

2. Включённая в комплексное лечение транскраниальная электростимуляция оказывает иммуномодулирующее, обезболивающее и противовоспалительное действие, способствует регенерации костной ткани. Иммуотропные эффекты терапии транскраниальной электростимуляцией заключаются в снижении исходно высокого содержания провоспалительного интерлейкина-6, увеличении уровня интерлейкина-10 и адекватном повышении концентрации β -эндорфина.

3. Предлагаемый метод комплексного лечения деформирующего артроза без применения лекарственных препаратов, как показало исследование, более эффективен по сравнению с известными методами лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Э.Т. Результаты лечения больных с артрозами височно-нижнечелюстного сустава // Институт стоматол. — 2009. — №9. — С. 72-74.

2. Верткин А.Л., Талибов О.Б. Лечение остеоартроза: роль хондропротекторов // Леч. врач. — 2000. — №9. — С. 40-43.

3. Насонов Е.Л., Чичасова В.Ю., Ковалёв В.Ю. Локальная терапия глюкокортикоидами // Рус. мед. ж. — 1999. — Т. 7, №8. — С. 385-391.

4. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Остеоартроз. — М.: Медицина, 1989. — С. 432-476.

5. Петросов Ю.А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. — Краснодар: Совет. Кубань, 2007. — 304 с.

6. Потапов В.П. Клиническая картина и методы лечения больных с остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного хронической микротравмой // Аспирант. вестн. Поволж. — 2010. — №7-8. — С. 165-167.

7. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. — Н. Новгород: НГМА, 1996. — 275 с.

8. Цурко В.В., Хитров Н.А. Остеоартроз: патогенез, клиника, лечение // Леч. врач. — 2000. — №9. — С. 30-38.

9. Onder M.E., Tuz H.H., Kocyigit D. et al. Long-term results of arthrocentesis in degenerative temporomandibular disorders // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 2009. — Vol. 107. — №1. — P. 5.

УДК 616.31-009.613: 616.314-002-74-073.7

T12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ И ВКЛАДOK У ПАЦИЕНТОВ С КСЕРОСТОМИЕЙ

Ксения Владимировна Комарова*, Владимир Кузьмич Поленичкин,
Наталья Николаевна Раткина

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Реферат

Цель. Изучить динамику электрометрических показателей краевого прилегания пломб и вкладок на границе с твёрдыми тканями зуба у пациентов с ксеростомией.

Методы. Обследованы 40 пациентов в возрасте от 28 до 56 лет с ксеростомией, 29 женщин и 11 мужчин. Им проведена реставрация 80 зубов. Критериями включения в исследование были добровольное информируемое согласие пациентов, наличие ксеростомии, сохранная жевательная группа зубов верхней и нижней челюстей, наличие антагониста у исследуемого зуба. Были выделены две группы зубов: восстановление которых осуществляли пломбированием (первая группа, 40 зубов) и вкладками (вторая группа, 40 зубов). Пломбы и вкладки изготавливали из пакуемого композитного пломбирочного материала Filtek P60. Для изоляции реставрируемого зуба от слюны использовали коффердам. Контроль краевого прилегания на границе «реставрация-зуб» проводили электрометрическим аппаратом «ДентЭст». Сравнительная оценка качества краевого прилегания на границе «зуб-пломба» и «зуб-вкладка» проведена на основании результатов электрометрического исследования через 3, 6, 9 и 12 мес.

Результаты. Через 10 мин после лечения в первой группе средняя величина показателя краевого проникновения достоверно не отличалась от второй группы, что свидетельствовало об удовлетворительном краевом прилегании. Через 3 мес при проведении электрометрии выявлено нарушение краевого прилегания у одной пломбы из 40, а во второй группе показатель краевого проникновения сохранялся удовлетворительным до 12 мес. При изучении функционирования реставраций с удовлетворительным краевым прилеганием в первой группе от 3 до 12 мес этот показатель уменьшился с 98 до 45%, тогда как во второй группе он уменьшился со 100 до 95%. Различия между группами оказались статистически значимыми.

Вывод. У пациентов с ксеростомией оперативно-восстановительное лечение зубов вкладками эффективнее пломбирования.

Ключевые слова: ксеростомия, кариес, реставрация, пломба, вкладка, электрометрия.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF MARGINAL ADJOINING OF FILLINGS AND DENTAL INLAYS IN PATIENTS WITH XEROSTOMIA K.V. Komarova, V.K. Polenichkin, N.N. Ratkina. Novokuznetsk State Institute of Continuing Medical Education, Novokuznetsk, Russia. **Aim.** To study change of electrometric index of fillings and dental inlays marginal

adjoining on the border with hard tooth tissues in patients with xerostomia over time. **Methods.** 40 patients (male – 11, female – 29) aged from 28 to 56 years with xerostomia, in whom 80 dental restorations were completed. Inclusion criteria were the following: signed informed consent, diagnosis of xerostomia, preserved chewing function of mandibular and maxillar teeth, and presence of an antagonist of the examined tooth. Patients were divided into two subgroups (40 patients each) depending on the treatment method used: dental filling (1st group) or dental inlay (2nd group). Both fillings and inlays were made of packed restorative composite Filtek P60. Dental dam was used to isolate restored tooth from saliva. Marginal adjoining control at the border «tooth-composite» was made by «DentEst» (Geosoft, Russia) electrometric device. Comparative evaluation of marginal adjoining quality at «tooth-filling» and «tooth inlay» border was performed at 3, 6, 9 and 12 months after treatment. **Results.** 10 minutes after treatment mean values of marginal permeability in the first group did not significantly differed from the second group, indicating good marginal adjoining. 3 months after the treatment at electrometry marginal adjoining was incomplete in 1 filling out of 40, compared to the second group where marginal permeability was still good at 12 months after treatment. The functional examination of restored teeth with good marginal adjoining at a period from 3 to 12 months after treatment showed that this number reduced from 98 to 45% in the first group and from 100 to 95% in the second group. Differences between groups were statistically significant. **Conclusion.** In patients with xerostomia tooth reconstruction using dental inlay is more effective than use of dental filling. **Keywords:** xerostomia, dental caries, dental restoration, dental filling, dental inlay, electrometry.

Первичная и вторичная ксеростомия присутствует у 12–40% пациентов, обращающихся за стоматологической помощью [7]. Чаще встречается вторичная ксеростомия, которая может быть проявлением системных заболеваний, побочного действия лекарственных препаратов и химиолучевой терапии при онкологических заболеваниях [1, 6]. Сухость в полости рта приводит к множественному кариесу, а также уменьшает срок службы реставраций [1, 7–9]. Макеева и соавт. [5] пишут о противопоказании для выполнения реставрации зубов у пациентов с ксеростомией. Иной подход в лечении описан в 5-летнем наблюдении [3], где применяли прямой метод пломбирования во фронтальной и жевательной группах зубов. Нами использована методика восстановления зубов вкладками у пациентов с ксеростомией под контролем электрометрического метода [4].

Целью настоящего исследования стала сравнительная оценка краевого прилегания пломб и вкладок на границе с твёрдыми тканями зуба в динамике методом электрометрии у пациентов с ксеростомией.

Обследованы 40 пациентов с ксеростомией в возрасте от 28 до 56 лет: 29 женщин и 11 мужчин. Ксеростомию диагностировали на основании жалоб, сиалометрии, подсчёта количества и оценки размера капель малых слюнных желёз [9]. Функции слёзных желёз оценивали тестом Ширмера №1. При сборе анамнеза внимание уделяли общему соматическому статусу.

Всего проведено лечение 197 зубов, 80 из них было исследовано. Критерии включения: добровольное информированное согласие пациентов, наличие ксеростомии (по данным объективного и инструментального исследования), сохранная жевательная группа зубов верхней и нижней челюстей, наличие антагониста у исследуемого зуба.

Критериями исключения были нарушение предписаний врача, зубы, ранее леченные резорцин-формалиновым методом, декомпенсированная соматическая патология.

В зависимости от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба по В.Ю. Миликевичу (1984) зубы были разделены на две группы: восстановление которых осуществляли пломбированием (первая группа, 40 зубов) и вкладками (вторая группа, 40 зубов).

Пломбы и вкладки устанавливали из пакуемого композитного пломбировочного материала Filtek P60 (3M ESPE, USA) с использованием коффердама. Препарирование твёрдых тканей зуба и пломбирование проводили с выполнением основных этапов и соблюдением принципов адгезивной техники реставрации [5].

Формирование полости под вкладку осуществляли с соблюдением медицинских и технических правил [2], снимали анатомические оттиски стандартными перфорированными ложками с помощью силиконовой слепочной массы «Speedex» (Coltene, Швейцария), изготавливали разборную модель. Моделирование окклюзионной и контактных поверхностей вкладок проводили в артикуляторе. Вкладки фиксировали на цемент двойного отверждения «RelyX» (3M ESPE, USA).

Контроль краевого прилегания на границе «реставрация-зуб» проводили электрометрическим аппаратом «ДентЭст» (Геософт, Россия) [4]. Величина тока при электрометрии на границе реставрации с твёрдыми тканями зуба служит показателем краевой проницаемости (ПКП).

Динамику ПКП оценивали через 10 мин после постановки реставрации, затем через 3, 6, 9 и 12 мес.

Обработку результатов проводили с использованием статистического пакета «SPSS

Таблица 1
Средние показатели электрометрии (мкА) пломб и вкладок жевательной группы зубов у пациентов с ксеростомией

Сроки	Первая группа (n=40)	Вторая группа (n=40)	Значение критерия Уилкоксона, U
10 мин	0,04±0,01	0,03±0,01	1,73
3 мес	1,2±0,2	0,07±0,02	5,37*
6 мес	2,4±0,2	0,25±0,06	5,45*
9 мес	3,5±0,2	0,74±0,13	5,48*
12 мес	4,6±0,2	1,6±0,18	5,46*

Примечание: * $p < 0,05$.

Statistica 19.0». Нормальность распределения количественных показателей проверяли по Колмогорову-Смирнову. Статистические данные представлены в виде $M \pm m$ (среднее арифметическое значение и стандартная ошибка среднего), доверительный интервал для среднего арифметического значения составлял 0,95. Для анализа данных применяли критерии Уилкоксона и Гехана.

Нами проведён анализ ПКП и динамики функционирования реставраций с удовлетворительным краевым прилеганием после лечения в сравниваемых группах. Через 10 мин после лечения в первой группе средняя величина ПКП достоверно не отличалась от второй группы ($p=0,83$), что свидетельствовало об удовлетворительном краевом прилегании.

Через 3 мес при проведении электрометрии в первой группе выявлено нарушение краевого прилегания у одной пломбы из 40, а во второй группе ПКП сохранялся удовлетворительным до 12 мес.

В сроки 3, 6, 9 и 12 мес получены достоверные различия средних величин (табл. 1).

При изучении функционирования реставраций с удовлетворительным краевым прилеганием в первой группе от 3 до 12 мес этот показатель уменьшился с 98 до 45%, тогда как во второй группе он уменьшился со 100 до 95%. Различия между группами оказались статистически значимыми (критерий Гехана $z_v=24,75$; $p=0,0001$).

Таким образом, при анализе ПКП и функционирования реставраций с удов-

летворительным краевым прилеганием в исследуемых группах получены данные о преимуществе метода реставрации зубов вкладками по сравнению с пломбированием. Полученные различия, вероятно, связаны со следующими факторами при изготовлении вкладок: (1) полная полимеризация пломбировочного материала вне полости рта; (2) лабораторная полировка окклюзионной и контактной поверхностей вкладок.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с ксеростомией реставрация жевательных зубов вкладками эффективнее метода пломбирования.

2. Применение электрометрического метода обследования у пациентов с ксеростомией в сроки 3, 6, 9 и 12 мес позволило провести своевременную диагностику нарушения краевого прилегания реставраций зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Ирмияев А.А. Ксеростомия. Диагностика и лечение // *Стоматология*. — 2004. — №6. — С. 36-38.
2. Брагин Е.А., Скрыль А.В. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки. — М.: Медицинская пресса, 2009. — 508 с.
3. Григорьев С.С. Оптимизация выбора пломбировочных материалов при реставрации зубов у пациентов с синдромом Шёгрена // *Урал. мед. ж.* — 2011. — №5. — С. 50-59.
4. Леонтьев В.К., Иванова Г.Г., Буянкина Р.Г. Электрометрическая диагностика краевой проницаемости пломб и вторичного кариеса // *Стоматология*. — 1987. — №3. — С. 4-5.
5. Макеева И.М., Николаев А.И. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами. Практическое руководство для врачей стоматологов терапевтов. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 368 с.
6. Нуриева Н.С. Стоматологические осложнения, возникшие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки // *Стоматология*. — 2012. — №1. — С. 35-39.
7. Ронь Г.И. Ксеростомия. — Екатеринбург: Премимум Пресс, 2008. — 136 с.
8. Хидирбегишвили О.Э. Современная кариесология. — М.: Медицинская книга, 2006. — 300 с.
9. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желёз с помощью дифференциально-диагностического алгоритма. Практическое руководство. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 160 с.