

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОМЕРА DYRACT XR ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Н.О. Савичук¹, Е.А. Парпалей¹, Н.А. Сороченко¹, Л.В. Бондаренко², В.А. Тимохина², Л.Е. Поддубная²,
Н.В. Стасюк², В.В. Ратушна², М.А. Хаванская²*

¹Кафедра стоматологии детского возраста

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Консультативно-диагностическая поликлиника

Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ», г. Киев, Украина

Цель: изучить эффективность применения компомера Dyract XR (Densply) при восстановлении дефектов твердых тканей постоянных зубов у детей.

Пациенты и методы. Клинические наблюдения с использованием компомера Dyract XR при восстановлении кариозных дефектов твердых тканей проведены у 40 пациентов 8–17-летнего возраста, пролечено 77 постоянных зубов. В контрольной группе (25 детей) лечение кариеса 58 постоянных зубов проведено с использованием гибридного композита светового отвердевания.

Результаты. Полученные через год данные подтвердили эффективность использования компомера Dyract XR у 90,91 % детей. Материал дает низкий процент осложнений (9,09 %) у пациентов с высокой степенью риска развития кариеса (против 17,08 % в группе сравнения).

Выводы. Компомер Dyract XR (Densply) обеспечивает высокую клиническую эффективность у детей с высокой степенью риска развития кариеса постоянных зубов.

Ключевые слова: дети, кариес, постоянные зубы, компомер Dyract XR, эффективность.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на широкий ассортимент современных пломбировочных материалов, выбор и совершенствование восстановительных технологий, профилактика вторичного кариеса является актуальной проблемой стоматологии. Научно доказано, что развитие вторичного кариеса зубов может быть обусловлено как свойствами самих пломбировочных материалов (усадка, разгерметизация, несовершенство бондинг-системы и пр.), так и погрешностями в технологии препарирования, провоцирующими возникновение стресса на границе «зуб-пломба», что в целом ухудшает краевое прилегание и способствует образованию микрощелей. По поводу вторичного кариеса осуществляется около 40 % всех терапевтических стоматологических манипуляций [14].

Как показывает практика, вторичный кариес диагностируется чаще при использовании традиционных цементных материалов (в 23,33 % случаев) и амальгамы (15,38 %), чем при изготовлении пломб из композитных материалов (8,54 %) [15]. С другой стороны, уровень индивидуальной кариесрезистентности также имеет существенное значение. У пациентов детского и подросткового возраста часто диагностируются множественные очаги деминерализации, локализующиеся преимущественно в пришеечных и контактных областях зубов, которые при отсутствии своевременного лечения склонны к быстрому прогрессированию кариозного процесса. Зубные ткани с низкой минерализацией имеют низкий потенциал сопротивления относительно агрессивного воздействия кариесогенных факторов. При низкой резистентности нарушение краевой целостности и вторичный кариес встречаются значительно чаще, чем при высокой. Поэтому выбор качественных, высоко эстетичных, прочных и долговечных реставраций остается актуальным для детской стоматологии, поскольку созревающие зубные ткани детей особенно нуждаются в противокариозной экстразащите.

Первоочередными критериями выбора пломбировочного материала для детской стоматологической практики являются: возраст пациента, риск возникновения кариеса, механическая прочность, низкая усадка, надежная адгезия к тканям зуба, износостойкость, отсутствие токсичности, кариеспрофилактический эффект, эстетичность, хорошая полируемость, удобство в работе, отсутствие отрицательного влияния на сформированный биоценоз полости рта, простота, универсальность [4, 5, 6].

В настоящее время для профилактики вторичного кариеса предложено большое количество пломбировочных материалов, различающихся механизмом и прочностью адгезии к твердым тканям зуба. Сочетание эффективной гигиены полости рта и фторидсодержащих пломбировочных материалов обеспечивают высокую клиническую эффективность лечения и профилактики вторичного кариеса. Это подтверждается достоверным снижением частоты развития рецидивирующего кариеса при низкой интенсивности индекса зубного налета [1, 3, 16].

Стеклоиономерные цементы (СИЦ) прочно вошли в детскую стоматологическую практику. Им свойственна хорошая биологическая совместимость, однако такие качества, как низкая прочность, шероховатость поверхности, непрозрачность структуры, в значительной мере ограничивают возможности более широкого их применения. Композитные пломбировочные материалы, напротив, выгодно отличаются по этим свойствам, но у них нет способности длительного выделения фтора. В 1993 г. посредством модификации состава и структуры композита был получен пломбировочный материал, соединяющий свойства стеклоиономеров и композитов. Этот материал получил название «компомер» (компо- + -мер). По свойствам и структуре компомеры (гласмозиты или полиацидные композиты) ближе к композитам, чем к стеклоиономерам. От композитов они унаследовали эстетические свойства, большую цветовую гамму, а также удобные

рабочие характеристики – отсутствие вязкости, пластичность. Они обладают хорошей полируемостью, одноконтентны. Прозрачность композитов практически не уступает прозрачности композитов; они имеют большую, чем у стеклоинономеров, прочность. От стеклоинономерных цементов композиты унаследовали химическую адгезию к твердым тканям зуба, коэффициент термического расширения (КТР), близкий КТР тканей зуба, выделение фторидов, низкую растворимость, адгезию к цементу зуба, незначительную усадку. Главным и важным отличием между стеклоинономерами и композитами является то, что в СИЦ кислота присутствует как полимер, в то время как в композите кислота – это мономер, а полимер образуется путем полимеризации мономеров во время светоотверждения в реставрации. Основные особенности композитов заключаются в их структуре (реактивный наполнитель и кислотномодифицированная органическая матрица) и свойствах (наличие двух реакций полимеризации: свободнорадикальной и кислотно-основной, способность к длительному выделению ионов фтора и прикреплению к тканям зуба при помощи адгезивной системы). Органическая матрица композитов состоит из обычного для композитов мономера, модифицированного поликарбоксильными кислотными группами. Наличие метакрилатов позволяет образовывать длинные полимерные цепи, подобно композитам, а кислотные группы взаимодействуют с реактивным наполнителем подобно стеклоинономерам. Обычно композиты являются светоотверждаемыми материалами. Композит не содержит воды. Кислотно-основная реакция (между стеклом и кислотным мономером) может происходить только в водной среде и начинается после пропитывания композита влагой в полости рта. Водопоглощение происходит в течение нескольких месяцев, вследствие чего объем пломбы увеличивается примерно на 2%. Неорганический наполнитель состоит из частиц стронций-фторсилкатного стекла и фтористого стронция, измельченных до 0,8–1 мкм. Содержание наполнителя составляет 70–73% по массе. Твердение композитов происходит в два этапа. В результате полимеризации мономера достигается первичная твердость. После прохождения кислотно-основной реакции прочность повышается. Свойства стеклоиномера раскрываются постепенно и только после того, как материал сначала использовали и полимеризовали как композит [1, 9].

Наиболее целесообразно применять композиты в небольших полостях без значительной окклюзионной нагрузки (III, IV, V классы по Black) при необходимости дополнительного противодействия кариесу. Некоторые композиты применяются также для пломбирования полостей I и II классов.

Поскольку композиты высокочувствительны к влаге, их выпускают в герметично упакованных контейнерах. После извлечения материала из контейнера его можно использовать в течение 2–3 недель, так как влага воздуха может вызвать кислотно-основную реакцию. Полимеризационная усадка составляет около 3% (у жидких композитов 5%) и почти компенсируется объемным гигроскопическим расширением. Поскольку композиты относятся к полимерным пломбировочным материалам и не являются самоадгезивными (за исключением фиксационных композитных цементов), для их приклеивания к тканям зуба применяют адгезивные системы. В большинстве случаев подготовленную полость обрабатывают полимерным праймер-адгезивом.

В детской стоматологической практике используют различные композиты: Dyract, Dyract AP, Dyract flow, Dyract eXtra (Dentsply); Glasiosite, Twinky Star (VOCO); Compoglass F, Compoglass flow (Vivadent); Elan (Kerr); MagicFil (DMG) и другие.

По консистенции различают:

- композиты обычной консистенции (средней плотности) – Dyract, Dyract eXtra, Glasiosite, Twinky Star, MagicFil, Hytac, Elan, Compoglass F;
- композиты с повышенной текучестью (низкой плотности) – Dyract Flow, Compoglass Flow;
- пакетируемые композиты («упрочненные») – Dyract AP.

С увеличением доли органических компонентов физические свойства композитов ухудшаются.

Недостатками первых композитов, например Dyract (Dentsply), F 2000 (3M), Hytac (ESPE), являлись недостаточная прочность на сжатие, низкая износостойкость и неудовлетворительная полируемость. Для устранения данных недостатков фирмы-производители улучшили их физико-механические свойства путем уменьшения размера частиц стекла и модификации молекулы композитного мономера за счет поперечных связей. Это значительно увеличило прочность, износостойкость, улучшило эстетические качества композитов, расширяя при этом показания к их применению [7].

Семейство реставрационных материалов Dyract (Dentsply) принадлежит к числу наиболее часто используемых реставрационных материалов в мире. 19 лет клинического опыта и успеха задокументированы в 45 клинических исследованиях и более чем в 600 научных работах в медицинской библиотеке PubMed. Это возводит семейство реставрационных материалов Dyract в ранг образцовой ролевой модели доказательной стоматологии. Главной характеристикой этой группы материалов является выраженный кариесстатический эффект за счет длительного выделения фтора, что определяет их эффективность при повышенной активности кариеса [7, 8].

Dyract XP принадлежит к третьему поколению композитов, разработанных компанией Dentsply, и является вторым брендом материала Dyract eXtra [1]. Dyract XP – реставрационный материал светового отверждения для полостей всех классов во фронтальных и жевательных зубах. Ширина полости должна быть меньше 2/3 дистанции до бугорково-фиссурного контакта с зубами-антагонистами. Адекватная эластичность за счет низкого модуля упругости позволяет применять Dyract XP и для пломбирования пришеечных полостей. Материал проявляет кариесстатические свойства в симулированных кариесогенных условиях *in vitro*. Исследование *in situ* доказывает, что Dyract XP обеспечивает профилактический антикариозный эффект на аппроксимальных поверхностях. Пломбы из материала Dyract XP действуют как кислотный буфер по всей поверхности структуры зуба. Целесообразным является его выбор для кариесвосприимчивых пациентов. Данный материал обладает кремообразной консистенцией, обеспечивающей легкость внесения, быстрым светоотверждением в комбинации с достаточным рабочим временем, легкой полировкой, улучшенной сопротивляемостью стираемости и абразивному действию по сравнению с Dyract AP, физическими свойствами хорошего композита, удлиненным сроком годности [1]. Цветовая гамма Dyract XP модифицирована и представляет наиболее часто используемые оттенки по шкале VITA (B1, A2, A3, A3.5). При этом композит обладает свойством «хамелеона» (рис. 1) [13].

Состав композита Dyract XP многокомпонентный, он включает:

- уретан-диметакрилат (UDMA);
- диметакрилат, модифицированный карбоновой кислотой (TCB resin);
- триэтиленгликоль-диметакрилат (TEGDMA);
- триметакрилатная пластмасса;
- диметакрилатные смолы;
- камфорохинон;
- этил-4-диметиламинобензоат;

- бутилат гидроокиси толуена (ВНТ);
- стабилизатор УФ;
- стронциево-алюминиево-натриево-фторо-фосфоросиликатное стекло;
- высокодисперсный диоксид силикона;
- фторид стронция;
- пигменты на основе оксида железа и диоксида титана.

Противопоказаниями к применению Dugact XP являются аллергические реакции на акрилатные и метакрилатные пластмассы или другой компонент адгезива; полости I и II классов, продольные размеры которых превышают 2/3 межбугоркового расстояния; надстройка культи зуба.



Рис. 1. Dugact XP – компомер 3-го поколения.

Обязательными условиями применения Dugact XP является проведение профессиональной гигиены полости рта накануне лечения, а непосредственно перед реставрированием – контролируемой чистки зубов.

После очищения зуба щеточкой и пастой без фтора, когда зубы еще достаточно увлажнены, с помощью расцветки, входящей в комплект материала, выбирают нужный оттенок, обращая внимание на центральную часть соответствующего зуба по шкале VITA.

Препарирование твердых тканей проводят в соответствии с принципами «профилактического пломбирования» с учетом сведения к минимуму риска возникновения рецидивного кариеса, при необходимости адекватно обезболивая реставрируемые зубы. При реставрациях II класса проводят установку матрицы и расклинивание. При наличии показаний к непрямой пульпотерапии применяются кальцийсодержащие препараты. Материал используется после нанесения совместимого дентинного/эмалевого адгезива на основе (мет)акрилатов. Производителем рекомендуются самопротравливающий адгезив Xeno или адгезив тотального протравливания Prime&Bond NT. Для обеспечения адекватной изоляции рекомендуется использование кофердама, поскольку контакт со слюной, кровью и жидкостью десневой бороздки может стать причиной неудачной реставрации.

Сегодня используют две методики проведения адгезивной подготовки: техника тотального протравливания и техника самопротравливания. Применение самопротравливающих адгезивов упрощает технику адгезивной подготовки, так как она исключает необходимость проведения отдельного этапа травления эмали и дентина. Методика их использования заключается в одновременном нанесении адгезива на эмаль и дентин, втирании в твердые ткани зуба, экспозиции и полимеризации. При этом протравливание, пропитывание поверхностных слоев и формирование гибридного слоя происходят одновременно. Уменьшение количества этапов при проведении адгезивной обработки сводит к минимуму количество ошибок в процессе работы. Как показали результаты клинического, лабораторного и электронно-микроскопического исследований, самопротравливающая система позволяет получить результат, сопоставимый с таковым при использовании адгезивной системы для техники тотального травления [5]. По данным электрометрии, самопротравливающая система обеспечивает плотное прилегание пломбировочного материала к тканям зуба, как непосредственно после пломбирования ($0,1 \pm 0,04 - 0,2 \pm 0,03$ мкА), так и через 18 месяцев ($1,3 \pm 0,3 - 2,0 \pm 0,7$ мкА). Высушивание поверхности дентина не уменьшает, а увеличивает прочность прикрепления ($16,42 - 23,4$ МПа). Использование самопротравливающей

системы позволяет в 2,2 раза сократить количество технологических этапов, а также сократить время работы врача на этапе адгезивной обработки на 43,8 % по сравнению с техникой тотального травления [10, 11].

В отличие от адгезивной системы для техники тотального травления, самопротравливающая система после процедуры искусственного старения (прочность адгезивного соединения с дентином – $16,61 - 23,4$ МПа) показывает более высокие характеристики прикрепления, чем до термомодификации ($14,09 - 16,42$ МПа) [10, 11].

На формирование гибридной зоны оказывают влияние многочисленные факторы: индивидуальное расположение, структура, плотность на единицу площади дентинных канальцев. Классическое представление о расположении дентинных канальцев является плоскостным и необъемным, а традиционная схема формирования гибридной зоны не учитывает разнообразное направление дентинных канальцев. Качество гибридного слоя принято оценивать с точки зрения полноты его инфильтрации. Полная инфильтрация способствует лучшему проникновению праймера. Толщина гибридного слоя никак не влияет на прочность связки, но имеет значение для бондинга межпризматических и межкристаллических структур. Гибридная зона при использовании компомеров семейства Dugact имеет толщину до 50 мкм. Результаты проведенной экспериментальным методом электронной микроскопии свидетельствуют о высоком качестве их гибридизации, однородности структуры по сравнению с гибридными СИЦ [3].

Образующаяся при использовании самопротравливающей системы гибридная зона не имеет существенных отличий от таковой при применении адгезивной системы для техники тотального травления, как при влажной поверхности дентина, так и при ее высушивании. Применение самопротравливающей адгезивной системы позволяет избежать критической неопределенности «влажного дентина», особенно в условиях трудного доступа к полости (дистальные, щечные, глубокие полости). Отсутствие «перетравливания», «пересушивания», «переувлажнения» приводит к отсутствию послеоперационной чувствительности.

Xeno III – это одноэтапный самопротравливающий адгезив в двух бутылочках (жидкости А и В) на водно-этаноловой основе. Жидкости смешиваются в соотношении 1:1 для получения самопротравливающего адгезива, который выполняет три функции, действующие в одном этапе: протравливание, праймирование и адгезивную подготовку. Когда Xeno III частично растворится и проникнет в смазанный слой, он деминерализует дентин под смазанным слоем, что влечет за собой образование однородного гибридного слоя. Одновременно канальцы дентина наполняются Xeno III, в результате чего образуются удерживающие тяжи адгезива [2].

При выполнении реставраций с использованием компомера Dugact XP наилучшим образом зарекомендовал себя самопротравливающий адгезив Xeno V+ (Dentsply), являющийся усовершенствованной версией адгезива 7-го поколения Xeno V.

Xeno V+ наносится одним слоем на поверхность твердых тканей без этапа предварительного замешивания. Преимуществами новой версии являются:

- снижение времени полимеризации до 10 секунд;
- приятный для пациента аромат;
- новые мономеры обеспечивают стабильность системы и высокую устойчивость к условиям хранения (нет необходимости хранить адгезив в холодильнике);



Рис. 2. Самопротравливающий адгезив Xeno V

- высокая степень запечатывания дентинных канальцев и одинаковая сила адгезии к твердым тканям зуба (32 МПа).

Вносят материал Dugast XR порциями сразу после нанесения адгезива. Рекомендовано использовать компьюлы вместе со специальным пистолетом-диспенсером. Пистолет для компьюл можно автоклавируют неупакованным при режиме 134°C/2бар (время стерилизации составляет 3 минуты 30 секунд), подвергать обработке до 100 раз.

В сочетании с Dugast XR нельзя использовать материалы, содержащие эвгенол и перекись водорода, поскольку они могут препятствовать затвердеванию.

Выдавливается необходимое количество материала на палетку для смешивания (вносят материал в полость с помощью пластмассового инструмента) или непосредственно в полость, прилагая легкое, равномерное усилие. Отличное вклеивание компомера в полость зуба, превосходные манипуляционные свойства и длительное рабочее время (в течение 90 секунд) позволяют аккуратно смоделировать форму реставрации.

При пломбировании соблюдают принцип «направленной полимеризации». Материал полимеризуется 10 секунд порциями толщиной до 2мм (спектральный выпуск 470 нм). Минимальное световое излучение должно составлять 500 мВт/см². Эстетический вид и долговечность реставрации зависят от качества выполнения финишной обработки и полировки. Выполнение протокола полировки позволяет получить и длительно сохранить блестящую и экстрагладкую поверхность.

Цель исследования: оценка эффективности (клинических и эстетических качеств) компомера Dugast XR как пломбировочного материала для реставрации постоянных зубов у детей в различных клинических ситуациях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено реставрирование 77 постоянных зубов у 40 детей в возрасте от 8 до 17 лет. В контрольной группе было 25 детей (58 постоянных зубов), которым лечение кариеса проведено с использованием гибридного композита светового отверждения. Для оценки стоматологического статуса пациентов использовали специально разработанную карту обследования, в которую заносили полученные данные: состояние соматического здоровья, состояние слизистой полости рта и тканей пародонта, прикуса, зубную формулу, гигиенический индекс, реологические свойства ротовой жидкости, особенности питания, класс кариозной полости по Black, степень активности кариеса, комплексный стоматологический диагноз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Кариозных полостей I класса по Black было 47 (61,04 %), II класса – 5 (6,49 %), III класса – 16 (20,78 %), IV класса – 3 (3,90 %), V класса – 6 (7,79 %).

Пациенты были взяты на учет и проходили динамическое наблюдение каждые три месяца. Клиническую полнотность пломб определяли по следующим критериям:

- наличие пломбы и ее анатомическая форма (визуально);
- краевое прилегание (посредством зондирования);
- изменение цвета по наружному краю пломбы (визуально);

- цветоустойчивость пломбы (визуально);
- наличие рецидивного кариеса (посредством зондирования).

Нами было проанализировано состояние 77 пломб. Ближайшие результаты (через месяц после лечения) были следующими: соответствие пломбы анатомической форме зуба – 100,0 %, соответствие цвета – 100,0 %; нарушение краевого прилегания пломбы – не выявлено, пигментация по краю пломб – не выявлена.

При осмотре пациентов через три месяца после лечения 98,7 % реставраций постоянных зубов были в хорошем (первоначальном) состоянии (лишь в одном случае визуально было обнаружено изменение цвета по наружному краю пломбы (1,29 %)). Через 6 месяцев было выявлено 3 (3,39 %) случая нарушения анатомической формы реставрации II класса по Black в постоянных «незрелых» зубах. Через 9 месяцев при осмотре обнаружен 1 (1,29 %) случай выпадения пломбы из реставрированной полости IV класса по Black. Через 12 месяцев посредством зондирования установлено наличие 1 (1,29 %) случая рецидивного кариеса в реставрируемой ранее полости III класса. Все осложнения были нами устранены путем повторного лечения с использованием указанного выше компомера, в сочетании с предварительной обработкой тканей материалами для глубокого фторирования зубных тканей.

Анализ осложнений, обнаруженных нами за исследуемый период, показал, что общий удельный вес осложнений составил 6 (9,09 %) случаев. Чаще всего в постоянных зубах встречались нарушения краевого прилегания – 3 (3,39 %) случая нарушения анатомической формы реставрации II класса по Black, причем это касалось постоянных зубов с незавершенным формированием твердых тканей. Для предупреждения подобных осложнений постоянные зубы, находящиеся на ранних стадиях созревания, требуют двухэтапного лечения, включающего на первом этапе – использования материалов с высокими профилактирующими характеристиками («Эмаль- и Дентин-герметизирующие ликвиды», «Глуфторэд» и СИЦ).

Полученные через год данные подтвердили эффективность использования компомера Dugast XR у 90,91 % детей. Материал дает низкий процент осложнений (9,09 %) у пациентов с высокой степенью риска развития кариеса (против 17,08 % в группе сравнения).

ВЫВОДЫ

1. Пломбировочный материал компомер Dugast XR (Densply) эффективен для использования в детской реставрационной стоматологии, удобен в работе, имеет высокие прочностные качества, дает низкий процент постманипуляционных осложнений (9,09%).
2. Свойства компомера Dugast XR позволяют достичь в работе эстетики, функциональности и профилактики.
3. Компомер Dugast XR рекомендуется как основной пломбировочный материал для широкого применения у пациентов с высокой степенью риска развития кариеса.
4. Для достижения стабильного результата целесообразно применение компомера в сочетании с предварительной обработкой созревающих зубных тканей материалами для глубокого фторирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андreas Грютцнер. Дайрект ИксПи – новый универсальный реставрационный компомер / Андreas Грютцнер // ДентАрт. – 2012. – № 1. – С. 43–48.
2. Андreas Грютцнер Новый самопротравливающий адгезив Ксено III / Андreas Грютцнер // ДентАрт. – 2003. – № 3. – С. 41–48.

3. Власова М.И. Исследование структуры гибридной зоны при лечении кариозных полостей пришеечной локализации / М.И. Власова, С.М. Чибисов. Интернет-ресурс. – www.science-education.ru/102-5756

4. Ковальчук Н.В. Опыт применения компомера в клинике терапевтической

стоматологии детского возраста / Н.В. Ковальчук // Совр. стоматол. – 2008. – № 3. – С. 43–46.

5. Кожемяк А.А. Клиническая эффективность компомера Dyract XP / А.А. Кожемяк Интернет-ресурс: http://navistom.net/pcatid/10/docid/534/klinicheskaya_effektivnost_kompomera_dyreact_xp/

6. Ливанова О.Л. Дифференциальные алгоритмы выбора композитных материалов при эстетических реставрациях твердых тканей зубов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / О.Л. Ливанова. – М., 2009.

7. Москаленко А.Н. Ближайшие и отдаленные результаты применения компомера «Dyract Extra» при реставрации кариозных полостей II класса / А.Н. Москаленко // Совр. стоматол. – 2010. – № 5. – С. 22–26.

8. Москаленко А.Н. Сравнительная характеристика применения реставрационных материалов для восстановления зубов у лиц молодого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.22. / А.Н. Москаленко. – К., 2011.

9. Новиков В.С. Композиты и компомеры – конкуренция или сосуществование? / В.С. Новиков // Новости Dentistry. – 1999. – № 3. – С. 28–29.

10. Новиков В.С. Особенности использования самопротравливающей адгезивной

системы Хело III / В.С. Новиков // ДентАрт – 2006. – № 12. – С. 16–18.

11. Новиков В.С. Лечение кариеса и некариозных поражений зубов с применением самопротравливающих адгезивов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / В.С. Новиков. – М., 2006.

12. Остапко О.І. Наукове обґрунтування шляхів та методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.22. / О.І. Остапко. – К., 2011. – 36 с.

13. Палий Л. И. Применение компомера Dyract в различных клинических случаях / Л.И. Палий, Т.Н. Манах, Г.Г. Сахар // Стоматологич. журн. – 2006. – № 2. – С. 99–100.

14. Смирнова М.А. Закономерности развития, принципы комплексного лечения и профилактики кариеса контактных поверхностей зубов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 / М.А. Смирнова. – Тверь, 2009. – 50 с.

15. Тимофеева В.Н. Профилактика вторичного кариеса зубов у лиц с различным уровнем кариесрезистентности : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / В.Н. Тимофеева. – М., 2008.

16. Томас Эттин. Заполняем пробелы в литературе по материалам, выделяющим фториды / Томас Эттин // ДентАрт. – 2010. – № 1. – С. 41–43.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПОМЕРА DYRACT XP ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Н.О. Савичук, К.А. Парпалей, Н.О. Сороченко, Л.В. Бондаренко, В.О. Тимохіна, Л.Ю. Піддубна, Н.В. Стасюк, В.В. Ратушина, М.О. Хаванська

Мета: вивчити ефективність застосування компомера Dyract XP (Densply) при відновленні дефектів твердих тканин постійних зубів у дітей.

Пацієнти і методи. Клінічні спостереження з використанням компомера Dyract XP при відновленні кариозних дефектів твердих тканин проведено у 40 пацієнтів 8–17-річного віку, проліковано 77 постійних зубів. У контрольній групі (25 дітей) лікування карієсу 58 постійних зубів проведено з використанням гібридного композита світлового твердіння.

Результати. Отримані через рік дані підтвердили ефективність використання компомера Dyract XP у 90,91 % дітей. Матеріал дає низький відсоток ускладнень (9,09 %) у пацієнтів з високим ступенем ризику розвитку карієсу (проти 17,08 % у групі порівняння).

Висновки. Компомер Dyract XP (Densply) забезпечує високу клінічну ефективність у дітей з високим ступенем ризику розвитку карієсу постійних зубів.

Ключові слова: діти, карієс, постійні зуби, компомер Dyract XP, ефективність.

APPLICATION OF COMPOMER DYRACT XP FOR TREATMENT CARIES OF PERMANENT TEETH FOR CHILDREN AND TEENAGERS

N. Savichuk, E. Parpaley, N. Sorochenko, L. Bondarenko, V. Timokhina, L. Poddubnaya, N. Stasiuk, V. Ratushna, M. Havanskaia

Objective. To study the effectiveness of compomer Dyract XP (Densply) in the recovery of hard tissue defects of the permanent teeth in children.

Object and methods. Clinical observations with the compomer Dyract XP when restoring carious defects of hard tissue were performed in 40 patients 8–17 years of age, 77 were treated permanent teeth. In the control group (25 patients) caries permanent teeth 58 carried out using hybrid composite light curing.

Results and discussion. The resulting 1-year data confirmed the effectiveness of compomer Dyract XP with 90,91 % of the children. The material gives low complication rate (9,09 %) in patients with a high risk of tooth decay (against 17,08 % in the comparison group).

Conclusions. Compomer Dyract XP (Densply) provides high clinical efficacy in children with high risk of dental caries in permanent teeth.

Key words: children, tooth decay, the permanent teeth, compomer Dyract XP, efficiency.

Савичук Наталія Олегівна – д. мед. н., проф.,

завідувач кафедри стоматології дитячого віку Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Парпалей Катерина Анатоліївна – к. мед. н., доцент кафедри стоматології дитячого віку

Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Сороченко Наталія Олександрівна – клінічний ординатор кафедри стоматології дитячого віку

Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожичська, 9, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Бондаренко Лариса Володимирівна – заступник головного лікаря з поліклінічної роботи

Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Тимохіна Валентина Олександрівна – завідувач стоматологічним відділенням

Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Піддубна Леоніда Юхимівна – лікар-стоматолог дитячий стоматологічного відділення

Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Стасюк Надія Володимирівна – лікар-стоматолог дитячий стоматологічного відділення

Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Ратушина Вікторія Веніамінівна – лікар-стоматолог дитячий стоматологічного відділення

Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Хаванська Марина Олексіївна – лікар-стоматолог стоматологічного відділення

Консультативно-діагностичної поліклініки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Адреса: м. Київ, вул. Чорновола 28/1, Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ».