

УДК 616.314.28:616.314.7]:616.314 - 001.4 - 08 - 084

Л. С. Лециук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**ПОРІВНЯННЯ ВІДТВОРЕННЯ АПРОКСИМАЛЬНОГО ПУНКТУ
У ЗУБАХ З ПОРОЖНИНАМИ II КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ ПРЯМОЮ КОМПОЗИТНОЮ
РЕСТАВРАЦІЮ ТА КОМПОЗИТНОЮ РЕСТАВРАЦІЮ З АРМУВАЛЬНИМ СТЕРЖНЕМ**

Ураження карієсом апроксимальних поверхонь всіх груп зубів займає ведуче місце серед інших локалізацій уражень зубів. Лікування патології даних ділянок, не зважаючи на великий вибір реставраційних матеріалів і різноманітних прилаштувань і пристроїв, являє значну складність і часто супроводжуються значною кількістю ускладнень, частина яких проявляється у найближчі терміни

Мета даного дослідження є покращення якості реставрацій апроксимальних контактних пунктів у зубах з порожнинами II класу за Блеком.

Матеріали і методи дослідження. Для дослідження відібрано 12 пацієнтів, віком 18-45 років з ортогнатичним прикусом, повними зубними рядами. У даної групи пацієнтів діагностовано каріозні ураження (II класу за Блеком) і виконано 8 прямих реставрацій з реставраційного матеріалу Gradia Direct (GS, Японія), та стержня з прескераміки; та 9 прямих реставрацій з цього ж матеріалу, але без включення у конструкцію стержня.

З метою збереження максимально прецензійної діагностики та аналізу клінічних результатів усі реставрації проходили декілька послідовних однакових етапів. А саме: усунення зубних відкладень; препарування порожнини; ізоляція зубів рабердамом; установка і фіксація матриці за допомогою клинків, фіксуючих кілець; моделювання на металевій матриці контактної точки гладилкою або штопфером, з асиметричною локалізацією ближче до вестибулярної поверхні зуба; щипцями по кутах матриці створення складок для кращого формування крайового валика; протравлення та силанізація поверхні порожнини зуба; порційне внесення фотокомпозитного матеріалу з поступовою його полімеризацією; обробка ділянки міжзубного контактної точки, крайового прилягання, кутів під'ясенної ділянки, оклюзійної поверхні зубів; перевірка якості відтвореного міжзубного контактної точки флосом та лавсановою матрицею. Таким чином було відтворено 8 апроксимальних поверхонь бічних зубів. У 9-ти реставраціях використовували модифікований нами метод відновлення контактних поверхонь бічних зубів, який відрізняється тим, що у порожнину відпрепарованого зуба під час прямої реставрації фотокомпозитними матеріалами вносять підготовлений (протравлений та силанізований) стержень з прескераміки у ділянку попередньо визначеного контактної точки, з подальшим заповненням порожнини композитним матеріалом світлової полімеризації. Використання стержня з прескераміки армує відновлену апроксимальну поверхню і зменшує стирання відновленого міжзубного контактної точки під час функціонування зуба.

Результати дослідження. При проведенні даного клінічного дослідження проведено порівняння основних характеристик реставрацій. Отримані результати дозволяють стверджувати про переваги прямої реставрації з використанням керамічного штифта над класичною прямою реставрацією за певними критеріями. При огляді пацієнтів із прямими класичними реставраціями через 3 місяці виявлено наявність тріщин емалі на межі переходу «емаль-композит» у 1 реставрації, чутливість після реставрації виявлена у 1 зубі, послаблення щільності міжзубних контактів у 3-ох зубах, тьмяності та зміни кольору реставрації не спостерігалось. При аналізі реставрацій із застосуванням керамічного стержня через 3 місяці тільки у одному зубі виявлена чутливість на температурний подразник, щільність міжзубних контактів у всіх зубах залишилась незмінно щільною, за всіма іншими критеріями порушень не виявлено.

Висновок. На основі проведеного клінічного дослідження, встановлено що апроксимальний контакт у всіх реставраціях, за запропонованою нами методикою, де використовувався керамічний стержень, виявився значно стійкішим до стирання, яке відбувається внаслідок оклюзійного навантаження. І як наслідок, дані реставрації є більш прогнозовані та стабільніші щодо щільності міжзубного контактної точки.



УДК 616.314+616.716.1/.4]-007.1-053.2(477.84)

Ю. М. Мартиць

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ АНОМАЛІЙ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ
ТА ЇХ СТРУКТУРИ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ М. ТЕРНОПОЛЯ**

За останні десятиріччя відмічається стрімкий ріст ортодонтичної патології у всіх країнах світу. Багато дослідників стверджують, що ріст розповсюдженості аномалій зубощелепної системи пов'язаний як із процесами урбанізації, так і з погіршенням характеру харчування населення, що через ряд поколінь призводить до пору-

шень фізичного розвитку, процесів формування і прорізування зубів, що в подальшому приводить до збільшення кількості зубощелепних аномалій.

Мета дослідження. Дослідити розповсюдженість аномалій зубощелепної системи та їх структуру серед дитячого населення м. Тернополя та визначити рівень потреби обстежуваних в ортодонтичному лікуванні.

Методи дослідження. Об'єктом дослідження були 372 школярів міста Тернополя віком від 6 до 12 років (період змінного прикусу). Дослідження здійснювалось шляхом проведення клінічного огляду ротової порожнини з використанням оглядових стоматологічних наборів. Оцінка стану зубощелепної системи проводилась на основі визначення виду прикусу в трьох площинах: сагітальній, трансверзальній і вертикальній та положення окремих зубів. Результати дослідження були зведені у вигляді таблиць для зручності їх аналізу.

Результати дослідження. В результаті обстеження 372 дітей нами встановлено, що ортодонтичного лікування потребує 50,27% із загального їх числа. Найрозповсюдженішою патологією зубощелепної системи виявлено аномалії прикусу в сагітальній площині, що становило 42,80% від всіх обстежених ортодонтичних хворих, з яких 74, 32% – діти з дистальним прикусом (Іклас за Енглем). На другому місці серед зубощелепних аномалій – патологія прикусу у вертикальній площині, що займає 23,92%, з яких 77,52% - діти з глибоким прикусом. У 20,97% обстежуваних виявлені аномалії положення окремих зубів зі збереженим великим ключем оклюзії, а 15,05% - обстежувані з порушенням прикусу у трансверзальній площині (односторонній або двохсторонній перекресний прикус).

Висновки. Виявлена велика розповсюдженість (50,27%) зубощелепних аномалій у дитячого населення м. Тернополя потребує невідкладних заходів по організації профілактики такої патології та ортодонтичної допомоги. Підвищення рівня обізнаності молодих батьків у ранній профілактиці зубощелепних аномалій, правильне вигодовування та харчування дітей, збільшення кількості лікарів-ортодонтів та покращення якості стоматологічного лікування призведе, на нашу думку, до зменшення розповсюдженості зубощелепних аномалій у майбутньому.



А. С. Мельничук, Р. С. Кашівська, У. Р. Василюшин

ВДНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ДИНАМІКА ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ У РІЗНІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Відомо, що складні і різноманітні зміни дистрофічного і запального характеру у разі генералізованого пародонтиту (ГП) спричинені як місцевими (мікробний фактор), так і загальними чинниками, зокрема, порушеннями всіх видів обміну: білкового, жирового, вуглеводного та мінерального гомеостазу. Встановлення деяких нез'ясованих патогенетичних механізмів розвитку ГП та регуляція виявлених порушень – важливе завдання сучасної стоматології, що і зумовлює **актуальність** нашого дослідження.

Мета дослідження. Встановити ефективність розробленого нами способу лікування за показниками білкового і кісткового обміну в різні терміни спостереження.

Матеріали і методи дослідження. У 33 хворих на ГП хронічного перебігу I-II ступеня із частковими дефектами зубних рядів III і IV класів за Кенеді досліджували: концентрацію загального білка (біуретовим методом реактивами фірми «Сімко», Україна), вміст оксипроліну (за методом О.Я. Склярєва), активність кислої фосфатази – КФ (реактивами фірми «Вітал Діагностікс» СПб, Росія), активність лужної фосфатази – ЛФ (реактивами фірми «Філісіт-Діагностика», Україна). Контролем слугували 27 здорових пацієнтів зі збереженими зубними рядами. До протезування мостоподібними металокерамічними конструкціями усім хворим здійснювали місцеву мануальну, протизапальну і протимікробну терапію (полоскання розчином «Гівалекс» та аплікації й інстиляції в пародонтальні кишені гелю «Метродент»), призначали всередину препарати «Остеогенон» (по 1 капс. 1 раз на день) та «Гінкго білоба-астрофарм» (по 1 табл. 3 рази на день) тривалістю 1 місяць. Пацієнтів обстежували до, відразу, через 6 і 12 місяців після лікування.

Результати дослідження. Встановлено, що у здорових рівень загального білка склав $3,90 \pm 0,18$ мг/мл. У хворих на ГП цей показник збільшувався в 1,19 рази, а після лікування знижувався в 1,18; 1,17 і 1,15 рази відразу, через 6 і 12 міс відповідно ($p < 0,05$). Уміст оксипроліну у здорових пацієнтів дорівнював $3,83 \pm 0,28$ мкг/мл, а у випадку ГП підвищувався до $5,83 \pm 0,17$ мкг/мл. Комплексна терапія сприяла зменшенню цього показника в 1,49 рази відразу, в 1,46 рази – через 6 і в 1,42 рази – через 12 місяців ($p < 0,001$).

Завдяки лікуванню активність КФ достовірно знижувалася з $165,64 \pm 11,48$ до $126,16 \pm 9,92$ нмоль/(с.л), тобто в 1,31 рази, перевищуючи показник здорових ($127,44 \pm 10,41$ нмоль/(с.л)). Досягнуті результати практично зберігалися через півроку і рік, незначно підвищившись до $129,16 \pm 9,92$ і $134,86 \pm 14,08$ нмоль/(с.л) відповідно ($p < 0,05$). Під впливом лікування активність ЛФ, навпаки, зростала. І, якщо до наших втручань цей показник дорівнював $770,57 \pm 81,14$ нмоль/(с.л), то після – $1105,32 \pm 65,85$; $1101,73 \pm 77,30$ і $1070,29 \pm 82,50$ нмоль/(с.л)