

Примечания:

1. n – количество наблюдений;
2. p – достоверность различий между группами.

Выводы.

1. Общая микробная заселенность пародонтальных карманов больных генерализованным пародонтитом в 12 раз выше, чем у пациентов с интактным пародонтом ($p < 0,05$).

2. Микробиоценоз пародонтальных карманов больных генерализованным пародонтитом характеризуется увеличением частоты колонизации агрессивной условно-патогенной микрофлоры (*S. aureus*, *Streptococcus* spp. *B-haemolyticus*, *Escherichia* spp., *Candida* spp.), уменьшением частоты выявления симбионтной стабилизирующей микрофлоры (*Streptococcus* spp. *viridans*) и преобладанием ассоциаций двух-четырех видов пародонтопатогенов (*Bacteroides forsythus*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis* и *Treponema denticola*).

3. У больных генерализованным пародонтитом наблюдается ослабление неспецифической резистентности полости рта, о чем свидетельствует снижение уменьшения фагоцитарного индекса ($p < 0,05$), фагоцитарного числа ($p < 0,05$) и активности лизоцима ротовой жидкости ($p < 0,05$).

Результаты проведенных исследований могут быть использованы при планировании комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом.

ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБОВ С ТЯЖЁЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ФЛЮОРОЗА ПРЯМЫМИ И НЕПРЯМЫМИ ВИНИРАМИ

Николишина Э.В., Николишин И.А.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Современное развитие эстетической стоматологии позволяет устранять любые косметические дефекты зубов, в том числе и при флюорозе. Однако при проведении эстетических работ у данного контингента пациентов необходимо помнить, что эмаль таких зубов отличается от интактной эмали своей структурой, составом и свойствами. Она более рыхлая, пористая, и поэтому очень быстро окрашивается под действием различных красителей, а также часто скалывается в местах механической нагрузки. Такое состояние эмали значительно ухудшает качество фиксации композиционных материалов, брекет-систем, непрямых виниров.

В Украинской медицинской стоматологической академии много лет работает научная школа, изучающая данную проблему в стоматологии. Проведенные научные исследования позволили разработать, обосновать и предложить авторские методики восстановления зубов с тяжёлыми проявлениями флюороза. Данные методики достаточно эффективны, используются в практической стоматологии и имеют хорошие отдаленные результаты.

Для проведения прямых реставраций в тесном сотрудничестве с компанией Dentsply нами разработана, лабораторно обоснована, клинически апробирована и предложена методика восстановления зубов с тяжелыми проявлениями флюороза. Согласно которой: после шлифования измененного слоя эмали проводится кондиционирование в течении 15-30 минут, а количество нанесения адгезива увеличивается до тех пор (3-4), пока эмаль не перестанет его впитывать и на её поверхности появится слой ингибированный кислородом.

Длительный срок наблюдения за такими пациентами и полученный положительный результат позволил широко внедрить предложенную методику в практическую стоматологию.

Диагностируемый процент (17%) отрицательных результатов через несколько лет клинических наблюдений обосновал дальнейший поиск новых, эффективных методик косметического восстановления зубов пораженных флюорозом.

Установленные недостатки были обусловлены как свойствами композиционных материалов (пористость, истирание, проницаемость по границе композит/зуб) так и особенностями эмали при флюорозе (сколы материала от поверхности зуба).

Предложенный нами позже, авторский способ препарирования зубов с тяжелыми проявлениями флюороза под керамические виниры позволил устранить диагностируемые ранее косметические недостатки.

При изготовлении не прямых виниров, с целью повышения ретенции и улучшения прочности, в противоположность традиционному способу, при препарировании апроксимальных поверхностей границу винира мы рекомендуем выводить на оральную поверхность коронки зуба. В пришеечной области формировать уступ, а режущий край препарировать с учетом центрального соотношения зубов. Таким образом, удастся предупредить откалывание тонкой эмали по апроксимальным поверхностям и режущему краю, а зону контакта зуб/винир контролировать со стороны оральной поверхности.

При выборе методики лечения (прямая или не прямая реставрация) необходимо руководствоваться следующим:

- клинической картиной заболевания (насколько обширные и глубокие разрушения, интенсивность окрашивания тканей);
- возможностями пациента (финансовая сторона и временной фактор – 5-7 дней на техническую работу при изготовлении не прямых виниров);
- возможностями доктора (обе методики требуют высокого профессионализма врача-стоматолога и материально-технической базы медицинского учреждения).

Если оценивать преимущества и недостатки самих методик, то можно обозначить следующее. Безоговорочным преимуществом первой методики является косметическое восстановление зубов фронтальной группы в один сеанс, в течении 6-8 часов и относительная дешевизна. К недостаткам – ухудшение всех клинических показателей со временем, что объясняется свойствами композитных материалов. Преимуществом второй методики является идеальная эстетика на протяжении всего срока использования керамического винира. К недостаткам можно отнести

изготовление винира в несколько этапов с участием технической лаборатории, и соответственно несколько посещений врача, а также данная конструкция доставлена точно дорогостоящая.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ, ПЕРВОКЛАССНИКОВ г. ОМСКА

Попова Е.В., Дворецкая Э.А., Сунцов В.Г.

БУЗО ГКСП-1 г. Омск, Омский государственный медицинский университет,
г. Омск

Высокая заболеваемость кариесом среди детского населения выдвигает проблему профилактики как основную в стоматологии. Особую значимость профилактические мероприятия приобретают в период прорезывания и минерализации постоянных зубов (Виноградова Т.Ф., 2007; Зырянов Б.Н., 2007; Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н., 2006; Сунцов В.Г., с соавт., 2009; Axelsson P., 2006; Kataoka S., et al. 2007; Ralph E. McDonald, David R. Avery, 2003; Slayton R., 2006).

Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что сроки прорезывания зубов у детей, проживающих в различных странах, весьма сходны. Первые постоянные моляры прорезываются в возрасте 6-7 лет. Именно эти зубы подвергаются активной кариозной атаке в результате факторов повышенного риска: незавершенности процесса минерализации и стрессового влияния периода адаптации детей к школе на организм ребенка, что снижает его неспецифическую резистентность.

Незавершенный процесс минерализации твердых тканей постоянных зубов в этом возрасте является фактором повышенного риска возникновения кариеса. Развитие и течение кариеса в значительной степени определяется соотношением процессов де- и реминерализации поверхностного слоя эмали. Направленное использование эффекта реминерализации для повышения резистентности зубных тканей является одним из самых перспективных путей профилактики кариеса в период прорезывания зубов. Направление реминерализующей терапии и профилактики кариеса зубов хорошо обосновано и базируется на четких научных фактах, положениях и доказательствах.

Современные тенденции предусматривают дифференцированный подход к первичной профилактике и лечению кариеса зубов, при этом содержание, объем лечения и мер профилактики, частота повторных обращений в процессе диспансеризации и реабилитации должны во многом определяться степенью активности кариозного процесса (Виноградова Т.Ф. 2007).

Перспективным направлением первичной профилактики кариеса зубов у детей является использование реминерализующих средств-кальций-фосфат-содержащих гелей (Леонтьев В.К., Сунцов В.Г. 1986).

Целью нашего исследования явилось изучение воздействия реминерализующих гелей на уровень пораженности кариесом первых постоянных моляров у