

быть обусловлена контактом с зубами-антагонистами, индивидуальными признаками, травматическим сколом эмали.

Выбранные таким образом эстетические элементы реставрации зуба необходимо сразу отметить в карте регистрации эстетической реставрации либо в амбулаторной карте стоматологического больного.

Луцкая И.К., Андреева В.А., Зиновенко О.Г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК

БелМАПО, Минск, Беларусь

У пациентов с возрастом увеличивается количество несъемных ортопедических конструкций в полости рта, что затрудняет определение интенсивности кариеса по причине того, что искусственными коронками могут покрываться как пораженные кариесом и его осложнениями зубы, так и интактные. Кроме первоначального состояния (лечен или интактный), в зубах под искусственными коронками может развиваться кариозный процесс.

Цель исследования – определение интенсивности кариеса зубов у пациентов с искусственными коронками в полости рта.

Материалы и методы

Для определения стоматологического статуса больных с ортопедическими конструкциями в полости рта было обследовано 300 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет. Все обследуемые обра-

Применение разработанных нами рекомендаций, заключающихся в подробном описании последовательности манипуляций по выбору размеров и форм зубов, позволяет осуществлять дифференцированный подход к выбору анатомической формы зубов для воссоздания в ходе эстетического реставрирования.

тились на прием с целью подготовки к протезированию. У обследованных больных при первичном обращении все искусственные коронки снимались по медицинским показаниям, что давало возможность достоверного определения интенсивности кариеса зубов, находившихся под ортопедическими конструкциями.

Результаты и их обсуждение

Выявлена прямая взаимосвязь между интенсивностью кариеса под коронками и количеством ортопедических коронок у пациентов всех возрастных групп. На основании полученных результатов (табл. 1) были разработаны условные (возрастные) коэффициенты путем расчета доли КП под коронками от количества коронок для каждой возрастной группы.

Таблица 1
Взаимосвязь между КП под коронками и количеством коронок

Возрастная группа	Доля КП под коронками от количества коронок (%; ДИ=95%)	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена
25–34 (n=54)	86,3 (76,8–95,8)%	$r_s=0,980$ при $p<0,001$
35–44 (n=51)	78,9 (67,7–90,1)%	$r_s=0,946$ при $p<0,001$
45–54 (n=57)	65,2 (52,8–77,6)%	$r_s=0,850$ при $p<0,001$
55–64 (n=44)	73,1 (76,8–95,8)%	$r_s=0,971$ при $p<0,001$
65 и старше (n=44)	78,2 (66,0–90,4)%	$r_s=0,713$ при $p<0,001$

Интенсивность кариеса определяется как сумма индекса КПУ зубов без коронок (K_1) и КП зубов под коронками (K_2). Предложена формула для расчета интенсивности кариеса запротезированных зубов (K_2):

$$K_2 = \frac{n}{k_3}, \quad (1)$$

где n – количество зубов под искусственными коронками,

k_3 – условный (возрастной) коэффициент кариеса зубов, покрытых коронками, равный: 18–24 года – 1,0; 25–34 года – 1,2; 35–44 года – 1,3; 45–54 года – 1,5; 55–64 года – 1,4; 65 лет и старше – 1,3, при этом интенсивность кариеса оценивают

как сумму коэффициентов K_1 и K_2 ($K=K_1+K_2$). Данная формула рекомендована к использованию для расчета интенсивности кариеса при проведении эпидемиологических исследований.

Количество зубов с кариесом под ортопедическими конструкциями зависит от количества искусственных коронок ($K=0,815$ при $\alpha=0,019$), от уровня гигиены полости рта ($K=0,755$ при $\alpha=0,006$), от тяжести заболеваний периодонта ($K=0,761$ при $\alpha=0,000$), от общей интенсивности кариеса зубов ($K=0,708$ при $\alpha=0,019$). Количество зубов с кариесом (компонент «К») в структуре индекса КП под коронками в зависимости от возраста пациентов представлено на рис. 1.

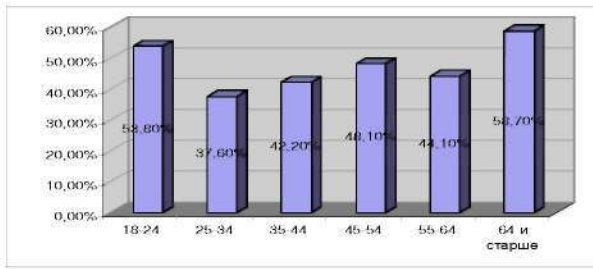


Рис. 1. Количество зубов с кариесом (компонент «К») в структуре индекса КП под коронками в зависимости от возраста пациентов, %

Максимальное количество зубов под ортопедическими конструкциями, пораженных кариесом,

Луцкая И.К., Федоринчик О.В.

ВРЕМЕННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРЕПАРАТАМИ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА

БелМАПО, г. Минск, Беларусь

Несмотря на усилия ученых и практиков, разрабатывающих новые средства и методы воздействия на патологические измененные ткани зуба и периодонта, процент успешного лечения не достигает максимальных значений. По данным различных авторов, после пломбирования корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи осложнения составляют от 5 до 20%.

Повышение эффективности терапии пульпита и апикального периодонтита обеспечивается качественной механической медикаментозной обработкой каналов. Однако микрофлора в виде биопленки в недоступных участках системы корневых каналов не удаляется современными инструментами и ирригацией при лечении в одно посещение [1,2,3].

Дезинфекция корневых каналов с помощью гидроксида кальция перед obturацией значительно снижает периапикальное воспаление по сравнению с obturацией без дезинфекции [1,3].

Результаты проведенных исследований дезинфекции дентинных канальцев показали, что $\text{Ca}(\text{OH})_2$ в чистом виде не всегда эффективен для уничтожения микробов. При наличии устойчивой к медикаментозному воздействию микрофлоры (часто проявляющейся на рентгенограмме деструктивными изменениями в области тканей апикального периодонта) более эффективным оказалась паста гидроксида кальция с йодоформом. Паста с йодоформом в сочетании с 2% раствором хлорексидина (экспозиция 1-2 мин.) повышает антимикробную активность, особенно против резистентных микроорганизмов [1,2].

В соответствии с рекомендациями большинства фирм, изготавливающих пасты на основе гидроксида кальция, длительность пребывания в зубе составляет около 14 дней, что создает некоторые неудобства в работе, часть пациентов не за-

отмечено у пациентов 65 лет и старше (58,7%). Несколько меньше зубов с кариозным разрушением было выявлено у больных 18–24 года (53,8%). У пациентов в возрасте 45–54 года компонент «К» в структуре индекса КП под коронками составлял около половины всех наблюдений (48,1%). В возрастных группах 35–44 и 55–64 года количество кариозных зубов под коронками отличалось незначительно (42,2% и 44,1%). Меньше всего зубов с кариозным поражением отмечено у пациентов 25-34 года (37,6%).

вершают лечение, забывая о необходимости повторного посещения стоматолога. С другой стороны, результаты научных исследований показали, что названные пасты вызывают полную инактивацию различных видов микроорганизмов в течение 12-72 часов в зависимости от их штаммов [1,2].

Результаты собственных клинических исследований и литературные данные позволили сформулировать показания к временному пломбированию корневых каналов при лечении осложненного кариеса.

Временное пломбирование пастой на основе гидроксида кальция показано при: 1) хроническом пульпите с закрытой полостью зуба, имеющем 2 и более корневых канала; 2) хроническом апикальном периодонтите с закрытой полостью зуба, имеющей 2 и более корневых канала; 3) остром апикальном периодонтите пульпарного происхождения с закрытой полостью зуба.

Временное пломбирование пастой на основе гидроксида кальция и йодоформом показано при: 1) остром гнойном пульпите с открытой и закрытой полостью зуба после снятия острых явлений; 2) хроническом язвенном пульпите с открытой и закрытой полостью зуба; 3) хроническом гиперпластическом пульпите с открытой и закрытой полостью зуба; 4) некрозе пульпы с открытой и закрытой полостью зуба; 5) остром апикальном периодонтите пульпарного происхождения с открытой полостью; 6) хроническом апикальном абсцессе со свищем с открытой и закрытой полостью; 7) хроническом апикальном абсцессе без свища с открытой и закрытой полостью зуба.

Не требуют временного пломбирования однокорневые зубы с хорошо проходимыми корневыми каналами при: 1) остром серозном пульпите; 2) хроническом (простом) пульпите с закрытой