

УДК: 616.314-74+542.952

О.А. Удод, Г.Б. Мороз
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ВІДНОВЛЕНЬ ЗУБІВ З КЛИНОПОДІБНИМИ ДЕФЕКТАМИ

У статті, метою якої була порівняльна клінічна оцінка реставрації клиноподібних дефектів, виконаних з компомера DugactExtra, Dentsply, та з наномікрогібридного фотокомпозиційного матеріалу Esthet X, Dentsply, наведені результати спостереження відразу після відновлення, через 6 та 18 місяців у відповідності до шкали Ryge. Було обстежено 54 пацієнтів віком від 35 до 55 років, яким було відновлено 66 зубів з приводу клиноподібних дефектів. Пацієнтам першої групи реставрацію дефектів здійснювали компомером, другої групи – наномікрогібридом. Дослідження з клінічної оцінки реставрацій показало відносну перевагу фотокомпозита у порівнянні з компомером за такими критеріями, як крайове прилягання, крайове забарвлення та відповідність кольору.

Ключові слова. Зуби, клиноподібні дефекти, реставрації, якість, компомер, фотокомпозит.

Клиноподібний дефект є достатньо поширеним захворюванням твердих тканин зубів [3]. Клиноподібний дефект, як відомо, зустрічається переважно у осіб літнього віку, але необхідно зазначити, що в теперешній час дане захворювання «молодшає» [1]. У сучасній літературі дане захворювання називають «пришийковим дефектом неуточненої етіології» або «пришийкове пошкодження, яке викликане стресом» [2]. Неоднозначність визначення можна пояснити тим, що етіопатогенез клиноподібного дефекту не з'ясований остаточно. Довгий час основними етіологічними факторами даного захворювання вважали абразію і ерозію [5]. Новітні дані свідчать про те, що обидва згадані процеси сприяють прогресуванню клиноподібного дефекту, тобто є обтяжуючими факторами, але першопричиною слід вважати так звану абфракцію [1]. Цей термін вперше був використаний у 1991 році. Абфракція – це мікроструктурна втрата тканин зуба в областях концентрації напружень [2]. Як правило, саме у пришийковій ділянці виникає осьове навантаження на тверді тканини зубів не за віссю, яке призводить як до пошкодження тонкого шару емалевих призм, так і до порушення крайового прилягання реставраційного матеріалу в цієї області, якщо є відновлення. Сили, які супроводжують стиснення щелеп (статичні), і сили, що виникають під час жування (циклічні), є одними з головних етіопатогенетичних механізмів, описаних у сучасній літературі, однак ці сили виникають за будь-якого акту жування, що не може пояснити відсутність даних дефектів у одного пацієнта та їх присутність у іншого. Тому ряд авторів вважають головним етіологічним чинником негармонійне змикання зубних рядів, тобто порушення оклюзії [5]. Саме початкова стадія утворення дефектів викликається некоректним навантаженням на зуб внаслідок порушень оклюзії, бруксизму тощо.

Для відновлення клиноподібних дефектів використовують склоіономерні цементи (СІЦ), компомери та фотокомпозиційні матеріали (ФКМ). Однак згаданим матеріалам притаманні недоліки, які призводять до виникнення таких ускладнень, як незадовільне крайове прилягання, невідповідність за кольором, поява крайового забарвлення тощо. Цим проблемам в останній час присвячено достатньо багато публікацій як у вітчизняній, так і в іноземній літературі. Однак відсоток ускладнень залишається на значному рівні.

Метою роботи було порівняльна клінічна оцінка відновлень зубів з клиноподібними дефектами, виконаних з компомера DugactExtra, Dentsply, та з наномікрогібридного фотокомпозиційного матеріалу Esthet X, Dentsply.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктом клінічних досліджень були пацієнти стоматологічної поліклініки ЦМКЛ №1 м. Донецька. Усього було обстежено 54 особи віком від 35 до 55 років, яким було відновлено 66 зубів з приводу клиноподібних дефектів. Реставрацію зубів проводили за загальноприйнятими правилами. Гігієнічну чистку зубів проводили за допомогою гумових щіток та паст, які не містять фторидів. Препарування клиноподібних дефектів не проводили, лише здійснювали згладжування країв дефектів за допомогою турбінних алмазних борів з використанням водяного охолодження. Адгезивну систему наносили на підготовлені емаль і дентин. Фотокомпозиційний матеріал вносили порціями та опромінювали за методом «м'якого старту» за допомогою світлодіодного фотополімеризатора. Пацієнтам першої групи (26 осіб) реставрацію здійснювали за допомогою компомера DugactExtra, Dentsply, пацієнтам другої групи (28 осіб) – наномікрогібридом Esthet X, Dentsply. Контрольні дослідження проводили відразу після відновлення, через 6 та 18 місяців. Оцінку реставрацій здійснювали візуально-інструментальним методом у відповідності до шкали Ryge за наступними критеріями: крайове прилягання (КрПр), крайове забарвлення (КрЗ), анатомічна форма (АФ), кольорова відповідність (КВ), шорсткість поверхні (ШП), вторинний карієс (ВК) [4].

Результати дослідження та їх обговорення. Відразу після відновлення усі реставрації у пацієнтів обох груп за критеріями АФ, КрПр, КрЗ, ШП, КВ одержали найвищу оцінку «А». Це означає, що анатомічну форму було збережено, відколи були відсутні, між матеріалом та твердими тканинами зуба існував плавний перехід без крайового забарвлення. Відновлення відповідали за прозорістю і кольором твердим тканинам зубів, поверхня їх була гладенькою, навколишні тканини пародонта не мали ознак подразнення. Через 6 місяців під час контрольного огляду пацієнтів першої групи обстежено 25 осіб із 32 відновленнями, у другій групі – 25 осіб із 31 відновленнями.

Цілком зберегли свою анатомічну форму у пацієнтів першої групи 96,88±3,08%, другої – 96,77±3,17% відновлень (табл.1). Порушення анатомічної форми у вигляді невеликих відколів у пацієнтів першої групи відбулося у 3,13±3,08% випадків, у пацієнтів другої групи – у 3,23±3,17%.

За критерієм «крайове прилягання» відмінні результати у реставраціях пацієнтів першої групи визначили у 90,63±5,15% випадків, а у пацієнтів другої групи – у 90,32±5,31%. Крайову щілину без оголення дентину між матеріалом і емаллю виявили у 9,38±5,15% та у 9,68±5,31% відновлень, відповідно.

Таблиця 1

Порівняльна клінічна оцінка відновлень зубів з матеріалів DyractExtra, Dentsply, та Esthet X, Dentsply, через 6 місяців, %

Групи	Оцінка	Критерії				
		АФ	КрГр	КрЗ	ШП	КВ
1 група, n=32	A	96,88±3,08	90,63±5,15	90,63±5,15	93,75±4,28	93,75±4,28
	B	3,13±3,08	9,38±5,15	9,38±5,15	6,25±4,28	6,25±4,28
	C					
	D					
2 група, n=31	A	96,77±3,17	90,32±5,31	90,32±5,31	96,77±3,17	96,77±3,17
	B	3,23±3,17	9,68±5,31	9,68±5,31	3,23±3,17	3,23±3,17
	C					
	D					

Такі ж результати були отримані і за критерієм «крайове забарвлення». За критеріями «шорсткість поверхні» та «кольоровідповідність» найвищі оцінки отримали 93,75±4,28% відновлень у пацієнтів першої групи та 96,77±3,17% у пацієнтів другої групи. Шорсткості та виїмки, які можна виправити фінішною обробкою, таневідповідність у кольорі в межах припустимого спостерігалися в 6,25±4,28% та 3,23±3,17% випадків, відповідно. Таким чином, за усіма критеріями стан реставрацій у термін обстеження 6 місяців у пацієнтів двох груп майже не відрізнявся.

Через 18 місяців під час контрольного огляду пацієнтів першої групи обстежено 24 особи із 30 відновленнями, у другій групі – 23 особи із 29 відновленнями. Під час контрольного огляду пацієнтів через 18 місяців показники реставрацій за критерієм «анатомічна форма» практично повторювали такі у попередній термін (табл.2) за виключенням виявлених значних порушень відновлення у пацієнтів першої групи у 3,33±3,28% випадків.

Таблиця 2

Порівняльна оцінка відновлень зубів з матеріалів DyractExtra, Dentsply, та Esthet X, Dentsply, через 18 місяців, %

Групи	Оцінка	Критерії				
		АФ	КрГр	КрЗ	ШП	КВ
1 група, n=30	A	93,33±4,55	83,33±6,80	86,67±6,21	86,67±6,21	90,00±5,48
	B	3,33±3,28	13,33±6,21	10,00±5,48	10,00±5,48	10,00±5,48
	C	3,33±3,28		3,33±3,28	3,33±3,28	
	D		3,33±3,28			
2 група, n=29	A	96,55±3,39	86,21±6,40	89,66±5,66	96,55±3,39	96,55±3,39
	B	3,45±3,39	13,79±6,40	10,34±5,66	3,45±3,39	3,45±3,39
	C					
	D					

Значно гіршим був стан реставрацій за критерієм «крайове прилягання», так, у 3,33±3,28% випадків у першій групі пацієнтів реставрація навіть була відсутня. Інші показники відновлень у пацієнтів обох груп були приблизно на одному рівні. За критерієм «крайове забарвлення» знов найвищих оцінок менше було у пацієнтів першої групи. У цій групі пацієнтів було виявлено і крайові пігментації на межі відновлення і твердих тканин зубів у бік пульпи. Гіршим був стан реставрацій у пацієнтів першої групи за критерієм «шорсткість поверхні». Були наявні шорсткості або виїмки, які не можна виправити фінішною обробкою, у 3,33±3,28% випадків. У пацієнтів другої групи стан реставрацій у термін обстеження 6 та 18 місяців майже не відрізнявся. За критерієм «кольоровідповідність» найвищу оцінку отримали 90,00±5,48% відновлень у пацієнтів першої групи та 96,55±3,39% відновлень у пацієнтів другої групи. Невідповідність у кольорі в межах припустимого спостерігалася в 10,00±5,48% та 3,45±3,39% випадків, відповідно, тобто кількість таких оцінок у пацієнтів першої групи перевищувала таку у пацієнтів другої групи майже у 3 рази. Рецидивний карієс не був зареєстрований ні в одному випадку в обидва терміни спостереження. Підвищена чутливість зубів була відсутня. Не було виявлено також жодного випадку запалення пульпи у відновлених зубах.

Підсумок

Можна підсумувати, що найбільш показові результати були отримані через 18 місяців спостереження. Найбільшу кількість ускладнень при відновленні клиноподібних дефектів компомером склали порушення крайового прилягання та крайове забарвлення, далі йде невідповідність кольору. У разі відновлення дефектів фотокомпозиційним матеріалом найчастіше ресстрували також порушення крайового прилягання, друге місце займали ускладнення, пов'язані з появою крайового забарвлення, тоді, як невідповідність кольору та шорсткість поверхні зустрічалися не так часто. Загальна кількість ускладнення, які були визначені у пацієнтів першої групи, була значно більшою, ніж у пацієнтів другої групи, однак різниця є невірогідною. Отже, клінічна оцінка якості реставрацій зубів з клиноподібними дефектами, виконаних з різних матеріалів, показала відносну перевагу наномікрогібридного фотокомпозита у порівнянні з компомером.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується проведення довгострокових досліджень, які дозволять порівняти ефективність відновлення зубів з клиноподібними дефектами у разі використання різних відновлювальних матеріалів.

Література

1. Волгин М. Клиновидные дефекты. Этиология, патогенез и методы лечения / М. Волгин, Х. Майер-Люкель, А. Кильбасса // ДентАрт. – 2006. – №3. – С.59–63.
2. Денисова Е.Г. Реминерализующая терапия клиновидных дефектов у лиц молодого возраста в аспекте улучшения качества стоматологического здоровья / Е.Г. Денисова, И.И. Соколова // Современная стоматология. – 2011. – №3. – С.29 – 32.

3. Ніколішина А. Терапевтична стоматологія : Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІV рівня акредитації / А. Ніколішина // – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 680 с.
4. Рюге Г. Клинические критерии / Г. Рюге // Клиническая стоматология. – 1998. – № 3. – С. 40 – 46.
5. Скрипников П. Опыт применения композита Сапфир для лечения дефектов твердых тканей зуба в пришеечной области / П. Скрипников, Д. Шиленко, И. Бочковский // ДентАрт. – 2008. – №3. – С. 20 – 24.

Реферати

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Удод А.А., Мороз А.Б.

В статье, целью которой была сравнительная клиническая оценка реставраций клиновидных дефектов, выполненных из компомера Dyract Extra, Dentsply, и из наномикрогибридного фотокомпозиционного материала Esthet X, Dentsply, приведены результаты наблюдений непосредственно после реставрации, через 6 и 18 месяцев в соответствии со шкалой Ryge. Было обследовано 54 пациента возрастом от 35 до 55 лет, которым было восстановлено 66 зубов по поводу клиновидных дефектов. Пациентам первой группы реставрацию дефектов осуществляли компомером, второй группы - наномикрогибридом. Клиническая оценка реставраций показала относительное преимущество фотокомпозита по сравнению с компомером по таким критериям, как краевое прилегание, краевое окрашивание и цветосоответствие.

Ключевые слова. Зубы, клиновидные дефекты, реставрации, качество, компомер, фотокомпозит.

Стаття надійшла 28.02.2013 р.

THE CLINICAL ESTIMATION OF TEETH RESTORATION WITH WEDGE-SHAPED DEFECTS

Udod A.A., Moroz A.B.

In the article, the purpose of which was the comparative clinical estimation of restorations wedge-shaped defects made of compomer Dyract Extra, Dentsply, and from nanomicrohybrid photocomposite material Esthet X, Dentsply, results of observations immediately after the restoration, at 6 and 18 months in accordance with the scale Ryge. Were examined 54 patients aged from 35 to 55 years, which has been restored 66 teeth on the wedge-shaped defects. The first group of patients was carried restoration defects by compomer, the second group – nanomicrohybrid. Clinical evaluation of the restorations showed a relative advantage compared to photocomposite compomer on criteria such as the marginal adaptation, marginal staining.

Key words: Teeth, wedge-shaped defects, restorations, quality, compomer, photocomposite.

УДК: 616.24-002.5:616.992

Ю.П. Цапенко, М.Г. Бойко, Н.М. Алієва, Ю.О. Красношакка, Т.В. Буслик, О.О. Краєвська, А.І.Тихомирова
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ ПРИ ІНФІКУВАННІ ШТАМАМИ m. Tuberculosis РОДИНИ Beijing СЕРЕД ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИХ ХВОРИХ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

У статті проаналізована частота інфікування штамми родини Beijing серед вперше діагностованих хворих туберкульозом по Полтавській області України. Проведено порівняльну характеристику туберкульозного процесу у хворих на ВДТБ легень, інфікованих збудником родини Beijing та інших родин. Відмічена асоційованість генотипу Beijing з резистентністю до основних протитуберкульозних препаратів та деяких препаратів другого ряду.

Ключові слова: туберкульоз легень, родина Beijing, дисемінований туберкульоз, генотип.

Робота є фрагментом НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) та розробити методи корекції виявлених порушень на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», № держ.реєстрації 0110U008151.

Туберкульоз (ТБ) продовжує становити одну із основних загроз для людства серед інфекційних хвороб. Сьогодні ця хвороба не ліквідована в жодній країні, в т.ч. й в Україні, не зважаючи на те, що з 2006 р. ситуація з туберкульозом почала покращуватися, проте залишається низка невирішених проблем щодо контролю за туберкульозом [8]. Удосконалення методів діагностики та лікування туберкульозу є одним з складних завдань сучасної фтизіатрії. Нові методики молекулярно-генетичного типування мікобактерій значно поглибили нашу уяву про трансмісію туберкульозу і дозволили диференціювати різні родини *Mycobacterium tuberculosis* [3, 10].

Молекулярна епідеміологія дала також нові можливості для встановлення асоціації між генотипом збудника й особливостями клінічного перебігу захворювання, вивчення чинників ризику трансмісії медикаментозно резистентних штамів і штамів із підвищеною патогенністю. Несприятлива епідеміологічна ситуація з туберкульозу залежить від поширеності, у першу чергу, штамів генетичної родини Beijing (W) [1, 3, 4, 5, 6, 8]. За даними багатьох досліджень, вперше даний штам був виявлений в Китаї, який з часом розповсюдився в країні Азії та минулого Радянського Союзу [1, 3, 4, 5]. Такому швидкому розповсюдженню штаму родини Beijing сприяє висока вірулентність, здатність обходити захисний ефект БЦЖ, підвищена мінливість та асоційованість з лікарняною стійкістю, що призводить до більш тривалого періоду контагіозності та терапії [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Метою роботи було проаналізувати зв'язок між належністю збудника до родини Beijing та інших родин і деякими особливостями перебігу вперше діагностованого туберкульозу легень.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні брали участь хворі із вперше виявленим туберкульозом легень (n=111) на базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру протягом травня - жовтня 2012 року. Посів, культивування, ідентифікація та визначення чутливості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів були проведені у бактеріологічній лабораторії ПОКТД згідно з наказом МОЗ України № 45 від 06.02.02 р. Дослідження медикаментозної стійкості до препаратів першого та другого ряду препаратів здійснювалося з використанням методу абсолютних концентрацій на щільному живильному середовищі Левенштейна-Йенсена у відповідності до зазначеного наказу.

На базі інституту свинарства і агропромислового виробництва Національної академії аграрних наук України проводилося визначення належності ізолятів *M. Tuberculosis* до родини Beijing за допомогою