

Вторую группу составили также 12 пациентов (12 АМП), которым дополнительно проводили абразивную подготовку опорных элементов АМП и твердых тканей опорных зубов в пределах сформированных полостей с применением пескоструйного аппарата DENTO-PREP и порошка оксида алюминия. Адгезивную подготовку и фиксацию проводили аналогично той, которую применяли у пациентов первой группы.

Оценку качества фиксации проводили сразу, через 6 и 12 месяцев по собственной системе критериев, а именно: поверхность и цвет искусственного зуба и вкладок в опорных зубах; анатомическая форма искусственного зуба и вкладок в опорных зубах; краевая целостность вкладок или реставраций в опорных зубах.

Сразу после фиксации все АМП у пациентов обеих групп получили наивысшую оценку «приемлемо», область «превосходно», категория «Romeo» (RAA). Через 6 месяцев в первой группе у 3 пациентов выявлено незначительное краевое окрашивание по линии фиксации мостовидных протезов на границе с твердыми тканями опорных зубов. Эти 3 конструкции (25% от общего числа у пациентов этой группы) были оценены, как «приемлемо», область «удовлетворительно», категория «Sierra» (SCA), и в специальной коррекции не

нуждались. У пациентов второй группы все мостовидные протезы получили наивысшую оценку. Через 12 месяцев в 7 АМП (58%) у пациентов первой группы выявлено значительное краевое окрашивание мостовидных протезов, что соответствует оценке «приемлемо», область «удовлетворительно», категория «Sierra» (SCB), и 2 протеза (16%) у этих же пациентов со сколом нанокомпозита в области опорных элементов до дентиномалевого соединения – оценка «неприемлемо», категория «Tango» (TCA). Эти два мостовидных протеза требовали профилактической коррекции. У пациентов второй группы выявлено 3 АМП (25%), где была заметна граница их соединения с твердыми тканями опорных зубов в виде тонкой прозрачной полосы (оценка «приемлемо», область «удовлетворительно», категория «Sierra» – SCA). Адгезивные мостовидные протезы, имеющие такой дефект, не требуют коррекции.

Таким образом, исследования показали, что проведение предварительной абразивной подготовки склеиваемых поверхностей элементов адгезивного мостовидного протеза и твердых тканей опорных зубов перед фиксацией предотвращает раннее появление краевого окрашивания и увеличивает срок эксплуатации АМП без коррекции.

*Іваницький І.О., Островська Л.Й., Гасюк Н.В., Попович І.Ю.*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИСТЕМНОЮ ГІПОПЛАЗІЄЮ ТВЕРДИХ ТКАНИН**

ВДНЗ “Українська медична стоматологічна академія”

### **Актуальність проблеми**

Сучасне зростання темпів життя, урбанізація, зниження якості харчування, підвищення стресових навантажень, погіршення екології позначаються на захворюваності населення, особливо на здоров’ї дитячої популяції [1, 2]. Висока стоматологічна захворюваність дитячого і дорослого населення України вже багато років залишається однією з актуальних медичних проблем [3, 4]; у різних вікових групах стабільно зростає частота некаріозних уражень, які виникають у період фолікулярного розвитку зубів, зокрема гіоплазії емалі [5, 6].

Натепер кількість публікацій із цього питання обмежена і досить варіабельна, що спонукало нас до його вивчення.

### **Наукова новизна роботи**

Вивчена поширеність гіоплазії емалі у взаємозв’язку з показником поширеності карієсу і гігієною порожнини рота.

**Метою** нашого дослідження було вивчення показників поширеності некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентів стоматологічного факультету ВДНЗУ “УМСА” м.Полтави, в тому числі і клінічних проявів гіоплазії емалі.

### **Об’єкти і методи дослідження**

Проведено загальноклінічне стоматологічне обстеження 68 студентів стоматологічного факультету ВДНЗУ “УМСА” віком від 17 до 25 років. Під час дослідження всі студенти були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 24 студенти, що мали некаріозні ураження (дослідна група), до другої групи ввійшли 44 студенти без ознак некаріозних уражень (контрольна група). При вивченні стану порожнини рота нами використовувалась спеціально розроблена карта огляду. Локалізацію різних форм гіоплазії емалі фіксували в окремій зубній формулі з використанням індексу дефектів розвитку емалі – DDE-Index у модифікації Clarkson J., O’Mullane D. (1989) [5,6].

### **Результати та їх обговорення**

У результаті проведеного дослідження виявлено некаріозні ураження у 24 осіб (35,3%), карієс і пломбовані зуби були наявні в 44 студентів (64,7%), що узгоджується з даними деяких авторів [1, 3]. Поширеність карієсу (КПВ) у першій групі склали 62,5% (15 осіб). У другій групі – 81,8% (36 осіб), переважно за рахунок пломбованих зубів. Отримані нами показники вказують на високий рі-

вень інтенсивності каріозного процесу згідно з даними ВООЗ і свідчать про відсутність залежності каріозного процесу від наявності некаріозних уражень.

### Висновки

У структурі стоматологічної захворюваності серед студентів стоматологічного факультету ВДНЗУ «УМСА» некаріозні ураження займають 35,3%, що характеризує їх високу поширеність та необхідність застосування лікувально-профілактичних засобів. Серед різноманітності клінічних форм обстеженого контингенту пацієнтів найчастіше зустрічаються гіоплазія емалі та поєднання дефектів. Поширеність карієсу постійних зубів в обох групах висока, що вказує на необхідність проведення лікувально-профілактичних заходів.

Показано прямий кореляційний зв'язок між показниками стану гігієни порожнини рота і поширеністю карієсу та відсутність зв'язку між цими показниками і некаріозним ураженнями в осіб обстеженого контингенту.

Причинами виникнення некаріозних уражень є поєднаний вплив екзогенних факторів на організм матері під час вагітності та перенесення різноманітних хвороб дитини до 1 року життя.

Перспективи подальших досліджень – розроб-

ка й апробація комплексу заходів профілактики для зменшення розповсюдженості гіоплазії та поширеності карієсу зубів у осіб, хворих на системну гіоплазію емалі.

### Література

1. Кріль І. А. Поширеність системної гіоплазії емалі у школярів м. Івано-Франківська / І. А. Кріль, М. М. Рожко // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 53 - 55.
2. Грошиков М. И. Некаріозные поражения тканей зуба / М. И. Грошиков. – М. : Медицина, 1985. – 186 с.
3. Бучок Р. А. Поширеність некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентської молоді та причинно-наслідкові зв'язки їх виникнення / Р. А. Бучок, О. Б. Беліков // Буковинський медичний вісник. – 2012. – № 4 (64), т.16. – С. 26 - 29.
4. Белоклицкая Г. Ф. Некаріозные поражения твердых тканей зубов / Г. Ф. Белоклицкая // Мистецтво лікування. – 2006. – № 9. – С. 88 - 90.
5. Prevalence of dental enamel defects in celiac patients with deciduous dentition: a pilot study / E. [Ortega Páez](#), [Junco Lafuente](#), [Baca García](#) [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod. – 2008. -Vol. 106(1).- P.74-78.
6. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. – Женева, 1997. – С. 76.

*Удод А.А., Колосова О.В., Попов В.В., Смешко А.А.*

## ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИОННЫХ РАБОТ, ВЫПОЛНЕННЫХ ИЗ ФОТОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА, В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В стоматологической практике широкое применение получили восстановительные технологии, основанные на применении материалов светового отверждения. Для инициации полимеризации этих материалов используют неполяризованное излучение фотополимеризаторов, одной из основных физических характеристик которого является интенсивность светового потока. Высокая стартовая интенсивность может привести к развитию в фотокомпозиционном материале «полимеризационного стресса», следствием которого является его быстрая и значительная усадка. Для борьбы с негативными последствиями полимеризационной усадки был разработан метод «мягкого старта», при котором используется световой поток сначала низкой интенсивности (100 мВт/см<sup>2</sup>), а затем высокой (более 300 мВт/см<sup>2</sup>). Такой подход позволяет изменить скорость реакции полимеризации материала, удлинить её «текучую» фазу. Однако светового воздействия такой интенсивности не всегда достаточно для достижения оптимальных физических характеристик фотокомпозиционного материала.

В общемедицинской практике достаточно широко применяют поляризованный световой поток. Лабораторные исследования показали, что поляризация светового потока способствует более эффективному проникновению его через твердые ткани зубов и более плавной реакции полимеризации материала. На основании предварительно полученных результатов нами разработан метод, обеспечивающий оптимальные условия полимеризации реставрационных материалов поляризованным световым потоком.

**Целью** исследования была сравнительная клиническая оценка реставрационных работ из фотокомпозиционного материала через 18 месяцев при применении различных методов его полимеризации.

Проведена клиническая оценка 157 реставраций зубов из фотокомпозиата «Charisma» («Heraeus Kulzer») у 134 пациентов. В первой группе пациентов полимеризацию реставрационного материала проводили по методу «мягкого старта», во второй на материал воздействовали сначала поляризованным, а затем неполяризо-