

ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЖУВАЛЬНИХ ЗУБІВ МЕТОДОМ ПРЯМОЇ РЕСТАВРАЦІЇ

Канунік Т. С., Баглик Т. В., Токар А. А.

Харківський національний медичний університет,

м. Харків, Україна

kts197321@gmail.com

Вступ. Підвищення ефективності лікування карієсу зубів, мінімізація його ускладнень є актуальною проблемою практичної стоматології. Рання діагностика карієсу, профілактичні та адекватні лікувальні втручання, обов'язкова корекція недостатньої гігієни порожнини рота дозволяють реалізувати концепцію мінімальної інтервенції. Вона сприяє максимальному збереженню природних структур зуба та створенню вільного дизайну порожнини. Правильний вибір пломбувального матеріалу, а також техніки препарування зумовлюють ефективне використання у клініці методу прямої реставрації зубів.

Мета дослідження. Оцінити стан пломб у карієзних порожнинах 1 і 2 класів за Блеком, виконаних композитним матеріалом світлової полімеризації, залежно від стану гігієни порожнини рота пацієнта.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідженні брали участь 36 осіб віком від 25 до 57 років з діагнозом хронічний середній карієс, локалізація порожнин відповідала 1 і 2 класам за Блеком. Всього було поставлено 64 пломби: на нижній щелепі 34 пломби в 16 премолярах та 18 молярах; на верхніх щелепах поставлено 30 пломб у 13 премолярах і 17 молярах. Враховано загальні протипоказання для використання фотозатверджуваних матеріалів.

Для дослідження обрано композитний пломбувальний матеріал світлової полімеризації з субмікронним розміром часток, призначений для виготовлення реставрацій зубів передніх і бічних груп, Spectrum TPH3 (Dentsply, Німеччина). Його перевагами є високі фізико-механічні, оптичні та естетичні властивості, здатність до полірування, рентгенконтрастність, легкість використання, цінова доступність.

Оцінювання гігієнічного стану порожнини рота проведено з використанням гігієнічного індексу (ГІ) Гріна-Вермільйона до пломбування та через 12 місяців спостереження. Значення показників оцінювали відповідно як добру, задовільну, незадовільну або погану гігієну порожнини рота. Усім пацієнтам перед лікуванням виконали професійну гігієну порожнини рота, підбрали предмети і засоби гігієни, провели навчання індивідуальному догляду за зубами.

Під час препарування жувальних зубів враховували важливість створення стінок і дна порожнини, стійких до жувального тиску. Для запобігання відламу послабленої стінки разом із горбиком (частіше у премолярах верхньої щелепи), ми оцінювали міцність усіх стінок і за потреби висікали або зменшували висоту послаблених стінок. При препаруванні дна уникали його нахилу в бік потоншеної стінки або відкритої частини порожнини зуба.

Оцінку якості препарування проводили з використанням карієс-маркеру. Далі накладали систему раббердам, за необхідністю встановлювали матричні системи, проводили підготовку порожнини до пломбування, наносили адаптивний шар із рідкотекучого композиту. Відсутню медіальну або дистальну стінку формували емалевими відтінками мінімальної товщини для зниження стресу полімеризаційної усадки. Глибокі шари дентину відновлювали з використанням опаківих відтінків. Остаточні кольори реставрації підбирали з емалевих відтінків. На оклюзійних і контактних поверхнях матеріал викладали пошарово і моделювали втрачені тканини згідно з анатомічними особливостями реставрованого зуба. Після закінчення роботи оклюзійні поверхні контурували відповідно до анатомічних особливостей зуба, оцінювали якість контактних пунктів, виконували фінішну обробку реставрації згідно з сучасними вимогами.

Оцінку якості реставрацій проводили за тестами прямої клінічної оцінки композитних реставрацій згідно оцінювальної шкали, розробленої Ryge, 1980. Оцінювали стан анатомічної форми (АФ), крайову адаптацію (КА), кольорову відповідність (КВ), наявність вторинного карієсу (ВК).

Під час проведення дослідження також використовували шкалу оцінок критеріїв за Ryge, де Alfa (A) – добре, Bravo (B) – задовільно, коли діагностуються незначні ознаки прогресування патологічного процесу. Cherkie (C) – незадовільно, діагностування значних порушень, що ведуть до подальшого прогресування захворювання, Delta (D) – погано, пломба випала.

Оцінка клінічної якості реставрації/пломби за Ryge складалася з поєднання оціночних тестів і оцінювалася як: R (Romeo) – чудова якість. S (Sierra) – реставрація має невеликі відхилення від стандарту, але прийнятна. T (Tango) – пломбу слід замінити з профілактичних міркувань для запобігання майбутньому пошкодженню зуба. V (Victor) – пломба потребує негайної заміни.

Результати дослідження. Нами встановлено, що до лікування значення ГІ в межах 0-0,6 балів (добре) виявлено у 7 осіб із 36 обстежених, що становило 19,4% випадків. Показник ГІ 0,7-1,6 балів (задовільно) виявлено у 20 пацієнтів, що становило 55,6% випадків. ГІ 1,7-2,5 балів (незадовільно) виявлено у 9 осіб, що відповідає 25% випадків. Усі пацієнти були мотивовані на поліпшення показників гігієни.

На повторний огляд через рік з'явилися 33 особи, що склало 91,7% від первинно обстежених. Через 12 місяців спостереження значення ГІ, що становило 0-0,6 балів (добре), мали 8 осіб – 24,2% випадків. ГІ, що дорівнював 0,7-1,6 балів (задовільно), виявлено у 21 пацієнта, що становило 63,4% випадків. ГІ 1,7-2,5 бала (незадовільно) мали 4 пацієнти – 12,1% випадків.

Аналіз динаміки показників гігієнічного індексу свідчить про те, що через 12 місяців кількість оцінок "добре" зросла на 4,8% а кількість задовільних оцінок збільшилася на 7,8%. Відсоток незадовільних оцінок скоротився у 2,1 раза.

Сумарний аналіз оціночних тестів реставрацій у порожнинах 1 і 2 класів свідчить про те, що показник R (Romeo) – чудові результати – отримано у 89% випадків, показник S (Sierra) – має невеликі відхилення від стандарту,

але прийнятні, – виявлено у 8% випадків, показник T (Tango) – слід замінити пломбу з профілактичних міркувань для запобігання можливих ускладнень – становить 4% випадків, показник V (Victor) – пломба потребує негайної заміни – склав 0%.

Можна припустити, що крайова адаптація реставрації в порожнинах 1-го і 2-го класів порушена внаслідок недостатньої гігієни порожнини рота, ГІ в цих пацієнтів становив від 2.0 до 2.5 балів і оцінювався як незадовільний.

Висновки. Композитний пломбувальний матеріал із субмікронним розміром частинок дозволяє домогтися високої якості лікування за фізичними, естетичними, а також за ціновими параметрами і може бути рекомендованим для клінічного використання поряд із новітніми матеріалами як альтернатива в певних ситуаціях.

Стан гігієни порожнини рота корелює з оціночними показниками якості реставрацій. Потрібна подальша робота з оптимізації гігієни порожнини рота пацієнтів.

Ключові слова: реставрація, композит світлового затвердіння, рейтингова шкала за Ryge (1980).