

## КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ СУЧАСНИХ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Петришин О. А.<sup>1</sup>, Дерейко Л. В.<sup>2</sup>, Сулим Ю. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

<sup>2</sup>м. Львів, стоматологічна клініка «Пародент»

Висока поширеність захворювань пародонта серед різних груп населення виділяє цю проблему в число найважливіших проблем сучасної стоматології. За даними експертів ВООЗ 80 % школярів у різних країнах мають патологію пародонта, а серед дорослих вона зустрічається майже у 100 % випадків. Розповсюдженість захворювань пародонта серед населення України складає 81,5 %.

Незаперечно пріоритетна роль у виникненні запального процесу в пародонті належить інфекційному фактору, тому профілактика і своєчасне лікування набувають важливого значення. Однак, навіть найсучасніші методи професійної гігієни та методики лікування можуть звестися нанівець, якщо пацієнти не мотивовані щодо індивідуальної гігієни порожнини рота.

Індивідуальна гігієна порожнини рота має на меті регулярне та ретельне видалення залишків їжі й зубного нальоту з усіх поверхонь зубів за допомогою індивідуальних засобів та предметів гігієни (зубна щітка, пасти тощо). Вона полягає у пропаганді знань і навчанні методів раціональної гігієни порожнини рота; мотивації пацієнтів; призначенні індивідуального комплексу засобів та методів гігієни; контролі за підтриманням гігієнічного стану порожнини рота. Підхід до гігієни порожнини рота повинен бути суворо індивідуальним. Вона не замінює, а лише доповнює лікувальні маніпуляції лікаря-стоматолога.

Індивідуальна гігієна порожнини рота у профілактиці захворювань пародонта: підвищує та закріплює ефективність лікування; запобігає загостренню основного захворювання і виникненню різних ускладнень; має відчутні переваги перед іншими методами профілактики, оскільки є простим, масовим, загальнодоступним та ефективним методом запобігання захворюванню зубів і тканин пародонта.

## REATTACHMENT OF DEBONDED TOOTH TO ADHESIVE FIBER-REINFORCED COMPOSITE ANTERIOR PERIODONTAL SPLINT

Pidlisnyi R.

*Lviv, Ukraine, Lviv National Medical University*

Tooth debonding from adhesive fiber-reinforced composite anterior periodontal splint without the fracture of fiber-reinforced framework is one of the possible complications after adhesive fiber-reinforced composite periodontal splinting. In cases with only one debonded tooth the splint removal with its subsequent adhesive luting is not the preferred option due to possible framework damage and further need for new splint fabrication that is time-consuming and expensive. The adhesive reattachment of debonded tooth to fiber-reinforced composite periodontal splint can be performed using a flowable or high-viscosity composite after thorough cleaning of corresponding surfaces. This repair procedure can be challenging since the optimal air abrasion technique has a very limited possibility to effectively clean and create roughness on enamel/dentine surfaces of debonded tooth as well as on the inner surface of composite framework due to their poor accessibility.

**The purpose** of this study was to develop the technique for an adhesive reattachment of tooth after its debonding from adhesive fiber-reinforced composite anterior periodontal splint and to clinically test its effectiveness.

**Materials and methods.** 2 adhesive protocols were used (with fiberglass tape liner and without it). The first (8 patients) included cleaning and roughening of surfaces with medium and fine grit diamond burs followed by rubberdam application and alumina intraoral sandblasting, total etching with phosphoric acid gel (UltraEtch (Ultradent)), rinsing with water spray, application and light-curing of adhesive (PQ1(Ultradent)), application and light-curing of restorative composite material (high-viscosity (Filtek Z250 (3M ESPE) – 4 patients (protocol A1)), or low-viscosity (Tetric Flow (Ivoclar) – 4 patients (protocol A2)). The second group (protocol B) included the same basic technique for flowable composite (A2) with the additional placement of fiberglass tape (Jen-Fiber Tape (Jen-Dental)) impregnated with light-curing adhesive (Heliobond (Ivoclar)) that was inserted in the post-preparation space created with diamond bur after surface cleaning and roughening. Protocol B was used in 4 patients with recurrent