

УТВОРЕННЯ КОНТАКТНОГО ПУНКТУ В ПОРОЖНИНАХ 2 КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ ЗА ВИКОРИСТАННЯ СКЛОІОНОМЕРНИХ ЦЕМЕНТІВ ТА КОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Склоіономерні цементи (СІЦ) - нові для наших клінік та перспективні пломбувальні матеріали. Вони знижують ризик виникнення вторинного карієсу навіть у хворих із низьким рівнем гігієни порожнини рота. Використана в склоіономерних цементах технологія подвійного твердіння дозволяє полімерувати матеріал за командою лікаря. Це дозволяє зменшити недоліки склоіономерних цементів, пов'язані з водопоглинанням та твердінням, і створювати на апроксимальних поверхнях контактний пункт.

Успіх пломбування апроксимальних порожнин багато в чому залежить від різних технічних пристроїв для відновлення контактної поверхні. Використання лише гладилок не дозволяє утворити якісний контактний пункт, і натепер їх використовують тільки тоді, коли відновлення контактної поверхні між зубами не викликає труднощів: коли зуби розділені діастемою або тремою, в разі порушення оклюзії при пародонтозі, відсутності сусіднього зуба.

Для утворення контактної поверхні нині широко застосовуються методи пломбування з використанням різноманітних аксесуарів: матрицетримачів, матриць різних конструкцій та клинів. Стоматологи найчастіше використовують металеві чи целулоїдні матриці. Але такі матриці не завжди забезпечують повноцінне відновлення зуба. У більшості випадків контактні пункти не відповідають вимогам. Це пояснюється поганим приляганням матриць у приясенній ділянці, відсутністю на матриці заглиблення, що відповідає екватору зуба. Моделювання контактної поверхні на рівні крайових гребенів призводить до затримки їжі в між-

зубному проміжку та відколу матеріалу. Враховуючи індивідуальність зубів кожного пацієнта, використовувати стандартні матриці із заглибленням під контактний пункт не завжди можливо. Тому ми розробили пристрій для виготовлення індивідуальних металевих та целулоїдних матриць. Основою виступають стандартні целулоїдні та металеві матриці. Перед використанням матрицю вкладають у прилад, представлений двома металевими пластинами на шарнірі. На одній пластині є виступи, що відтворюють контактні поверхні фронтальних і бокових зубів, а на іншій - заглиблення. При затисканні та протягуванні матриці між виступом і заглибленням у ній утворюється необхідне нам за розміром заглиблення, яке відповідає формі контактної поверхні, а при пломбуванні утворює контактний пункт.

Метою нашого дослідження стало порівняння стану контактних поверхней, утворених композиційним матеріалом та склоіономерним цементами.

Матеріали та методи. Ними було проведено лікування 52 пацієнтів, у яких карієсом були уражені апроксимальні поверхні першого і другого молярів верхньої та нижньої щелепи. Перед пломбуванням визначали стан гігієни порожнини рота за Федоровим-Володкіною. Усі пацієнти були розділені на 2 групи. У першій групі, яка складала 25 пацієнтів (26 молярів), пломбування каріозних порожнин 2 класу проводили композиційним матеріалом "Лателюкс" світлового твердіння, а в другій, яка складала 27 осіб (28 молярів), - склоіономерним цементами "Цемілайт". Формуючи каріозні порожнини, додаткової площадки не утворю-

вали. У всіх випадках для утворення контактної поверхні використовували матриці. Для визначення стану пломб використовували стандартні методики. Якість пломбування визначали за критеріями USPHS з урахуванням стану пародонта і контактної поверхні. Якість контактної поверхні перевіряли флосами. Уведення флоса в міжзубний проміжок має бути утруднене, а рух його по поверхні пломби - вільний. Якщо флос втрачає свою структуру і розділяється на волокна, це вказує на неякісно відновлений контактний пункт. За наявності запалення міжзубного сосочка проводили рентгенографію пломбованого зуба для визначення прилягання пломбувального матеріалу та стану тканин пародонта.

Результати дослідження

Аналіз найближчих результатів дослідження показав, що гіперемія та набряк міжзубного сосочка при пломбуванні зубів склоіономерними цементами визначалися в 10 випадках. Причиною змін у сосочку, на наш погляд, була шорстка поверхня склоіономерних пломб, яка може утворюватися за рахунок великого водопоглинання матеріалу в першу добу після пломбування.

У групі, де пломбування зубів проводили композиційними матеріалами, таких ускладнень не було. Але в 6 випадках у приясенній ділянці зуба було виявлено вторинний карієс, якого не було за використання СІЦ "Цемілайт". Це можна пояснити дією фторидів, що входять до складу склоіономерних цементів.

За косметичними якостями пломби з композиційного матеріалу "Лателюкс" значно відрізнялися від пломб із СІЦ "Цемілайт". Останні мали матову і шорстку поверхню, а

колір відрізнявся від кольору зуба. Через 6 місяців у групі, де пломбування проводили склоіономерними цементами, контактний пункт у 7 зубів був порушений. Зубний флос вільно входив у міжзубний простір, а міжзубний сосочок був із проявами запалення. Причиною цього, на наш погляд, є неоднорідна структура СІЦ "Цемілайт", що при мікрорухах зуба призводить до стирання матеріалу і порушення контактного пункту. В зубах, запломбованих композиційним матеріалом "Лателюкс", таких випадків було 2 за рахунок пере-

міщення 37 і 17 зубів за відсутності 38 і 18 зуба. Також необхідно підкреслити в цій групі виникнення вторинного карієсу в 3 зубах. За використання склоіономерного цементу таких ускладнень не виникало. Відновлення контактної точки в зубах, які пломбували СІЦ "Цемілайт", проводили після часткового видалення склоіономерного цементу та пломбування порожнини і відновлення контактної точки композитом "Лателюкс".

Отже, при пломбуванні каріозних порожнин 2 класу для відновлення

контактної точки краще застосовувати композиційні матеріали, які мають гладшу поверхню, ніж склоіономерні цементи. Можливе поєднання склоіономерного цементу та композиційних матеріалів (закритий чи відкритий сандвіч), особливо в пацієнтів із низьким рівнем гігієни порожнини рота. Також необхідно використовувати стандартні контурні матриці чи виготовлені індивідуально. Тільки використання матриць дозволяє уникнути нависання пломб і створити контактний пункт, що відповідає всім вимогам.

Література

1. Донский Г.И. Клиническая оценка гибридных стеклоиономерных цементов / Донский Г.И., Паламарчук Ю.Н., Макарова Н.Я., Павлюченко О.Н. // Вісник стоматології. - 1999. - №3. - С. 17-19.
2. Елистратова М. Краевая проницаемость пломб из различных пломбирочных материалов в ранние сроки лечения / Елистратова М., Тармаева С. // Стоматология. - 1998. - № 1. - С. 16-18.
3. Макеева И. Современные композиционные материалы / И. Макеева. - М., 1997. - С.69.

4. Николаев А. И. Как повысить эффективность лечения кариеса зубов / Николаев А. И., Цепов Л. М. // Клиническая стоматология. - 1998. - №2. - С.32.
4. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стоматологии / Н.В. Биденко. - К.: Книга плюс, 1999. - С. 120.
5. Уголева С. Отдаленные результаты реставрации зубов композиционными материалами / Уголева С., Шевченко А. М., Сидоров А. В., Виноградова Т. Ф. // Новое в стоматологии. -1995. - №5. - С. 3-5.
7. Smith D.C. Стоматологические цементы / D.C. Smith // Квинтэссенция. - 1996. - № 5/6. - С.25.

Стаття надійшла
27.12.2010 р.

Резюме

Приведены результаты исследования контактных пунктов в полостях 2 класса, созданных из стеклоиономерных цементов и композиционных материалов. Даны рекомендации по улучшению качества контактного пункта.

Ключевые слова: контактный пункт, стеклоиономерные цементы, композиционные материалы, кариозные полости.

Summary

The results of studying proximal contact points of glass-ionomer cements and composites at class II carious cavities are presented in the article. The guidelines to improve proximal contact quality are given.

Key words: proximal contact, carious cavity, glass-ionomer cements, composite materials.