

ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

**Матеріали науково-практичної конференції
«Інноваційні технології
в стоматології»**

(23 вересня 2016 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конф., 23 верес.
2016 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 124 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

**Назарян Р. С., Комаров О. К., Мікулінська-Рудіч Ю. М.,
Комаров Д. О.**

Харківський національний медичний університет

ВИКОРИСТАННЯ А-СИЛІКОНОВИХ КЛЮЧІВ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ АНАТОМІЧНОЇ ФОРМИ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ПЕРІОД ФОРМУВАННЯ ПОСТІЙНОГО ПРИКУСУ У ДІТЕЙ

Актуальність. Прорізування перших постійних молярів, що відносяться до додаткової групи зубів, може відбутися тільки за умови зростання верхньої і нижньої щелеп, а правильне становлення їх в зубний ряд і змикання залежить від збереження правильної анатомічної форми оклюзійної поверхні. Порушення їх оклюзійних взаємин відіграє значну роль в патогенезі аномалій зубних рядів. Schwarz (1939) пояснив механізм переходу бугоркового змикання в бугорково-фісурний перших постійних молярів. Відомо, що при прорізуванні других молочних молярів їх дистальні поверхні встановлюються в одній площині. Перші постійні моляри, прорізуваючись позаду цих зубів, в перший час встановлюються в бугоркове змикання. До цього, терміну внаслідок фізіологічної стертості молочних зубів, відбувається мезіальний зсув нижньої щелепи. З цієї ж причини перший постійний моляр зміщується разом з щелепою вперед. Мезіальне зрушення цього зуба можливе ще й тому, що після випадіння другого молочного моляра і заміщення його другим премоляром залишається вільне місце, оскільки він вузький. Мезіальному зрушенню сприяє і форма коронок цих зубів. Коронки верхніх перших молярів мають ромбоподібну форму, нижніх - прямокутну. Внаслідок ромбовидної форми верхнього моляра його передній піднебінний бугор зрушає дистально щодо переднього щічного. Він ковзає по задній поверхні переднього крайового валика нижнього першого моляра, потрапляє в фісуру між чотирма пагорбами і тягне за собою зісковзування інших горбів. В результаті мезіо-щічний бугор також зісковзує з однойменного бугра нижнього першого моляра в поперечну фісуру між щічними буграми нижнього першого моляра. Таким чином виходить бугорково-фісурне змикання зубів. Щоб перші постійні моляри могли стати функціонально повноцінними вони повинні мати певну висоту і правильне фісурно-бугоркове змикання на що йде в середньому 3-4 роки. Оклюзійна поверхня нещодавно прорізуваних постійних молярів, з її вираженим рельєфом і недостатньо мінералізованою емаллю фісур схильна до швидкого розвитку карієсу. Уже в перші 2 роки після прорізування карієсом

уражаються 25% молярів, при цьому 93% порожнин локалізуються в ямках і фісурах. У віці 6-ти років все уражені постійні зуби - це перші моляри.

На сьогоднішній день основним методом лікування карієсу залишається препарування і пломбування каріозної порожнини, мета якого не тільки заміщення дефекту твердих тканин зуба, а й максимальне відновлення анатомічної форми і функціональної цінності зуба. За спостереженнями Є.В. Боровського (2001), в 45% випадків лікарі-стоматологи не відновлюють жувальну поверхню зубів, яка після пломбування має «плоску поверхню».

Мета дослідження: оцінка якості відновлення анатомічної форми перших постійних молярів у дітей з використанням А- силіконових ключів.

Матеріали і методи дослідження. На кафедрі ми провели експеримент на видалених постійних молярах за медичними показаннями зі збереженими фісурами і вираженими буграми. На початку експерименту оклюзійні поверхні всіх зубів були сфотографовані і зняті відбитки А-силіконом. На оклюзійній поверхні кожного зуба була змодельована клінічна ситуація: 1 клас по Блеку в області фісур, 1 клас по Блеку в області фісур з ураженням медіальних горбів, 1 клас по Блеку в області фісур з ураженням дистальних горбів, 1 клас по Блеку в області фісур з ураженням медіальних і дистальних горбів.

Результати дослідження та їх обговорення. Група з 16 лікарів-стоматологів з однаковим стажем роботи, кваліфікаційною категорією та спеціалізацією була розділена на дві підгрупи по 8 лікарів в кожній. Перша група лікарів відновлювала жувальну поверхню пломбувальним матеріалом не бачачи анатомічної форми зуба, а спираючись на знання анатомії зубів. Друга група лікарів відновлювала анатомічну форму оклюзійної поверхні зубів, використовуючи А-силіконові ключі. Після закінчення практичної частини ми оцінювали візуально якість відновлення, втрачених твердих тканин зубів, використовуючи попередньо зняті А- силіконові ключі з кожного зуба. У силіконовий ключ ми помістили коректор та отримали відбиток. Потім оцінювали візуально товщину корегуючої маси в кожному випадку. У першій групі ми отримали наступні результати: тонкий рівномірний шар корегуючої маси на всій оклюзійній поверхні, що підтверджує правильність відновлення оклюзійної поверхні, надлишок корегуючої маси в області змодельованого дефекту, що вказує на недостатність пломбувального матеріалу, недолік корегуючої маси в області змодельованого дефекту, що вказує на надлишок пломбувального матеріалу. У двох останніх випадках можна стверджувати про неповне відновлення анатомічної форми твердих тканин зубів. У другій групі у всіх учасників ми отримали тонкий рівномірний шар корегуючої маси на всій оклюзійній поверхні, що підтверджує правильність відновлення оклюзійної поверхні.

Висновки. Виходячи з вищевикладеного можна констатувати: зберігання і використання А -сіліконових ключів або 3Dфайли оклюзійних поверхонь перших постійних молярів пацієнтів в клініці з моменту їх прорізування і протягом 3-4 років допомагає повноцінно відновити анатомічну форму жувальної поверхні тим самим знизити ризик формування неправильного змикання перших постійних молярів і відповідно формування патологічного прикусу.

УДК 616.314.9 – 002.1 – 053.2. – 085.31:546.16.

Назарян Р. С., Кузіна В. В., Пешко Т. Є.

*Харківський національний медичний університет, м. Харків
приватна стоматологічна практика, м. Київ*

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ ГЛИБОКОГО ФТОРУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПОЧАТКОВОГО КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Каріозні ураження твердих тканин тимчасових зубів дуже поширена стоматологічна патологія. За своїм походженням початковий карієс є підповерхневим ураженням без формування порожнини, оскільки згідно з дослідженням G.Gustafsonson (1975), навіть при значному розповсюдженні ураження на глибину, поверхнева зона емалі досить тривалий час лишається мінералізованою та неушкодженою, більшою частиною завдяки контакту із слиною. На початкових стадіях гострий каріозний процес клінічно має прояви крейдоподібних плям з типовою локалізацією в місцях скупчення нальоту.

Серед методів лікування початкового карієсу поширені різні методи ремінералізуючої терапії, яку проводять у клініці, або в домашніх умовах. Клінічний ефект від подібних заходів значною мірою залежить від якості виконання. Однією із складових успіху подібних процедур є можливість забезпечення пенетрації лікарської речовини в зону вогнища демінералізації. Однак, у зв'язку із специфічним плином розвитку каріозного ураження у поверхневому шарі емалі та накопиченням зубних нашарувань, цей доступ ускладнюється. Тому перед аплікаціями ремінералізуючих розчинів, лаків, гелів та інших засобів, виробники вказують на необхідність проведення професійної гігієни, але не досить акцентують свою увагу на її особливос-