

**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  $6,2 + 0,23$ , 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-

ентів легкого або середнього ступеня катарального гінгівіту.

Дане обстеження свідчить про дуже поганий гігієнічний стан порожнини рота через нездатність дітей, які хворіють на ДЦП, самостійно виконати гігієнічні процедури в повному обсязі. Нами були дані практичні рекомендації вихователям дитячого будинку-інтернату про активнішу участь у догляді за порожниною рота в дітей, а також про необхідність огляду таких дітей у стоматолога 3-4 рази за рік.

**Волинець В. М., Кисіль З. Ф., Неспрядько В. П., Шинчуковський І. А.**

### **АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ МІКРОПРОТЕЗУВАННЯ ДЕФЕКТІВ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ БОКОВИХ ЗУБІВ ВКЛАДКАМИ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Дефекти коронкової частини бокових зубів призводять до порушення функції жування, розвитку зубощелепних деформацій, появи різних ускладнень загального характеру. Дефекти коронки зуба найчастіше утворюються внаслідок карієсу, що уражує від 80 до 88% населення, а в деяких регіонах - до 100% (К. М. Косенко, 1997; А. В. Борисенко, 2000; П. А. Леус, 2000; Л. О. Хоменко, 2003), а також некаріозних уражень у вигляді гіпоплазії, флюорозу, патологічного стирання, травми зубів (Т. Ф. Виноградова і співав., 1998; В. І. Беда, 2002).

Протягом останніх років постійно вдосконалюється технологія виготовлення вкладок для заміщення дефектів зубів, що зумовлює широку перспективу їх використання в лікувальній практиці. Але на сьогодні мікропротезування не отримало достатнього поширення в практичній охороні здоров'я, що зумовлено низьким рівнем упровадження передових технологій зубного протезування, недостатнім матеріальним забезпеченням стоматологічних клінік, необґрунтовано широким застосуванням штучних коронок. Крім цього, є ціла низка клінічних проблем використання вкладок для заміщення дефектів зубів: непогодженість класифікацій, термінології, значна кількість ускладнень, що є наслідком неправильного вибору конструкцій, матеріалів і технологій виготовлення мікропротезів з урахуванням властивостей конструкційних матеріалів, а також фіксуючого цементу.

Тому при виконанні даної роботи нами було проведено вивчення характеру та частоти ускладнень при мікропротезуванні дефектів коронкової частини зубів вкладками. Здійснена систематизація ускладнень мікропротезування дозволяє більш оптимально здійснювати вибір конструкції вкладок і матеріалів для їх виготовлення.

Мета роботи – підвищити ефективність ортопедичного лікування стоматологічних пацієнтів вкладками шляхом вивчення клінічних особливостей віддалених результатів мікропротезування дефектів коронкової частини бокових зубів.

Для вирішення завдань, поставлених у роботі, нами було обстежено та прийнято на лікування 192 пацієнти в період 1995- 2005 рр.

З метою визначення питомої ваги дефектів коронкової частини зубів, що можуть бути заміщені вкладками різних конструкцій, а також для розробки показань до їх застосування нами обстежено 127 пацієнтів, які звернулися до стоматологічної клініки НМУ. Дефекти коронок бокових зубів були виявлені в 89 осіб, що становить 70% загальної кількості обстежених. Осіб чоловічої статі було 38 (42,7%), жіночої – 51 (57,3%). З них 60 (67,4%) були взяті на лікування і їм були виготовлені вкладки різних конструкцій. Інші 29 (32,6%) пацієнтів були саніровані з використанням пломбувальних матеріалів. У більшості випадків це були порожнини I класу з індексом ІРОПЗ (індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба за Мілікевичем) 0,1-0,3.

З метою аналізу віддалених результатів мікропротезування вкладками нами обстежено 29 пацієнтів. Термін виготовлення вкладок становив від 1 до 9 років. Усього обстежені 21 жінка (72,4%) і 8 чоловіків (27,8%). Була проведена клінічна оцінка стану 43 зубів, дефекти яких були відновлені вкладками.

Аналіз виявлених ускладнень дозволив розділити їх на 3 групи. В першу групу включили ускладнення внаслідок неправильного вибору конструкції вкладки. Найчастіше спостерігався відкол однієї зі стінок каріозної порожнини внаслідок оклюзійного навантаження. Вивчення оклюзійних взаємин у цих випадках показало, що горби зубів-антагоністів потрапляли в лінію контакту вкладки зі стінкою порожнини.

До другої групи ввійшли ускладнення, що характеризуються розвитком вторинного карієсу, це було виявлено в 12 зубах із 43, що склало 27,9% при терміні протезування від 6 до 9 років. Типовою локалізацією карієсу була апроксимальна поверхня при II класі. Причини розвитку цих ускладнень були помилки в препаруванні каріозної порожнини, погана адаптація нависаючих країв вкладки, значний проміжок між вкладкою і тканинами зуба, неправильний вибір матеріалів для виготовлення і фіксації вкладки.

До третьої групи нами віднесені ускладнення, зумовлені розмиванням фіксуючого матеріалу по лінії змикання вкладки з твердими тканинами зуба, що визначалося переважно через 3-4 роки після протезування.

Проведені дослідження свідчать про високу поширеність дефектів коронкової частини бокових зубів у 70% обстежених; серед них ушкодження молярів склало 61,8%, премолярів – 38,2%. Установлено, що дефекти I класу за Блеком мають місце в 47,3%, II класу – в 48,1%, V класу – в 4,6%. Кількість зубів із втраченою об'ємом твердих тканин за ІРОПЗ 0,2-0,4 становить 46%; понад 0,5-23,2%.

Аналіз безпосередніх і віддалених результатів протезування вкладками дозволив установити найбільш поширені ускладнення: вторинний карієс виявлений у 27,9% при терміні протезування від 6 до 9 років; розмивання фіксуючого матеріалу по лінії змикання вкладки з твердими тканинами зуба, що визначалося через 3-4 роки після протезування в 39,5%; відкол стінок зубів – у 9,3%.