

ті "Charlie". Через 12 місяців після виконаних реставрацій цей показник у 1 групі становив 17 % (2 зуби). 25% пацієнтів через 6 місяців мали показник крайової адаптації та крайового забарвлення "Bravo", а через 12 місяців цей показник склав 33 %.

Проаналізовані аналогічні показники через 24 місяці після виконання реставрацій. Анатомічна форма, крайова адаптація, крайове забарвлення, вторинний карієс та контактний пункт у всіх групах зубів мали показник "Alfa". Показник колірної відповідності в 1 групі пацієнтів становив "Bravo", у 2 групі – "Oscar". Критерій шорсткості поверхні в 1 групі був у 17 % обстежених "Bravo" та "Alfa" - у 83 %, тоді як у 2 групі – "Bravo" лише у 8%, а "Alfa" - в 92 %.

На підставі одержаних результатів клінічного спостереження можна зробити висновок, що зуби, відновлені за допомогою склопластикових штифтів на основі проведених математичних розрахунків, найбільш рівномірно розподіляють навантаження через різальний край на підлеглі тверді тканини в порівнянні з першою групою зубів, відновлених за допомогою металевих штифтів. Про це свідчить показник крайової адаптації та крайового забарвлення відновлених зубів.

**Рейзвих О. Э.**

### **ПРОФИЛАКТИКА – ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ СЕГОДНЯШНЕЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Государственное учреждение «Институт стоматологии АМН Украины»

Мировой опыт и научные исследования убедительно доказали, что только целенаправленная, эффективная профилактическая программа может оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости. Последний, особенно у детей, проживающих на территории Украины, имеет стойкую тенденцию к ухудшению (Куцевляк В. Ф. и соавт. , 2009; Косенко К. Н. и соавт. , 2008). Распространенность кариеса зубов у детей в ряде регионов Украины достигает 95, 5%. Снижение уровня стоматологической заболеваемости должно быть приоритетным направлением современной стоматологии.

Следует обратить особое внимание на критические периоды минерализации зубов, которые тесно связаны с возрастными периодами развития организма, гормональной перестройкой, стрессовыми ситуациями различного генеза. Именно в эти периоды степень риска поражения зубов кариесом наиболее высока. Полная минерализация твердых тканей зуба наступает через 1-3 года после прорезывания, и после 18 лет эмаль считается зрелой. Однако даже после того, как зубы достигли состояния зрелости с точки зрения содержания в них минеральных компонентов, процессы минерализации и деминерализации продолжают. И от того, какие процессы преобладают, зависит состояние зубов. Для критических периодов

развития зуба характерно преобладание процессов деминерализации, что обусловлено как внутренними, так и внешними факторами.

Риск поражения зубов кариесом вновь увеличивается в возрасте 12-14 лет. Этот период совпадает с периодом гормональной перестройки организма, усилением обменных процессов и большим расходом Са на рост костей. Уменьшается концентрация Са в слюне. Соответственно снижается его уровень и в эмали зубов (Антонишин Б. В. , 1996; Edgar W. M. , 1990; Issa A. I. , Toumba K. J. , 2004).

В эти «критические периоды», связанные с повышенным риском поражения зубов кариесом, наибольшее внимание должно быть уделено созданию оптимальных условий для минерализации зубов.

Наиболее распространенными процедурами с точки зрения профилактики являются профессиональное удаление зубных отложений, герметизация фиссур, обучение навыкам правильного ухода за полостью рта и обработка зубов минеральными средствами. На наш взгляд, все это объединяется одним понятием «профессиональная гигиена полости рта». Это направление является приоритетным в работе нового специалиста – гигиениста, главной задачей которого является организация и проведение под руководством врача-стоматолога и самостоятельно в рамках своей компетенции мероприятий, направленных на раннее выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний у пациентов разных возрастных групп и их профилактику.

Анализ работы стоматологических учреждений Украины за 2008 год показал, что количество детей, которым проводили профилактические мероприятия, составляет 3993375. При этом надо учитывать, что население Украины в 2008 году составляло 46428664, из них детей 8894130. Таким образом, удельный вес детей, которым были проведены профилактические мероприятия в 2008 году, составил 44, 9%.

На долю герметизации фиссур зубов приходится 1336133 (зубов). В сравнении с 2007 годом этот показатель снизился на 15, 9%. Считаем это недопустимым. Известно, что период от инициации кариеса в фиссуре до его клинических проявлений может составлять около 1, 5 лет. Распространенность кариеса у лиц 6-18 лет колеблется от 15 до 70% (Курякина Н. В. и соавт. , 2003; Денъга О. В. и соавт. 2005; Куцевляк В. Ф. и соавт. , 2009).

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что в возрастной группе детей, которым к началу исследования было 6-7 лет, и в последующие 2 года профессиональная гигиена полости рта не проводилась. Только 10 % детей 12-летнего возраста за 2 года наблюдений проведены сеансы профессиональной гигиены, при этом у 1 ребенка (3, 3 %) это осуществлялось регулярно. У 15-летних детей профессиональная гигиена полости рта проводилась в 16, 7 % случаев, причем регулярно – только у 10 %.

Накопленный во многих странах опыт убедительно подтверждает, что расширение функций среднего медицинского персонала и активное привлечение его к проведению профилактических мероприятий позволяют сосредоточить внимание врачей-стоматологов на ключевых позициях по планированию и внедрению профилактики, тем самым повысив ее эффективность и существенно увеличив охват населения (Леонтьев В. К. , 2007; Угрин М. М. , 2008; Флейшнер Г. М. , 2004; Шевченко О. В. , 2006).

Наши зубы – показатель нашего здоровья, они отражают все процессы, происходящие в организме. Чем раньше мы займемся зубами наших детей, тем легче и проще им будет справляться с проблемами взрослого организма.

**Рыбалов О. В. , Москаленко П. А. , Яценко И. В.  
О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ СИМПТОМА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Наш клинический опыт, данные отечественных и зарубежных клиник, занимающихся вопросами артрологии в стоматологии, отмечают рост числа больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Многообразие вариантов заболеваний ВНЧС (артрит, артроз, острый и хронический вывих и др.), приводящих к его функциональной неполноценности, всегда сопровождаются симптомами мышечно-суставной дисфункции.

Наличие значительного объема информации в отношении заболеваний ВНЧС и вместе с тем отсутствие координированной возможности ее всестороннего анализа, общетеоретических концепций, которые позволили бы объединить этот многогранный материал, сложность логического согласования теоретических, клинических и экспериментальных данных о типичных и нетипичных проявлениях патологических процессов в суставе (точнее, в его отдельных анатомических структурах) обуславливают конкретную проблемную ситуацию, которая характеризуется отсутствием адекватного объяснения патогенеза заболеваний ВНЧС, диагностических и лечебных подходов, большим количеством разнообразных в использовании и предназначении способов и методик лечения, неоднозначностью трактовки получаемых результатов.

Рентгенологические, магнитнорезонансные, компьютерно-томографические, внутрисуставные исследования с помощью волоконной оптики, результаты оперативных вмешательств на ВНЧС дали возможность описать возникающие нарушения в его отдельных компонентах (капсуле, внутрисуставных связках, диске, суставной головке, суставной впадине) при травматических, дегенеративных, дистрофичес-

ких процессах в суставе, при патологической окклюзии.

**Целью** нашей работы явилось изучение взаимосвязи стоматологических манипуляций при лечении моляров верхней и нижней челюстей на возникновение симптомов мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

**Материал и методы исследования.** Наблюдали 33 больных в возрасте от 22 до 45 лет. Женщин было 26, мужчин – 7. Лечение моляров на верхней челюсти проводили у 21 пациента, на нижней челюсти – у 12. Наряду с клиническим исследованием (опрос, осмотр, пальпация областей ВНЧС, определение окклюзии) проводили аксиографию, артрофонографию, рентгенографию обоих ВНЧС, магнитно-резонансную томографию суставов.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Жалобы наблюдаемых больных сводились к боли и дискомфорту во время открывания рта в области одного (27 больных) или обоих (6 больных) ВНЧС. Боли усиливались при жевании, особенно при боковых смещениях нижней челюсти, отдавали у части больных по ходу ветвей тройничного нерва. У 12 больных отмечалось появление в суставе хрустящих, шуршащих, щёлкающих ощущений. Из анамнеза выяснено, что все больные при лечении зубов сидели с широко открытым ртом в течение длительного времени (от получаса до полутора часов!!!). Трём больным для удобства работы врача между зубами верхней и нижней челюсти, противоположной манипулируемой стороне, вводили объёмный ватный валик, не позволяющий произвольному закрытию рта (своеобразный роторасширитель).

При осмотре больных внешних нарушений в области ВНЧС не наблюдалось. Пальпация области латеральной крыловидной мышцы и суставной головки у 26 больных была резко болезненной. При открывании рта движения нижней челюсти у 28 больных были зигзаговидными, у 5 – ступенчатыми. При широко открытом рте у 22 больных с одной стороны, у 3 – с обеих пальпаторно и визуально определялось чрезмерное смещение суставной головки вперёд под основание скуловой дуги. При осмотре зубных рядов у 15 пациентов отмечено отсутствие правильного смыкания зубов на одной из окклюзионных сторон.

Анализ рентгенологических картин ВНЧС, особенно при открытом рте, выявил у 30 больных смещение одной из суставных головок значительно вперёд за пределы суставного бугорка. У 3 больных подобного рода нарушения определялись с обеих сторон.

Оценивая результаты клинических проявлений симптома мышечно-суставной дисфункции наблюдаемых больных, результаты дополнительных исследований можно расценивать как импрессионную нестабильность суставной головки и суставного диска, связанную с неполноценной стабилизацией суставной головки в суставной впадине за счёт изменения механических свойств капсулы сустава и