

рецидива продолжать ретенцию на неопределенный срок. Задача врача – расположить зубы в наиболее стабильной позиции, проинформировать пациента о риске возникновения рецидива в отдаленной перспективе и предоставить какой-либо вид ретенции.

Пациент должен быть проинформирован о последствиях рецидивах, о том, как ухаживать за ретенционными аппаратами, ретейнерами. Таким образом, пациент может взять на себя ответственность за ретенционный период лечения, пациент решает сам: либо он будет продолжать носить ретейнеры в течение длительного времени, либо он подвергнется риску развития рецидива. Ответственность за ретенцию лежит на пациентах, и они должны это осознавать.

Сурженко Е.В., Хиженяк Ю.В.

ПРИМЕНЕНИЕ СИЦ В КАЧЕСТВЕ ПОДКЛАДОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В СТАДИИ АПЕКСОГЕНЕЗА

НИУ «БелГУ», г. Белгород

Лечение кариеса постоянных зубов с незавершенным формированием корней является актуальной проблемой в детской терапевтической стоматологии уже несколько десятков лет. Качество лечения и благоприятные в перспективе результаты работы зависят от вида пломбировочного материала, локализации полости, активности кариозного процесса. А особенности организма ребенка в различные возрастные периоды должны служить научным обоснованием дифференцированной стоматологической помощи детям. Соответственно, располагая знаниями о периодах детского возраста, особенностями развития постоянных зубов с момента их закладки и прорезывания, можно рассчитывать на благоприятный исход лечения.

В дошкольном и школьном периодах у детей при отсутствии комплексной профилактики выявляются многие стоматологические заболевания. Наиболее массовыми являются кариес и его осложнения. В детской стоматологической практике важным приоритетом является знание морфологических особенностей несформированного канала зуба, знание этапов и апексогенеза. В связи с этим назрела необходимость разработки алгоритма лечения кариеса постоянных зубов с несформированными корнями.

Прорезывание постоянных зубов начинается с первого моляра, что соответствует в большинстве случаев 6-летнему возрасту. К 12-13 годам все временные зубы заменяются постоянными. В прикусе остаются постоянные зубы с различной степенью формирования корней. Период формирования корня зуба (период становления функциональной активности) – длится от момента прорезывания коронки до 2-2,5 лет у однокорневых зубов и 4-4,5 лет для многокорневых зубов. В свою очередь, период функциональной зрелости длится от момента закрытия апикального отверстия до первых проявлений деструктивных процессов (около 40 лет). В полости зуба располагается пульпа зуба, которая повторяет её анатомические контуры и делится на коронковую и корневую. Свод коронковой полости в зависимости от возраста пациента может быть расположен на различных уровнях по отношению шейки зуба. В этой связи у детей при относительно небольшой кариозной полости, при окончательном препарировании отмечается большой дефект твердых тканей. Соответственно, рекомендуется изолировать дно отпрепарированной кариозной полости, во избежании токсического пульпита или периодонтита, а также при незаконченной минерализации твердых тканей зуба рекомендуется проводить более щадящее препарирование

Промывание полости и медикаментозная обработка проводится на всех этапах препаровки для удаления дентинных опилок и во избежание перегрева твердых тканей зуба и развития травматического пульпита.

После обработки кариозной полости, качестве подкладочного материала на дно и стенки рекомендуется наложение бактерицидного цемента. А большинство авторов рекомендует в качестве препаратов выбора стеклоиономерные цементы. Актуальность применения СИЦ обусловлена рядом уникальных свойств, присущих только этим пломбировочным материалам.

Принципиальные характеристики стеклоиономерных цемента: химическая связь или истинная адгезия СИЦ к эмали и дентину зуба, кариесстатический эффект за счет высвобождения ионов фтора в течение длительного времени после постановки подкладки. Происходит укрепление структуры твердых тканей зуба, снижается риск возникновения рецидива кариеса. Невысокая токсичность, биологическая инертность. Полиакриловая кислота, которая находится в составе материала, не может проникать в дентинные каналы из-за высокого молекулярного веса и не обладает раздражающим действием на пульпу зуба. Также СИЦ биологически инертен для организма в целом. Кроме того, СИЦ гораздо менее капризный материал по сравнению с другими композитами и не восприимчив к загрязнению кариозной полости биологической жидкостью. В условиях высокой саливации, например, у детей, и плохой гигиены полости рта стеклоиономерный цемент является материалом выбора. Данные материалы являются особенно ценными в сложных клинических ситуациях: при лечении кариеса на стадии формирования корней, а также неизолированных полостей временных зубов и позволяют применять данный материал в качестве подкладочного при лечении среднего кариеса

Стеклоиономерные цементы имеют высокую прочность на сжатие. Кроме того, они имеют низкий модуль упругости (модуль Юнга), т.е. высокую эластичность. Эти свойства позволяют им выдерживать окклюзионные нагрузки под пломбами, вкладками и коронками. В какой-то мере стеклоиономеры способны компенсировать полимеризационную усадку композитов, а также напряжения, возникающие в пришеечной области при микроизгибах зуба в процессе жевания. Кроме того, коэффициент температурного расширения СИЦ близок к коэффициенту температурного расширения тканей зуба, что важно для обеспечения долговременной герметичности на границе «пломба / ткани зуба».

Таким образом, стеклоиономерные цементы являются материалом выбора в качестве подкладочного материала при лечении кариеса постоянных зубов с незавершенным апексогенезом. Уникальные свойства СИЦ позволяют избежать осложнений, связанные с анатомическими особенностями постоянных зубов у детей. Зная состав и свойства стеклоиономерных цемента и четко соблюдая методику их применения, можно получать положительные отдаленные результаты лечения зубов.

Терехов М.С.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ ПОМОЩИ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. В настоящее время цифровая стоматология активно развивается, позволяя усовершенствовать аналоговые методы лечения. На сегодняшний день при помощи цифровых технологий возможно изготовление полных съемных зубных протезов.