

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ  
ПЛОМБИРОВОЧНЫХ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ  
В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

*Абдусаламова М. У.*

*студентка 418 группы стоматологического факультета*

*Кафедра: Детская стоматология*

*Научный руководитель: Арзикулова М.Ш. Ассистент*

*Самаркандский государственный медицинский университет, г.*

*Самарканд, Узбекистан*

**Аннотация:** *Лечение кариеса молочных зубов принадлежит к более значимым и важным вопросам сегодняшней детской стоматологии. В настоящее время предполагается обширный список разных технологий, способов и материалов с целью излечения кариеса, но использование множества с их в детской зуболечебной практике затруднено. Барьерами в пути применения разных способов лечения кариеса могут находиться незначительный уровень сотрудничества детей и их родителей, стоматофобия, финансовые противоречия, консерватизм стоматологов [3,4,5,6]. Постоянная obturation – это процесс плотного заполнения корневых каналов герметизирующей массой, которая легко проникает во все ответвления и затвердевает. Процедура проводится с целью изоляции депульпированной сердцевины от периодонтальных тканей, а также для перекрытия доступа жидкостей и воздуха во внутреннюю полость зуба. Сегодня детские стоматологи располагают довольно обширным ассортиментом материалов для obturation каналов [8].*

**Ключевые слова:** *Пломбировочный материал, стеклоиономерные, цементы компомеры, композиты .*

**Актуальность:** *Для реставрации молочных моляров могут быть*

использованы различные материалы: от амальгамы до современных композитов, компомеров и стандартных коронок. Несмотря на многолетнюю полемику вокруг амальгамы (содержит ртуть), по данным ряда исследований, этот материал остается самым долговечным и экономичным (через 5 лет не сохраняется 20 % пломб из амальгамы и 33 % пломб из СИЦ). Тем не менее, для восстановления временных моляров сегодня используют упроченные СИЦ, композиты, компомеры. Объемы реставраций временных моляров могут варьировать от очень маленьких (профилактических, одноповерхностных) до больших (нескольких поверхностей, при восстановлении зуба после эндодонтического лечения). Европейская школа детской стоматологии придерживается мнения о необходимости использования коронки на временный моляр, если разрушено более поверхностей, так как большие полости во временных молярах неизбежно имеют слабые эмалевые края и тонкие стенки (особенно после эндодонтического лечения), а использование пломб должно быть ограничено небольшими одно- или двухповерхностными полостями. С выбором материала для реставрации определяются исходя из конкретного случая. При высоком риске и остром течении процесса выбор делают в пользу СИЦ. Во всех остальных случаях руководствуются экономическими возможностями и поведением ребенка [2]. Профилактика любого заболевания, в том числе стоматологического, на современном этапе должна проводиться в первую очередь с экологических позиций. Условия жизни на планете изменяются коренным образом и оказывают сильное влияние на здоровье человека.

На современного человека действуют различные факторы: социальные, экономические, производственные, урбанизация, информационная нагрузка и повышенная миграция, подвижность, мобильность населения (Казначеев В. П., Матрос Л. Г., 1983).

Воздействие факторов внешней среды на организм с точки зрения медицины может иметь различные последствия: от укрепления здоровья до тяжелой болезни и гибели.

Исход этих воздействии во многом зависит от степени активности и интенсивности двух реагирующих сторон: от свойств внешнего агента, его интенсивности, продолжительности действия и т. л. и от индивидуальной реактивности и резистентности организма в целом или его отдельных уровней.

Способность организма адекватно отреагировать на действия внешней среды зависит в определенной мере от его резервных возможностей, или от так называемого резерва здоровья. Известно, например, что таким резервом характеризуются процессы гомео-стаза, а также функции организма. Так, в здоровом организме используется лишь 20-25% дыхательных поверхностей легких, 20% мощности сердечной мышцы, 20-25% клубочкового аппарата почек. Аналогичным резервом здоровья обладает и зубочелюстная система организма. В обычных условиях используется лишь доля жевательной активности мышц, в тканях пародонта -- часть клубочкового аппарата кровообращения, в твердых тканях зуба резервируется кальций и т. д. В настоящее время известен большой перечень факторов риска, наличие которых повышает вероятность заболевания. Предложена даже их классификация (Ветров В. И., Большако-ва Г. С., Таперова /И. Н., 1981]. Согласно этой классификации выделяют: Эндогенные и экзогенные, специфические и неспецифические, управляемые и неуправляемые факторы риска.

Например, к эндогенным факторам относятся возрастные анатомо-физиологические особенности отдельных органов и систем ребенка, индивидуальные особенности реактивности организма, слаборазвитый иммунитет, семейную и генетическую предрасположенность к различным видам патологии и др [1].

Материалы и методы исследования: Материалом исследования явились литературные данные, представленные в научных статьях, учебниках, журналах.

Результаты исследования: Согласно представленным данным, всего было вылечено 394 зуба. При этом среди всех исследуемых наиболее часто отмечалось наличие кариозных дефектов, относящихся к I классу по Блэку (в

53,8% случаев). Реже встречались II и V классы кариозных полостей (37,6 и 8,6%, соответственно). Различия структуры сравниваемых групп по локализации дефектов были статистически не значимы ( $p=0,962$ ). Таким образом, была установлена сопоставимость сравниваемых совокупностей зубов, пролеченных с использованием различных пломбировочных материалов, по основным факторным признакам, что обусловило объективность дальнейшего исследования. Нами также были рассмотрены различия оценок краевой адаптации пломбы при лечении кариеса в зависимости от применяемого материала. При этом сравнивались. Согласно полученному распределению, при I классе дефектов наилучшие результаты лечения были получены для материалов Dyract и Ceram X Mono, доля оценок Alpha при использовании которых составляла 54,4 и 55,6%, соответственно, а доля оценок Delta - 1,8 и 3,7%, соответственно. Использование материала Ceram X Mono также позволило получить низкий процент оценок Delta (4,3%), однако доля оценок Alpha была ниже, чем при использовании материалов Dyract и Fuji IX, составляя 38,3%. Наихудшие результаты при I классе дефектов были получены в случае использования материала Цемион, через год после применения которого оценка краевой адаптации Delta отмечалась в 9,3% случаев, оценка Alpha в 29,6% случаев. Различия оценок краевой адаптации в зависимости от применяемого пломбировочного материала при I классе дефектов были статистически значимыми ( $p<0,001$ )анные отдаленного этапа наблюдения в разрезе классов кариозного дефекта по Блэку (таблица 3). При II классе дефектов лучшими показателями краевой адаптации также отличались материалы Dyract и Fuji IX, доля оценок Alpha при их применении составляла 50% и выше. Доля оценок Delta, напротив, была минимальной, составляя 7,9 и 8,3%, соответственно. При использовании материала Ceram X Mono доля оценок Delta была несколько увеличена, составляя 13,9%, и существенно выше была доля неудовлетворительных оценок краевой адаптации при использовании материала Цемион, составляя более четверти исследуемой выборки (26,3%). Различия результатов, полученных при использовании

указанных материалов, были статистически значимыми [7].

**Выводы:** В качестве главных использованных материалов с целью пломбирования временных зубов специалисты рекомендуют компомеры также конденсируемые химически отверждаемые стеклоиономерные цементы, композиты, компомеры. Наносятся они послойно вместе с отверждением каждого слоя светом. Успешность реставрации зависит от множества факторов: используемого материала, навыков специалиста и особенностей самого пациента. Последняя характеристика обуславливает уникальность педиатрической практики. Взаимодействие с пациентом выявляет предпочтительные материалы для манипуляций при стандартных техниках. Кроме того, молочные зубы отличаются от постоянных своей анатомией и временным присутствием в зубной дуге. И если у стоматолога имеется такой же набор материалов для постоянных зубов, как и для временных (композитные материалы, амальгамы, компомеры и стекло-иономерные цементы), методики реставраций временных зубов являются весьма специфичными. После оценки уникальности временного прикуса, будет представлен короткий обзор информации по поводу продолжительности службы СИЦ, модифицированных СИЦ с добавлением смол и конденсируемых СИЦ. Также принципиальные основы использования данных цементов будут проиллюстрированы клиническими примерами. Композиты, модифицированные добавлением поликислот (или компомеры) не будут обсуждаться в данной статье, так как они более схожи с композитами, чем СИЦ.

### **Литература:**

1. Т.Ф. ВИНОГРАДОВ, Стоматология детского возраста, Москва 1987 г, 34 - 35 стр.
2. О. В. Минченя; А. И. Яцук; М. И. Кленовская; Н. В. Ковальчук; М. А. Шилова, ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, Минск БГМУ 2013, 26-стр.
3. .Атанасова А.С. Социологический анализ проблемы выбора стоматологами и родителями метода лечения кариеса зубов у детей: автореф. дис. ... к.м.н.

— Волгоград, 2008. — 24 с.

4. Власова Д.С. Стоматофобия как социальная проблема: факторы формирования и возможности профилактики: автореф. дис. ... к.м.н. — Волгоград, 2012. — 24 с.
5. Куюмджиди Н.В. Медико-социологический анализ влияния комплаентности родителей на эффективность профилактики заболеваний зубов у детей раннего возраста: автореф. дис. ... к.м.н. — Волгоград, 2010. — 24 с.
6. Маслак Е.Е., Яновская М.Л., Галкин В.С., Коноваленко В.Г. Системные проблемы в работе врача-стоматолога детского. — Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2013; 4 (40): 55—9.
7. Федотов К.И.<sup>1</sup>, Мандра Ю.В.<sup>2</sup>, Кисельникова Л.П.<sup>3</sup> ,Клиническое обоснование выбора различных пломбировочных материалов в детской стоматологии, Екатеринбург, стр 38.
8. <https://stomatology.su/postoyannaya-obturaciya-kornevyh-kanalov-u-detey.html>