотополімерного матеріалу «Esthet X». Послідовність етапів реставрації в 1-й та 3-й групах пацієнтів відповідала загальноприйнятим положенням прямої реставрації та фіксації штифтів, рекомендаціям фірм-виробників. У 2-й групі відновлення коронок зубів і фіксації склопластикових штифтів проводили згідно з обґрунтованим нами алгоритмом реставрації. Клінічне обстеження пацієнтів здійснювали при штучному освітленні за загальноприйнятою методикою із використанням стандартного стоматологічного інструментарію. Результати дослідження, що охоплюють урахування загального стану здоров'я, дані анамнезу, стоматологічного статусу, клінічної оцінки реставрації, заносили в медичну карту стоматологічного хворого. Клінічну оцінку реставрації проводили згідно з «Переглянутим клінічним протоколом вимог до композитних матеріалів на основі смол», опублікованим Американською стоматологічною асоціацією в 1989 р., та «Переглянутим протоколом вимог до емаль/дентин адгезивних матеріалів» Ради з матеріалів Американської асоціації стоматологів (Чикаго, 1994) у день реставрації та через 6, 9, 12 і 24 місяці після лікування зуба. Реставрації оцінювали за такими критеріями: анатомічна форма, крайова адаптація, шорсткість поверхні, крайове забарвлення, кольорова відповідність, вторинний карієс та стан контактного пункту.

Результати клінічних спостережень засвідчили, що показники відновлень зубів пацієнтів 1-ї групи поступалися за колірною відповідністю таким реставрації зубів у пацієнтів 2-й та 3-й груп як одразу після виконання роботи, так і через 6, 12 та 24 місяці. Даний факт можна пояснити відсутністю світлопроникності у металевих штифтів, що змушує порушувати біоміметичний принцип реставрації при їх застосуванні. Погіршення колірної відповідності до показника «Charlie» через 6 місяців у 1 пацієнта та через 12 місяців у 2 пацієнтів 1 групи пов'язано з низькою гігієною порожнини рота. Критерії анатомічної форми, контактного пункту і вторинного карієсу в реставрованих зубах пацієнтів усіх трьох груп були однакові і мали показник «Alfa», що свідчить про якість виконання реставрації. Крайова адаптація і крайове забарвлення відновлених зубів у пацієнтів 1 групи порівняно із аналогічними показниками пацієнтів 2 та 3 груп були гіршими і через 6 місяців після реставрації показник «Bravo» був у 25%, а через 12 місяців у 33 %, що можливо, пов'язане з жорсткістю з'єднання коронкової частини з металевим штифтом, різницею між модулями пружності дентину та матеріалу штифта, яка призводить до нефізіологічної передачі навантаження через коронкову частину зуба на підлеглі тверді тканини зуба та до виникнення напруження в місцях прилягання реставрації в тверді тканини зуба. Внаслідок дії циклічного навантаження з часом у таких відновлених зубах формуються слабкі місця, які можуть призводити до порушення крайової адаптації та крайового забарвлення, особливо в пришийковій ділянці. За тривалішого функціонування це може призвести до часткового або повного руйнування реставрації. Отже, критерії крайової адаптації та крайового забарвлення пов'язані також і з рівномірною передачею навантаження, що досягається при застосуванні склопластикових і скловолоконних штифтів. У всіх пацієнтів із показником крайової адаптації та крайового забарвлення «Bravo» стан гігієни порож-

нини рота був задовільний. Критерій шорсткості поверхні реставрацій через 6 та 12 міс. у всіх трьох досліджуваних нами групах мали показник «Alfa», що свідчить про здатність матеріалів до якісного полірування. Через 24 міс. цей показник дещо змінюється: в 1-й групі - 17% «Bravo» та 83 % «Alfa»; у 2-й групі – 8 % «Bravo» та 92 % «Alfa»; у 3-й групі - 13 % «Bravo» та 87 % «Alfa».

Отже, отримані дані у найближчі та віддалені терміни спостережень свідчать про високу ефективність прямого способу відновлення зруйнованих коронок девітальних різців із застосуванням склопластикових та скловолоконних штифтів.

УДК 616.31-022 – 616.34.17-008.1-092

### **АНТИЛИЗОЦИМНА АКТИВНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КАРИЕСА И ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ**

**Скрипник О.И.**

Луганский государственный медицинский университет

#### **Введение**

Изучение частоты возникновения стоматологических заболеваний с анализом основных факторов, вызывающих патологическое состояние в полости рта, составляет основу первичной стоматологической профилактики.

Цель. Изучить видовой состав и антилизоцимные (АЛА) свойства бактерий, вызывающих кариес и периодонтит.

#### **Материал и методы**

Видовой состав бактерий, а также их антилизоцимную активность (АЛА) изучали у 63 детей, больных кариесом и периодонтитом.

#### **Результаты**

Из дентрита зубных каналов была выделена 286 штаммов бактерий, которые выделяли в ассоциации. Наиболее часто изолировали стрептококки – 138 штаммов от общего количества бактерий, в том числе 63 штамма *S. mutans*, 44 штамма *S. salivarius* и 31 штамм *S. oralis*. Представители рода *Porphyromonas* были представлены *P. gingivalis* – 22 штамма и *P. endodontalis* – 41 штамм. Род *Staphylococcus* был представлен исключительно *S. epidermalis* – 26 штаммов (9,09%). Сходную частоту встречаемости имел *Petrococcus niger* (9,79%). Вместе с тем, удельный вес *Petrostreptococcus* и *Stomatococcus mucilaginosus* составил 6,29% и 4,55%, соответственно.

Все бактерии обладали выраженной АЛА. Наиболее активно инактивировали лизоцим штаммы *S. mutans*. Средний показатель АЛА у данных бактерий оказался в 1,13 раз выше аналогичного показателя для штаммов *S. salivarius*, в 1,24 раза выше, чем у штаммов *S. oralis*, в 1,53 раза выше, чем у *S. epidermalis*, в 1,16 раза выше, чем у *M. mucilaginosus*, в 1,51 раза выше, чем у *P. niger*, а также в 1,77, 1,62 и в 1,8 раза выше, чем, соответственно, у *P. magnus*, *P. gingivalis* и *P. endodontalis* (во всех случаях  $p < 0,05$ ).

#### **Выводы**

Таким образом, в развитии кариеса и периодонтита существенную роль играют бактерии – представители родов *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Stomatococcus*, *Petrococcus*, *Petrostreptococcus* и *Porphyromonas*, обладающие выраженной АЛА. Наибольшей АЛА обладают *S. mutans*, наименьшим – *P. endodontalis*.

УДК 616.314-002.4-055.26-084-08

### **ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ФІСУРНОГО КАРІЕСУ У ЖІНОК В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ**

**Сташків О.І., Курілець А. В.**

Івано-Франківський національний медичний університет

Метою дослідження стало обґрунтування можливості застосування і оцінка ефективності методів інвазивної і неінвазивної герметизації фісур для профілактики і лікування карієсу у вагітних жінок.

Динамічне спостереження на протязі 12 місяців показало 92% збереження герметика і неушкодженість фісур. В зубах з повною або частковою утратою герметика нових каріозних порожнин не знайдено. В контрольній групі в 8,3% випадків був діагностований фісурний карієс.

На даний час збільшуються вимоги до якості надання стоматологічної допомоги, необхідності ранньої діагностики і повноцінного лікування карієсу зубів під час вагітності. Логічною відповіддю на ці зміни є повноцінна санація порожнини рота, розумний підхід і досягнення при лікуванні початкових форм карієсу, удосконалення методів діагностики і лікування фісурного карієсу під час вагітності. Постановка діагнозу повинна виходити за рамки тільки констатації каріозної порожнини, її локалізації та глибини. Від ступеня диференційної діагностики залежить спосіб препарування, вибір герметика, про-