

6. Parrish N.C., Warden P.J. A review of oro-antral communications. *Gen. Dent.* 2010; 58(4): 312–17.
7. Grebenchenko O.I. *Effectivity of the Functional-sparing Intervention in Complex Treatment of Patients with Cchronic Odontogenic Perforative Highmoritis.* Diss. Odessa; 2003. (in Russian)
8. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2006; 135 (3): 349–55.
9. Mehra P., Jeong D. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *Curr. Allergy Asthma Rep.* 2009; 9 (3): 238–43.
10. Malanchuk V.A., Grigorovskiy V.V., Izadkkhakh Farshad. Pathological changes and some clinical-morphological correlations in patients with chronic odontogenic sinusitis. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal.* 2010; 2: 6–11. (in Russian)
11. Patel N.A., Ferguson B. J. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2012; 20(1): 24–8.
12. Tachovski J., Nozicka Z. Oroantral communication in the histological picture. *Cesk. Stomatol.* 1973; 73(5): 318–23.
13. Von Wowern N. Clinical and radiographic findings in maxillary sinus with oro-antral fistula. *Int. J. Oral Surg.* 1981; 10 (Suppl. 1): 138–42.
14. Thunthy K.H. Diseases of the maxillary sinus. *Gen. Dent.* 1998; 46(2): 160–5.
15. Baydik O.D., Logvinov S.V., Zubarev S.D., Sysolyatin P.T., Turin A.A. The structure of maxillary sinus mucosa in norm and by odontogenic perforative sinusitis. *Morfologiya.* 2011; 139(2): 49–54. (in Russian)
16. Malanchuk V.A., Garlyauskayte I.Yu., Keyan D.N. The application of free autogenic bone graft in surgical treatment of odontogenic sinusitis with oroantral communication. *Visnik stomatologii.* 2012; 3: 65–8. (in Russian)

Received 02.12.14

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.314-089.27-057.118-036.8-07

Амирханян М.А., Олесов Е.Е., Адамчик А.А., Берсанов Р.У., Лесняк А.В., Шмаков А.Н., Арутюнов Д.С.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПОЗИТНЫХ И КЕРАМИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБОВ У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАГРУЗКАМИ

ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, 125371, г. Москва, Россия

Представлены результаты двухлетнего клинического сравнения композитных пломб и керамических реставраций у работников с опасными условиями труда, подвергающихся высокому физическому и эмоциональному нагрузкам. За этот период показана более значимая эффективность керамических вкладок.

К л ю ч е в ы е с л о в а: керамические вкладки; композитные пломбы; физическая нагрузка; эмоциональная нагрузка.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал.* 2015; 19(2): 42–43.

Amirkhanyan M.A., Olesov E.E., Adamchik A.A., Bersanov R.Yu., Lesnyak A.V., Shmakov A.N., Arutyunov D.S.

COMPARISON OF THE CLINICAL EFFICACY OF COMPOSITE AND CERAMIC RESTORATIONS IN INDIVIDUALS WITH PROFESSIONAL PHYSICAL AND EMOTIONAL STRESS

«Institute for Advanced Studies of FMBA of Russia», 125371, Moscow

The results of a two-year clinical comparison of composite fillings and ceramic restorations workers from dangerous working conditions, exposed to high physical and emotional stress. Shows a significant efficacy ceramic inlays over the observation period of 2 years.

Key words: ceramic inlays; composite fillings; exercise; emotional load.

Citation: *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal.* 2015; 19(2): 42–43.

Ориентируясь на исследования в области мышечно-суставной дисфункции в челюстно-лицевой области, можно предположить, что повышенные физические или эмоциональные нагрузки могут вызвать такие дисфункции [1–5]. Профессиональные спортсмены, работники с опасными условиями труда (ОУТ), несомненно, подвержены и физическим, и эмоциональным перегрузкам; эти лица необходимо отнести к группе риска развития дисфункции тонуса мышц и деятельности височно-нижнечелюстного сустава.

В связи с этим становится актуальным сравнение эффективности реставраций дефектов зубов с использованием раз-

ных материалов у пациентов, испытывающих высокие профессиональные эмоционально-физические нагрузки.

Материал и методы

При реализации «Программы стоматологической профилактики и реабилитации молодых работников с опасными условиями труда в ЗАТО» сформированы 2 группы работников с ОУТ разного возраста: 1-я – 20–34 года, 2-я – 35–44 года, которым по показаниям изготовлены 34 прессованные керамические вкладки и наложено 120 пломб из светоотверждаемого композита (в 1-й группе), 40 вкладок и 123 пломбы (во 2-й группе) [6]. Работники с ОУТ подвержены высокому физическому и эмоциональному нагрузкам. Через 2 года эксплуатации состояние вкладок и пломб оценивалось по 11 критериям, представленным в таблице.

Для корреспонденции: Олесов Егор Евгеньевич, olesov_georgiy@mail.ru

For correspondence: Olesov Egor Evgen'evich, olesov_georgiy@mail.ru

Сопоставление качества композитных пломб и керамических вкладок через 2 года эксплуатации в 1-й и 2-й группах (в % от исходного количества пломб или вкладок)

Критерий оценки качества	Композитные пломбы		Керамические вкладки	
	1-я группа (n = 120)	2-я группа (n = 123)	1-я группа (n = 34)	2-я группа (n = 40)
Отсутствие пломбы или вкладки	10,8	8,9	5,9	5,0
Откол реставрационного материала	9,2	8,9	0	0
Нарушение краевого прилегания	50,8	51,2	17,7	20,0
Стираемость реставрационного материала	80,0	79,7	0	0
Сколы эмали	15,8	13,0	11,8	10,0
Нависающий край реставрации	5,0	5,7	2,9	2,5
Отсутствие аппроксимального контакта	16,7	14,6	8,8	7,5
Локальный гингивит у реставрации	20,0	20,3	5,9	5,0
Изменение цвета реставрационного материала	44,2	44,7	0	0

Результаты

На протяжении 2 лет контроля произошла расфиксация пломб или вкладок и зарегистрировано выпадение их из полостей в зубе соответственно у 10,8 и 5,9% в 1-й группе, у 8,9 и 5,0% во 2-й группе (разница в показателях пломб и вкладок составляет 45,4 и 43,8% в 1-й и 2-й группах) (см. таблицу). Откол реставрационного материала наблюдался только у светоотверждаемого композита и составлял по частоте 9,2 и 8,9% в 1-й и 2-й группах. Нарушение краевого прилегания (проседание реставраций, прокрашивание линии контакта реставрации и зуба, расширение линии контакта реставрации и зуба) выявлено у 50,8% композитных пломб в 1-й группе и у 51,2% во 2-й группе против 17,7 и 20,0% случаев нарушения краевого прилегания керамических вкладок в 1-й и 2-й группах (разница в показателях - 65,2 и 60,9% в 1-й и 2-й группах). В течение 2 лет керамические вкладки не подвергались стиранию, тогда как 80,0 и 79,7% композитных пломб в обеих группах заметно стирались. Сколы эмали вокруг пломб и вкладок встречались приблизительно с одинаковой частотой, тем не менее они зарегистрированы вокруг 15,8 и 13,0% композитных пломб в 1-й и 2-й группах и вокруг 11,8 и 10,0% вкладок в этих группах (разница в показателях составила 25,3 и 23,1% в 1-й и 2-й группах). Нависающий край реставрации выявлен у 5,0 и 5,7% пломб из светоотверждаемого композита в 1-й и 2-й группах, нависающий край керамических вкладок обнаружен у 2,9 и 2,5% вкладок в этих группах (разница в показателях - 42,0 и 56,1% в 1-й и 2-й группах). Отсутствие аппроксимального контакта выявлено у 16,7 и 14,6% композитных пломб в 1-й и 2-й группах, а также у 8,8 и 7,5% керамических вкладок в указанных группах (разница в показателях - 47,3 и 48,6% в 1-й и 2-й группах). Локальный гингивит наблюдался в области 20 и 20,3% композитных пломб в 1-й и 2-й группах и в области 5,9 и 5,0% керамических вкладок соответственно (разница показателей - 70,5 и 75,4% в 1-й и 2-й группах). Изменения цвета керамических вкладок не установлено, а изменение цвета реставрационного композитного материала наблюдалось у 44,2 и 44,7% пломб в 1-й и 2-й группах.

Заключение

По всем качественным показателям керамические вкладки превосходят композитные пломбы. Для профессий с высокими физическими и эмоциональными нагрузками особенно важны такие преимущества керамических реставраций зу-

бов, как прочность, маргинальная адаптация, низкая стираемость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бугровецкая О.Г. *Постуральный дисбаланс в патогенезе прозопагий. Саногенетическое значение мануальной терапии при нейростоматологических заболеваниях: Дисс... д-ра мед. наук.* М.; 2006.
2. Верзилова М.В. *Определение биоэлектрической активности жевательных мышц и постурального статуса у детей с сагитальными аномалиями окклюзии при миофункциональной коррекции: Дисс... канд. мед. наук.* М.; 2014.
3. Кузнецова Т.Е. *Оценка состояния окклюзионных контактов у пациентов с дистальной окклюзией при нарушениях осанки. Дисс... канд. мед. наук.* М.; 2013.
4. Стецюра О.А. *Состояние зубочелюстной и постуральной систем у пациентов с пароксизмальными лицевыми болями. Дисс... канд. мед. наук.* М.; 2009.
5. Червоток А.Е. *Функциональное состояние опорно-двигательного аппарата у больных с аномалиями и деформациями прикуса. Дисс... канд. мед. наук.* СПб.; 2009.
6. Олесов Е.Е. *Экспериментально-клиническое и экономическое обоснование профилактики стоматологических заболеваний у молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда. Дисс... д-ра мед. наук.* М.; 2014.

Поступила 30.01.15

REFERENCES

1. Bugrovetskaya O.G. *Postural Imbalance in the Pathogenesis of Prosopalgia. Sanogenetic Value of Manual Therapy in Neurostomatological Diseases. Diss. Moscow; 2006. (in Russian)*
2. Verzilova M. V. *Determination of the Bioelectric Activity of the Masticatory Muscles and Postural Status in Children with Sagittal Anomalies of Occlusion When Myofunctional Correction. Dis. Moscow; 2014. (in Russian)*
3. Kuznetsova T.E. *Assessment of Occlusal Contacts in Patients with Distal Occlusion Disorders of Posture. Diss. Moscow; 2013. (in Russian)*
4. Stetsyura O. A. *State Dental and Postural Systems in Patients with Paroxysmal Facial Pain: Diss. Moscow; 2009. (in Russian)*
5. Chervotok A. E. *Functional state of the Musculoskeletal System in Patients with Anomalies and Deformations of the Bite. Diss. St.Petersburg; 2009. (in Russian)*
6. Olesov E. E. *Experimental-clinical and Economic Rationale for the Prevention of Dental Diseases Among Young Workers of Enterprises with Hazardous Conditions. Diss. Moscow; 2014.*

Received 30.01.15