

## Порівняльна клінічна оцінка застосування армованих фотокомпозитних шин у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту

І.М. Печковська

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Важливу роль у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту відіграє шинування рухомих зубів, яке дає змогу об'єднати зубні ряди в єдину функціональну систему, рівномірно розподілити жувальне навантаження на зуби і альвеолярні відростки з різним ступенем ураження, покращити кровообіг тканин пародонта і досягти стійкої ремісії (стабілізації) дистрофічно-запального процесу [13]. Накопичено значний досвід застосування різних шинуючих ортопедичних конструкцій. У лікуванні хворих з повними зубними рядами чи з дефектами зубних рядів надають перевагу незнімним шинам, багатоланковим шинам та бюгельним протезам із шинуючими пристосуваннями, які дозволяють провести не тільки іммобілізацію рухомих зубів, але й створити зручний доступ для терапевтичних і хірургічних утручань. [5, 12]. Однак, шинування кожною з відомих конструкцій має, поряд з перевагами, і певні недоліки. Основні з них такі: травма ясенного краю і закриття доступу для терапевтичних і хірургічних процедур (коронкові шини), висока ймовірність розцементування і каріозного ураження (ковпачкові, кільцеві, напівкоронкові, балкові шини), значна травматизація твердих тканин зубів (коронкові шини, в тому числі й суцільнолітні з облицюванням пластмасою, композитами чи керамікою; внутрішньоопульпарні конструкції потребують депульпування усіх шинованих зубів), косметичний дефект (металеві коронкові, ковпачкові та екваторіальні шини); усі шини потребують роботи зубного техника і, як правило, ливарної лабораторії. Важливими недоліками є значні терміни, складність, трудомісткість і висока вартість виготовлення шин, що суттєво обмежує їх використання.

З появою фотополімерних композиційних матеріалів, адгезивних систем четвертого-восьмого покоління і тотального кислотного протравлювання твердих тканин зубів з'явилися нові можливості у шинуванні рухомих зубів [7, 11]. Останні роки цей вид шинування проводять з використанням армуючих волокон з метою підвищення міцності шини та стійкості захинованих зубів до жувального навантаження. Такі конструкції отримали назву адгезивних армованих шинуючих систем (ААШС) [2, 8, 9, 10].

ААШС дозволяють провести хворому шинування зубів в одне відвідування стоматологічного кабінету; немає необхідності в роботі зубного техника, ливарної лабораторії; вони не травмують тверді тканини зуба, або їх травма є мінімальною; зуби, як правило, залишаються живими; шинування дозволяє досягти високого косметичного ефекту. У пародонтології використовують в основному 2 групи волоконних арматур. До першої групи відносяться матеріали на основі органічної матриці – поліетилену: «Ribbond» («Ribbond, Inc.», США); «Connect», «Construct» («Kerr», США) та ін. Друга група представлена скловолоконною арматурою: «GlasSpan» («Glasspan», США); «Splint-it» («Jeneric/Pentron», США) «Fiber-Splint» («Polydentia», Швейцарія); «Поліглас» («ЕСТА», Україна) та ін. Клінічному застосуванню волоконних арматур для адгезивних шинуючих систем при захворюваннях пародонта присвячений ряд досліджень [1, 3, 4, 15]. ААШС іноземного виробництва мають високу собівартість, що обмежує їх широке застосування. Вітчизняні композити, адгезивні системи та волоконні арматури виготовляються відповідно до вимог міжнародних стандартів, проте мають значно меншу собівартість.

Існують поодинокі роботи про застосування вітчизняних ААШС [6; 8; 14], у яких не наведені довготривалі спостереження віддалених результатів шинування.

**Мета дослідження** - вивчити клінічну ефективність використання ААШС вітчизняного виробництва в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту та провести порівняння з зарубіжними аналогами

## Матеріал та методи дослідження

Дослідження проведені у групі з 62 хворих на генералізований пародонтит, яким за показаннями проводили шинування рухомих зубів. Переважну більшість обстежених пацієнтів склали жінки (43 особи – 69,4 %). 32 хворих (51,6 %) належали до вікової групи 36-60 років.

Хронічний перебіг генералізованого пародонтиту діагностований у 44 (71,0 %) осіб, загострений – у 18 (29,0 %) хворих. В цілому серед хворих переважали особи з II ступенем генералізованого пародонтиту (25 хворих – 40,3 %).

Усі хворі на генералізований пародонтит, були розподілені на 2 клінічні групи – основну і контрольну. Основну групу склали 37 хворих (59,7 %), яким для шинування рухомих зубів використовували ААШС вітчизняного виробництва – скловолоконну стрічку, обплетену поліефірними мікрОВОлокнами «Поліглас» («ЕСТА», Україна) з адгезивом цієї ж фірми. Приєднання до зубів проводили текучим композитом «Flow composite» («Оксомат-Діпол АН», Україна). В контрольну групу увійшли 25 (40,3 %) хворих, яким для шинування рухомих зубів застосовували скловолоконно «Glasspan» («Glasspan», США) і текучий композит «Revolution» («Kerr», США).

В усіх хворих було ретельно обстежено порожнину рота, і, зокрема, тканини пародонта: ясна, пародонтальні кишені, стан зв'язкового апарату зубів, кістки альвеолярного відростка, твердих тканин зубів. Оцінювали стан твердих тканин зубів, наявність контактних пунктів між зубами, а при їх відсутності – вимірювали розміри проміжків між контактними поверхнями коронок зубів. Звертали увагу на вид прикусу, аномалії прикусу та розміщення окремих зубів, їх нахил, особливо у вестибулярній ділянці щелеп, вид та глибину перекриття фронтальних зубів, співвідношення оклюзійних поверхонь бокових зубів верхньої та нижньої щелеп. Виявляли всі місцеві подразники, що сприяли виникненню дистрофічно-запального процесу в пародонті: каріозні порожнини, неповноцінні пломби, неякісні протези та ін. Особливу увагу приділяли наявності зубних відкладень, їх виду, консистенції, кількості та локалізації. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою спрощеного індексу гігієни (ОHI-S) за J. C. Green, J. R. Vermillion.

При оцінці стану ясен визначали колір, форму ясенних сосочків, кровоточивість, ступінь атрофії ясен, наявність в них запалення, висоту прикріплення вуздочок, тощо. Інтенсивність та розповсюдженість запального процесу в яснах визначали за допомогою проби Шіллера–Писарева у модифікації Д. Свракова. З метою якісного та кількісного відображення клінічного стану ясен і пародонта застосовували спеціальні індекси: кровоточивості за Н. R. Mühlemann, РМА за G. Parma та пародонтальний індекс (PI) за A. L. Russel. Патологічну рухомість зубів оцінювали за Д. А. Ентіним. Для діагностики травматичної оклюзії використовували двоколірний копіювальний папір. Стійкість капілярів ясен визначали методом дозованого вакууму за В. І. Кулаженком (1960). Про захисні реакції тканин пародонта і ступінь фагоцитозу свідчили дані міграції лейкоцитів у порожнину рота за М. А. Ясиновським (1931). Для дослідження вмісту пародонтальних кишень застосовували цитологічний метод за М. П. Покровським та М. С. Макаровою (1942) в модифікації І. А. Бенюмової (1962). Оцінку неспецифічної резистентності слизової оболонки порожнини рота і тяжкості патологічного процесу в пародонті проводили за допомогою реакції адсорбції мікроорганізмів (РАМ) клітинами епітелію слизової оболонки порожнини рота за методикою Т. А. Беленчук (1985).

Для визначення ступеня тяжкості захворювання, типу резорбції альвеолярної кістки та локалізації кісткових пародонтальних кишень кожному хворому проводили ортопантомографію, а за необхідності – й внутрішньоротову контактну рентгенографію. Клінічну оцінку стану шин проводили за критеріями оцінки ISO для реставрацій, розробленими на основі USPHS. Загальний стан організму хворих оцінювали на основі анамнестичних даних, при безпосередньому клінічному обстеженні,

за даними розгорнутого аналізу крові, а при необхідності – й за результатами обстеження іншими лікарями (терапевтом, ендокринологом, невропатологом та ін.).

Статистичну обробку результатів обстежень проводили за допомогою методів варіаційної статистики.

Шинування рухомих зубів. Клінічні та лабораторні обстеження були проведені 62 хворим на генералізований пародонтит, у комплексному лікуванні яких використовували адгезивне волоконне шинування (АВШ). Розподіл хворих в кожній з досліджуваних груп був приблизно однаковим як за ступенем і характером перебігу генералізованого пародонтиту, так і за ступенем рухомості зубів. Підготовка хворих до АВШ складалась із заходів місцевого та загального характеру. Місцеві заходи включали в себе терапевтичні, хірургічні та ортопедичні втручання.

Методика шинування. Перед початком шинування проводили антисептичну обробку порожнини рота, ретельно очищали зуби, що підлягали шинуванню. При I ступеню генералізованого пародонтиту з рухомістю фронтальних зубів I ступеня шину накладали, видаливши лише безпризменний шар емалі в ділянці фіксації шини.

При створенні паза в зубах спочатку проводили місцеву анестезію (Ultracain DS forte). Паз створювали при рухомості I–II, II ступенів: у верхніх фронтальних зубах – на піднебінній або вестибулярній поверхні, на нижніх фронтальних – з язикового боку, на жувальних зубах – у фісурах. Глибина паза була: в різцях і іклах 1-1,5 мм, в молярах та премолярах – 2 мм (в межах плащового дентину). З метою посилення шинуючого ефекту при II ступеню з вертикальною резорбцією альвеолярної кістки та при II–III ступеню генералізованого пародонтиту шину накладали на дві поверхні на фронтальних та на три поверхні – в бокових ділянках зубних рядів.

Необхідну довжину скловолоконної арматури попередньо відміряли флоссом. Ділянку відрізу обробляли адгезивом і полімеризували, а залишок арматури відрізали ножицями. Обробляли адгезивною системою протравлену поверхню зубів і арматуру. Полімеризацію адгезива в ділянці кожного зуба проводили відповідно до інструкцій (від 20 до 40 сек.).

Текучий композит «Revolution» (при шинуванні зубів «Glasspan») або «Flow composite»

(якщо шину робили з «Полігласу») наносили на зуби шаром, завтовшки 1-1,5 мм. Накладали на поверхню емалі або вводили у відпрепарований паз стрічку чи заповнений композитом джгутик і адаптували їх, починаючи з дистального боку (поетапно у ділянці кожного зуба). Після адаптації арматури до кожного зуба проводили фіксацію шини, полімеризуючи кожний фрагмент по 10 секунд. Адаптацію шини до фронтальних зубів проводили в кожному міжзубному проміжку за допомогою відрізків поліамідної нитки, натягнутих і зібраних в пасму. Поетапну направлену полімеризацію шини при обох варіантах адаптації арматури проводили у ділянці кожного зуба протягом 40 секунд. Наносили поверхневий шар композиту, моделювали й полімеризували його. Проводили перевірку оклюзійної поверхні за допомогою копіювального паперу, після чого шліфували та полірували поверхню виготовленої шини.

## Результати та їх обговорення

Усім 62 хворим було проведено АВШ рухомих зубів. З них у 24 (38,7 %) пацієнтів були зашиновані зуби у фронтальній ділянці верхньої чи нижньої щелепи; 8 (12,9 %) – в передніх ділянках обох щелеп; у 21 (33,9 %) пацієнтів були зашиновані зуби передньої і бокової ділянок щелепи; у 9 (14,5 %) хворих – фронтальної і обох бокових ділянок зубного ряду. Усього хворим було накладено 70 АВШ, з них – пацієнтам основної групи – 42 (60,0 %), хворим контрольної – 28 (40,0 %) шин. Передні зуби однієї з щелеп були зашиновані в 14 (37,8 %) хворих основної та у 10 (40,0 %) пацієнтів – контрольної груп. В передніх ділянках обох щелеп 5 (13,5 %) хворим основної групи було виготовлено – 10 шин, 3 (12,0 %) пацієнтам контрольної – накладено 6 шин. У передній і боковій ділянках однієї щелепи АВШ були накладені: 12 (32,4 %) хворим основної та 8 (32,0 %) пацієнтам – контрольної груп. Рухомі зуби в передній і двох бокових ділянках щелепи були іміобілізовані у 6 (16,2 %) хворих основної та у 4 (16,0 %) пацієнтів – контрольної груп. Оцінку ефективності АВШ зубів проведено безпосередньо (протягом тижня після накладення шин), у найближчі (через 1 та 6 місяців) та віддалені (через 12, 18, 24 та 36 місяців) строки.

**Безпосередні результати** АВШ оцінювали на основі повноцінного функціонування ши-

нованих зубів; оцінки стану шин; рухів губ та язика; правильності вимови окремих звуків; косметичного ефекту шин. Вже в перші дні після АВШ всі хворі повноцінно подрібнювали їжу. Окремі хворі відчували незначний дискомфорт, який був усунений або минув через 3-4 дні, після адаптації до шин. **Найближчі результати** АВШ оцінювали у всіх 62 (100 %) хворих через 1 та 6 місяців після його проведення. Через 1 місяць всі шини отримали за критеріями USPHS оцінку  $\alpha$ .

Клініко-рентгенологічний стан тканин пародонта в через 6 місяців після шинування оцінювали за трибальною системою: «добре», «задовільно», «незадовільно». Добрими результатами лікування вважали суттєве зниження або зникнення всіх ознак запалення: усунення кровоточивості, гіперемії, набряку ясен, гноевиділення з пародонтальних кишень і зменшення їх глибини. Головним критерієм в оцінці результатів лікування вважали регенерацію кісткової тканини в межах кісткових кишень, а часто, й відновлення цілісності компактної пластинки у хворих з загостреним перебігом генералізованого пародонтиту, або відновлення цілісності компактної пластинки чи ущільнення міжальвеолярних перегородок у хворих з хронічним перебігом. До задовільних результатів відносили усунення ознак запалення без ознак регенерації кісткової тканини. Подальше прогресування захворювання з усіма проявами запального компонента і продовженням деструкції кістки альвеолярного відростка давало підставу вважати результати незадовільними. Клінічно через 6 місяців після комплексного лікування у 60 (96,8 %) з 62 хворих обох груп спостерігали усунення запалення ясен, припинення кровоточивості, гноевиділення з пародонтальних кишень, від-

сутність рецидивів абсцедування, зменшення глибини пародонтальних кишень, нормалізацію лабораторних показників, незалежно від виду скловолоконних арматур, що використовувалися при АВШ. Рентгенологічно виявлялась регенерація кісткової тканини альвеолярного відростка у хворих двох клінічних груп, переважно у пацієнтів, в яких до лікування був діагностований загострений перебіг захворювання. Стан кісткової тканини альвеолярного відростка щелеп через 6 місяців після АВШ контролювали у всіх 62 (100 %) хворих за допомогою рентгенографії. В 60 (96,8 %) хворих з успішними результатами лікування спостерігалось ущільнення міжальвеолярних перегородок, регенерація кістки в межах кісткових кишень, формування чи утворення «вторинних кортикальних пластинок» або стан кісткової тканини відповідав її стану до лікування. У 2 (3,2 %) хворих з незадовільними результатами лікування на рентгенограмах відмічали прогресування резорбції кістки альвеолярного відростка. Добрі клініко-рентгенологічні результати лікування були відмічені у 35 (56,5 %) осіб, з яких 21 (56,8 %) хворих належали до основної та 14 (56,0 %) – до контрольної груп ( $p > 0,05$ ). Задовільні результати АВШ відмічені у 25 (40,3 %) пацієнтів, з них – у основній у 15 (40,5 %) осіб, у контрольній групі – у 10 (40,0 %) хворих. Незадовільні результати отримані у 2 (3,2 %) хворих (по 1 в кожній клінічній групі – 2,7 % та 4,0 % відповідно).

Результати лікування відповідно до характеру перебігу генералізованого пародонтиту представлені у таблиці 1.

Встановлено, що шинування рухомих зубів кожним з видів скловолоконних арматур («Поліглас» чи «Glasspan») сприятливо впли-

**Таблиця 1.**

*Результати лікування пацієнтів залежно від характеру перебігу генералізованого пародонтиту через 6 місяців після шинування.*

Група хворих	Результати					
	добрі		задовільні		незадовільні	
	загострений перебіг	хронічний перебіг	загострений перебіг	хронічний перебіг	загострений перебіг	хронічний перебіг
Основна (n=37) 100 %	11 29,7 %	10 27,1 %	1 2,7 %	14 37,8 %	0 0,0 %	1 2,7 %
Контрольна (n=25) 100 %	7 28,0 %	7 28,0 %	1 4,0 %	9 36,0 %	0 0,0 %	1 4,0 %

вало на тканини пародонта шляхом створення умов для пригнічення дистрофічно-запального процесу та регенерації кістки альвеолярного відростка. Стан шин через 6 місяців після шинування отримав за критеріями USPHS оцінку  $\alpha$ .

Віддалені результати комплексного лікування генералізованого пародонтиту простежені у терміни через 12 місяців у 43 хворих, через 18 місяців – у 36, через 24 місяці – у 32 і через 36 місяців – у 21 хворих. Через 12 місяців клінічні показники стану пародонта залишалися стабільними. На рентгенограмах 41 (95,3 %) хворих з успішними результатами лікування простежувалось подальше ущільнення міжальвеолярних перегородок та завершення формування «вторинних кортикальних пластинок», або (при задовільних результатах) стан альвеолярного відростку відповідав його стану до шинування. Клініко-рентгенологічні показники обстеження 36 хворих через 18 місяців показали успішні результати лікування у 34 (94,4 %) осіб, з них добрі результати отримані у 11 (55,0 %) пацієнтів основної та у 7 (50,0 %) хворих – контрольної груп. Віддалені (через 2 роки) результати спостереження за адгезивними шинами, армованими скловолоннами, наведені в таблиці 2.

**Таблиця 2.**

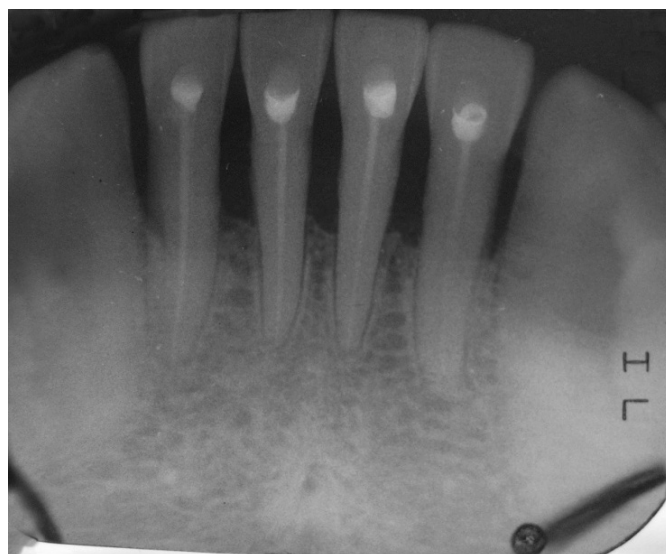
**Стан адгезивних скловолонконних шинуючих систем через 2 роки.**

Критерії оцінки	Позитивний результат (оцінки за критерієм $\alpha$ )	
	Групи	
	основна	контрольна
Стабільність кольору	22 (91,7 %)	16 (88,9 %)
Гладкість поверхні	22 (91,7 %)	16 (88,9 %)
Форма шини	23 (95,8 %)	17 (94,4 %)
Крайове прилягання	22 (91,7 %)	16 (88,9 %)
Щільність приєднання шини до зубів	22 (91,7 %)	16 (88,9 %)
Цілісність шини	23 (95,8 %)	17 (94,4 %)
Всього	24 (100 %)	18 (100 %)

Стійкі позитивні клініко-рентгенологічні результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням АВШ у віддалені строки спостереження (че-

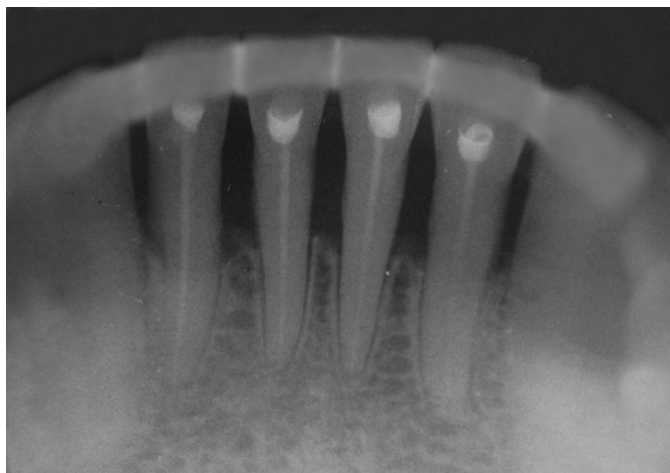
рез 12, 18, 24 та 36 міс.) були відмічені відповідно: у хворих основної групи – в 96,2 %, 95,2 %, 94,7 % та 92,3 %; у пацієнтів контрольної групи – в 94,1 %, 93,3 %, 92,3 % та 87,5 %.

Наводимо приклад клінічного спостереження за хворою Т., 22 років, діагноз: генералізований пародонтит, I–II–III ступінь, загострений перебіг. На рентгенограмі 32, 31, 41, 42 зубів до лікування (ділянка з II–III ступенем захворювання) резорбція міжальвеолярних перегородок визначається в межах 1/2–2/3 довжини коренів зубів, значно виражений остеопороз, рівномірне розширення періодонтальних щілин по всій довжині коренів зубів (рис. 1).

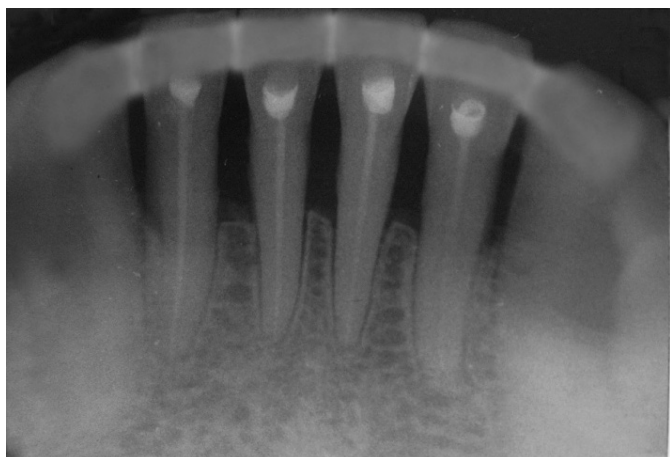


**Рис. 1.** Рентгенограма 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубів хворої Т. до лікування.

Проведено: професійну гігієну порожнини рота, усунення травматичної оклюзії вибірко-вим пришліфовуванням зубів, тимчасове шинування зубів у фронтальних ділянках обох щелеп, клаптеві операції у всіх ділянках обох щелеп з імплантацією ксеногенного остеопластичного матеріалу. Після загоєння м'яких тканин пародонта тимчасові шини були замінені на ААШС з використанням «Полігласу» та попереднім утворенням паза. На рентгенограмі через 6 місяців після шинування (рис. 2) визначається формування «вторинних кортикальних пластинок» на верхівках міжальвеолярних перегородок та зменшення остеопорозу. На рентгенограмі через 3 роки (рис. 3) відмічається утворення «вторинних кортикальних пластинок» міжальвеолярних перегородок між 31, 32; 31, 41; 41, 42 зубами та подальше зменшення остеопорозу.



**Рис. 2.** Рентгенограма хворої Т. через 6 місяців після шинування.



**Рис. 3.** Рентгенограма хворої Т. через 3 роки після шинування.

## Висновки

Клініко-лабораторне обстеження хворих на генералізований пародонтит, в комплексному лікуванні яких були застосовані адгезивні шини, армовані вітчизняними скловолокнами, показало їх мінімальний подразнюючий вплив на тканини пародонта та сприяння процесу стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті. Порівняльна оцінка результатів шинування рухомих зубів вітчизняними ААШС у найближчі та віддалені терміни спостереження підтвердила високу ефективність їх використання у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Стійкі позитивні результати лікування через 2 роки відмічено у 94,7 % пацієнтів. Ці результати достовірно не відрізняються від даних групи порівняння (92,3 %), в якій були використані шини зі скловолокном «Гласспен» (США).

## Литература

1. Акулович А. В. Применение системы «Splint-It!» для шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта / А. В. Акулович, В. П. Рогатнев // Новое в стоматологии. – 2000. – № 4. – С. 3-12.
2. Бакшутова Н. А. Современные методики шинирования при заболеваниях пародонта / Н. А. Бакшутова, И. А. Головня, А. М. Заверная // Современная стоматология. – 2000. – № 2. – С. 37-40.
3. Безсмертний А. А. Сумісне застосування волоконного адгезивного шинування зубів з диференційованою остеотропною терапією в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А. А. Безсмертний. – Донецьк, 2004. – 17 с.
4. Белоусов Н. Н. Адгезивные шины – современный метод выбора при шинировании зубов / Н. Н. Белоусов, О. А. Петрикас // Новое в стоматологии. – 2000. – № 4. – С. 75-77.
5. Біда В. І. Обґрунтування вибору конструкцій зубних протезів при захворюваннях тканин пародонта / В. І. Біда, О. А. Омель'яненко, О. М. Дорошенко // Дентальные технологии. – 2008. – № 4. – С. 28-33.
6. Бойко О. Б. Малоинвазивное шинирование зубов / О. Б. Бойко. - Ровно : Б. в., 2004. – С. 1-5.
7. Борисенко А. В. Шинирование зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта / А. В. Борисенко // Дентальные технологии. – 2001. – № 2. – С. 12-17.
8. Бургонский В. Г. Клиническая оценка систем и методов шинирования зубов в комплексном лечении болезней пародонта / В. Г. Бургонский, И. А. Крикотун // Современная стоматология. – К., 2002. – № 2. – С. 52-55.
9. Вишняк Г. Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) / Г. Н. Вишняк. – К., 1999. – 216 с.
10. Зайцев Л. А. Новый подход к применению адгезивной технологии при шинировании подвижных зубов / Л. А. Зайцев // Стоматолог. – 2002. – № 9. – С. 8-9.
11. Підлісний Р. В. Застосування композитних матеріалів, армованих штучними волокнами, для виготовлення пародонтальних шин / Р. В. Підлісний // Новини стоматології. – 2002. – № 1. – С. 14-17.
12. Рожко М. М. Ортопедична стоматологія / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – К. : Книга плюс, 2008. – 576 с.

13. Терапевтическая стоматология. – Т 3: Заболевания пародонта / [ Данилевський Н. Ф., Борисенко А. В., Политун А. М. и др. ]; под ред. А. В. Борисенко. – К. : Медицина, 2013. – 616 с.

14. Соловьев М. Ф. Отечественный волоконный связующий материал «Полиглас» / М. Ф. Соловьев // Современная стоматология. – 2001. – № 1. – С. 4-5.

15. Страсслер Г. Е. Пародонтальное шинирование с помощью Ribbond ТНМ / Г. Е. Страсслер // Современная стоматология. – 2012. – № 4. – С. 28-32.

### ПОРІВНЯЛЬНА КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ АРМОВАНИХ ФОТОКОМПОЗИТНИХ ШИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

*І. М. Печковська*

**Мета** – вивчити клінічну ефективність використання ААШС вітчизняного виробництва в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту та провести порівняння з зарубіжними аналогами

**Матеріал та методи.** Клінічні та лабораторні дослідження проведені 62 хворим на генералізований пародонтит, яким шинували рухомі зуби. Пацієнтів розподілили на 2 клінічні групи. Основну групу склали 37 хворих (59,7 %), яким для шинування рухомих зубів використовували ААШС вітчизняного виробництва – скловолоконну стрічку, обплетену поліефірними мікроволоконками «Поліглас» («ЕСТА», Україна) з адгезивом цієї ж фірми. Приєднання до зубів проводили текучим композитом «Flow composite» («Оксомат-Діпол АН», Україна). В контрольну групу увійшли 25 (40,3 %) хворих, яким для шинування рухомих зубів застосовували скловолоконно «Glasspan» («Glasspan», США) і текучий композит «Revolution» («Kerr», США). Клініко-рентгенологічні та лабораторні дослідження визначили ефективність вітчизняних скловолоконних шин у порівнянні з зарубіжними аналогами.

**Результати.** Стійкі позитивні клініко-рентгенологічні результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням ААШС у віддалені строки спостереження (через 12, 18, 24 та 36 міс.) відмічені: у хворих основної групи – в 96,2%, 95,2 %, 94,7 % та 92,3 %; у пацієнтів контрольної групи – в 94,1 %, 93,3%, 92,3 % та 87,5 %.

**Висновки.** Клініко-лабораторне обстеження хворих на генералізований пародонтит, в комплексному лікуванні яких були застосовані адгезивні шини, армовані вітчизняними скловолоконками, показало їх мінімальний подразнюючий вплив на тканини пародонта та сприяння процесу стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті. Порівняльна оцінка результатів шинування рухомих зубів вітчизняними ААШС у найближчі та віддалені терміни спостереження підтвердила високу ефективність їх використання у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Стійкі позитивні результати лікування через 2 роки відмічено у 94,7 % пацієнтів. Ці результати достовірно не відрізняються від даних групи порівняння (92,3 %), в якій були використані шини зі скловолоконно «Гласпен» (США).

**Ключові слова:** генералізований пародонтит, шинування зубів, адгезивні армовані шинуючі системи (ААШС).

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ АРМИРОВАННЫХ ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ШИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

*И.М. Печковская*

**Цель.** Изучить клиническую эффективность использования ААШС отечественного производства в комплексном лечении генерализованного пародонтита и провести сравнение с зарубежными аналогами

**Материал и методы.** Клинические и лабораторные исследования проведены 62 больным генерализованным пародонтитом, которым шинировали подвижные зубы. Пациентов распределили на 2 клинические группы. Основную группу составили 37 больных (59,7 %), которым для шинирования подвижных зубов использовали ААШС отечественного производства – стекловолоконную ленту, оплетенную полиэфирными микроволоконками «Полиглас» (ЭСТА, Украина) с адгезивом этой же фирмы. Присоединение к зубам проводили текучим композитом «Flow composite» («Оксомат-Дипол АН», Украина). В контрольную группу вошли 25 (40,3 %) больных, которым для шинирования подвижных зубов применяли стекловолоконно «Glasspan» («Glasspan», США) и текучий

композит «Revolution» («Kerr», США). Клинико-рентгенологические и лабораторные исследования определили клиническую эффективность отечественных стекловолоконных шин в сравнении с зарубежными аналогами.

**Результаты.** Устойчивые положительные клинико-рентгенологические результаты комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом с использованием ААШС в отдаленные сроки наблюдения (через 12, 18, 24 и 36 мес.) отмечены: у больных основной группы – в 96,2%, 95,2 %, 94,7 % и 92,3 %; у пациентов контрольной группы – в 94,1 %, 93,3%, 92,3 % и 87,5 %.

**Выводы.** Клинико-лабораторное обследование больных генерализованным пародонтитом, в комплексном лечении которых применены адгезивные шины, армированные отечественными стекловолокнами, показало их минимальное раздражающее влияние на ткани пародонта и содействие процессу стабилизации дистрофически-воспалительного процесса в пародонте. Сравнительная оценка результатов шинирования подвижных зубов отечественными ААШС в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения подтвердила высокую эффективность их использования в комплексном лечении больных генерализованным пародонтиом. Стойкие положительные результаты лечения через 2 года отмечены у 94,7 % пациентов. Эти результаты достоверно не отличаются от данных группы сравнения (92,3 %), в которой были использованы шины со стекловолокном «Гласспен» (США).

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, шинирование зубов, адгезивные армированные шинующие системы (ААШС).

#### COMPARATIVE CLINICAL EVALUATION OF REINFORCED TIRE PHOTOCOMPOSING APPLICATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF GENERALIZED PERIODONTITIS

*I. M. Pechkovska*

**Purpose.** To study the clinical effectiveness of using AASS domestic production in complex

treatment of generalized periodontitis and to compare the parameters with foreign analogues

**Material and methods.** Clinical and laboratory studies conducted for 62 patients with generalized periodontitis, whom movable teeth were splinted. The patients were divided into two clinical groups. The study group comprised 37 patients (59.7 per cent), which for splinting of mobile teeth used AASS domestic production of fiberglass tape, braided polyester microfibers “Polglish” (ESTA, Ukraine) with the primers of the same company. Joining teeth held flowable composite “composite Flow” (“Oksomat-Dpol the Academy”, Ukraine). The control group included 25 (40,3 %) patients, who for splinting of mobile teeth used fiberglass “Glasspan” (“Glasspan”, USA) and flowable composite “Revolution” (“Kerr”, USA). A clinical, radiological and laboratory tests allowed to determine the clinical effectiveness of domestic fiberglass tires in comparison with foreign analogues.

**Results.** Sustained positive clinical and radiographic results of complex treatment of generalized periodontitis using AASS in remote periods of observation (12, 18, 24 and 36 months), respectively: patients of basic group – in 96,2%, 95,2 %, 94,7 % and 92.3 %; of patients in the control group – in 94.1 %, 93.3%, and 92.3% and 87.5 per cent.

**Conclusions.** Clinical and laboratory examination of patients on the generalized periodontitis underwent complex treatment with adhesive splints, reinforced domestic optical fibers, showed their minimum irritating effect on periodontal tissues and facilitate the process of stabilization of dystrophic-inflammatory process in the periodontium. Comparative evaluation of the results of splinting of mobile teeth AASS in domestic short-and long-term follow-up confirmed the high efficiency of their use in the complex treatment of patients generalized periodontitis. Persistent positive results of treatment through 2 years was observed in 94.7% of patients. These results are not significantly different from the comparison group (92,3 %), which were used tires with fiberglass “Glasspan” (USA).

**Key words:** generalized periodontitis, splinting of teeth, adhesive reinforced sinuous system (AASS).