

Борисова І. В., Коновалов О. С., Кутовий С. А.
ВИКОРИСТАННЯ НЕПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ ПРИ
ВІДНОВЛЕННІ РЕЦИДИВУЮЧИХ КЛИНОПОДІБ-
НИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ В ОСІБ
ІЗ ПАРАФУНКЦІЯМИ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ

Інститут екології та медицини, м. Київ

У процесі лікування клиноподібних дефектів у осіб із парафункціями жувальних м'язів нерідко доводиться спостерігати рецидиви у вигляді випадання пломб або втрати їх крайового прилягання. Це відбувається внаслідок різниці між модулями пружності твердих тканин зуба та різноманітних пломбувальних матеріалів та відмінності величини їх відносної деформації під впливом жувального тиску, що призводить до розриву зв'язків на межі емаль-пломба та дентин-пломба. Особливо часто такі явища спостерігаються в осіб із парафункціями жувальних м'язів, тобто у випадках, коли на зуби діє навантаження, що перевищує таке під час пережовування їжі. Прагнучи покращити функціональність таких пломб, лікарі здебільшого намагаються збільшити площу контакту пломбувального матеріалу та твердих тканин зуба за рахунок їх препарування. Проте таке лікування найчастіше не дає стійкого терапевтичного ефекту і з кожним лікуванням препарування зуба стає все більшим. Для оптимізації процесу лікування рецидивуючих клиноподібних дефектів у тих випадках, коли дефект займає понад третину вестибулярної поверхні зуба, у осіб із парафункціями жувальних м'язів можливе використання непрямих керамічних реставрацій (вінірів). Мінімальне препарування емалі зуба в межах 0,3-0,5 мм, висока адгезія керамічної реставрації за рахунок її протравлювання та силанування з використанням фіксаційних композиційних матеріалів подвійного твердіння дозволяють отримати високоестетичне відновлення вестибулярної поверхні зуба з міцною фіксацією реставрації до емалі та забезпеченням надійної герметизації на межі емаль-реставрація. Керамічна реставрація більш стійка до стискання, тому для відновлення клиноподібних дефектів у осіб із парафункціями жувальних м'язів при препаруванні доцільним є незначне (до 1,0 мм) перекривання різального краю з утворенням вертикального упору. За даними фотоеластичних досліджень, саме перекривання реставрацією різального краю дозволяє значно знизити концентрацію напруженості всередині вініра, спрямувати вектор розподілу жувального тиску близько до осі зуба, що в свою чергу зменшує мікроекскурсію реставрації відносно твердих тканин зуба і знижує вірогідність її відриву.

На базі кафедри терапевтичної стоматології Інституту екології та медицини особам із парафункціями жувальних м'язів, у яких спостерігалось неодноразове випадання пломб при відновленні клиноподібних дефектів, у випадках, коли клиноподібний дефект займав не менше третини вестибулярної поверхні зуба, були виготовлені непрямі керамічні реставрації (вініри) з фіксацією на композитний матеріал подвійного твердіння. Натепер, після 18 міс. спостереження,

жодна з 37 реставрацій не втратила крайового прилягання, не є рухомою, має високоестетичний вигляд. Стан маргінального пародонта в ділянці реставрацій без ознак запалення.

Використання непрямих керамічних реставрацій (вінірів) у лікуванні рецидивуючих клиноподібних дефектів фронтальної групи зубів у осіб із парафункціями жувальних м'язів дозволяє досягти стійкого високоестетичного терапевтичного ефекту і може бути варіантом вибору методу лікування.

Борисова І. В., Саєнко О. В., Полушкіна Н. О.
ВИЗНАЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ
ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ДЦП

Інститут екології та медицини, м. Київ

Кількість дітей, які хворіють на ДЦП, зростає з кожним роком, отже, великого значення набуває актуальність профілактики стоматологічних захворювань у цієї групи пацієнтів.

Робота стоматолога з пацієнтами, які мають захворювання опорно-рухового апарату, викликає певні проблеми. Діти та підлітки, які хворіють на ДЦП, погано контактують, швидко втомлюються, часто відволікаються, що ускладнює роботу з ними. Діти обмежені в мануальних навичках, отже, на виконання звичайних гігієнічних процедур вони витрачають удвічі більше часу, ніж здорові. Майже в усіх дітей виявлено обмеження у відкриванні рота. Ці особливості формують певну специфічність захворювань органів порожнини рота.

Група студентів стоматологічного факультету під керівництвом асистентів кафедри терапевтичної стоматології Інституту екології та медицини обстежила дітей і підлітків дитячого будинку-інтернату м. Ніжина віком 7-15 років для визначення їхнього стоматологічного статусу.

Для вивчення стоматологічного статусу були використані показники інтенсивності карієсу зубів за індексом КПВ+кп. При дослідженні твердих тканин урахували характер перебігу карієсу, глибину ураження карієсом, локалізацію каріозних уражень. Гігієнічний стан порожнини рота визначили за допомогою індексу Федорова – Володкіної. Стан пародонта визначили за допомогою індексу ПМА.

Інтенсивність карієсу (КПВ+кп) у соматично хворих дітей склала $6,2 \pm 0,23$, що є наймовірно високим показником для дітей цього віку. В усіх без винятку дітей спостерігалися гіпоплазія емалі зубів та деформації зубо-щелепної системи.

При визначенні індексу Федорова – Володкіної з 23 обстежених дітей було виявлено у 18 пацієнтів (75%) «незадовільний» гігієнічний стан порожнини рота, лише в 6 дітей (25%) він був діагностований як «задовільний». Отже, поганий гігієнічний стан порожнини рота (ГІ в середньому складає 3,2 бала) виявили в більшості дітей.

На основі визначених нами ГІ та ПМА (близько 48%) можна зробити висновок про наявність в усіх паці-