

Заключение

Во время работы врач-стоматолог должен осуществить последовательность выполнения следующих манипуляций. Первая: предупреждение инфицирования системы корневых каналов представителями микробиоценоза полости рта благодаря соблюдению условий асептики во время эндодонтических манипуляций: использование коффердама, стерильных инструментов на всех этапах работы. Вторая: борьба с имеющимся разнообразием микроорганизмов в составе биопленки системы корневых каналов. Это достигается применением различных готовых лекарственных препаратов с антибактериальной активностью в отношении высеваемых бактерий. Тем самым, создаются при соблюдении многих других факторов на каждом этапе лечения, благоприятные условия для заживления комплекса периодонтальных тканей. Таким образом, процент положительного прогноза отдаленных результатов лечения эндодонтической патологии будет увеличиваться.

Список литературы

1. Дмитриева Л.А., Селезнев Т.В. Новые тенденции в лечении верхушечного периодонтита / Л.А. Дмитриева, Т.В. Селезнев // Эндодонтия today. – 2004. – №1-2. – С. 30-31.
2. Максимова О.П. Повторное эндодонтическое лечение – реальность сегодняшней стоматологиче-

ской практики / О.П. Максимова // Эндодонтия today. – 2005. – №2. – С. 20-24.

3. Таиров В.В., Мелехов С.В., Асташева Т.В. Микробиологическая оценка эффективности остеотропных препаратов при лечении хронического апикального периодонтита/ В.В. Таиров, С.В. Мелехов, Т.В. Асташева // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2013. – №1. – С. 10-14.

4. Lin L.M. Repair and regeneration in endodontics / L.M. Lin, P.A. Rosenberg // Int Endod J. – 2011. – №44(10). – P. 889-906.

5. Sakamoto M. Bacterial restoration and preservation after endodontic treatment procedures / M. Sakamoto, J.F.Jr. Siqueira, I.N. Rocas // Oral Microbiol Immunol. – 2007. – 22. – P. 19-23.

6. Siqueira J.F.Jr. The distinctive features of the microflora associated with the different forms of apical periodontitis / J.F.Jr. Siqueira, I.N. Rocas // J. Oral Microbiol. – 2009. – №1. – P. 402.

7. Siqueira J.F.Jr. Using molecular methods for the study of the dental infection: part 2 - rethinking of endodontic microbiota / J.F.Jr. Siqueira, I.N. Rocas // J. Endod. – 2005. – №31. – P. 488-498.

8. Siqueira J.F.Jr. The impact of chemical product with a 2.5% sodium hypochlorite and inner-ear medicine with calcium hydroxide on arable bacteria in infected root canal / J.F.Jr. Siqueira, T. Guimarães-Pinto, I.N. Rocas // J. Endod. – 2007. – №33. – P. 800-805.

9. Siqueira J.F.Jr. Bacterial reduction of infected root canals process of 2.5% NaOCl as irrigation and calcium hydroxide / camphor paramonochlorophenol paste, as inner-ear headband / J.F.Jr Siqueira, K.M. Magalhães, I.N. Rocas // J. Endod. – 2007. – №33. – P. 667-672.

10. Siqueira J.F.Jr. Reduction of arable bacterial populations in infected root canal with the help of chlorhexidine on the basis of antimicrobial Protocol / J.F.Jr. Siqueira, S.S. Paiva, I.N. Rocas // J. Endod. – 2007. – №33. – P. 541-547.

УДК 616.314.11-089.23

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЗУБА

Старченко В.И., Скориков В.Ю., Стариков П.А., Старченко Т.П., Зерватто Т.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: prst_23@mail.ru

Предложен метод ортопедического лечения пациентов с низкой коронковой частью зубов, обусловленной различными этиологическими факторами, а именно: повышенной стираемостью, деформациями окклюзионной поверхности зубных рядов, аномалиями формы и размера зубов. Осложняющим моментом ортопедического лечения являлся отказ пациентов по ряду причин от предварительной специальной ортопедической и хирургической подготовки полости рта к протезированию, которые способствуют удлинению коронковой части зуба и надежной фиксации будущей ортопедической конструкции.

Ключевые слова: низкая коронковая часть зуба, повышенная стираемость, деформации окклюзионной поверхности, цельнолитая коронка

FEATURES ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH LOW CORONAL TOOTH

Starchenko V.I., Skorikov V.Yu., Starikov P.A., Starchenko T.P., Zervatto T.

Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: prst_23@mail.ru

Proposed a method for the treatment of orthopedic patients with low coronal part of the tooth due to various etiological factors : increased abrasion , deformation of the occlusal surface of the dentition , abnormal shape and size of the tooth. Complicating factors orthopedic treatment was failure patients for a variety of reasons from previous special orthopedic and surgical training in oral prosthetics that promotes elongation of the tooth crown and secure fixation of the future prosthetic design.

Keywords: Low crown of the tooth, high abrasion, deformation of the occlusal surface-molded crown

Проблема протезирования пациентов с низкой коронковой частью зубов знакома практически всем стоматологам-ортопедам. Причиной низкой коронковой части зубов могут быть разные факторы: аномалии прорезывания зубов, повышенная стираемость, деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Наиболее часто встречаются низкие коронки зубов при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов, связанных с кариозным разрушением твердых тканей зуба, несвоевременным терапевтическим лечением и следующим за этим вертикальным удлинением зубов-антагонистов (феномен Годона), а также повышенной стираемости зубов [2,3].

Естественная убыль эмали и дентина происходит в течение всей жизни человека. Выраженность этого естественного процесса зависит от вида прикуса, твердости эмали и дентина, величины жевательного давления и свойств употребляемой пищи. При стирании в горизонтальной плоскости снижение высоты коронок следует рассматривать как приспособительную реакцию организма, направленную на сохранение морфологической и функциональной целостности жевательного аппарата.

Наряду с этим, стирание зубов может быть и патологическим процессом, когда оно опережает возраст. Причиной повышенной стираемости зубов являются: функциональная недостаточность твердых тканей зубов, обусловленная их морфологической неполноценностью; функциональная

перегрузка зубов; профессиональные вредности [1].

Повышенная стираемость может носить ограниченный и разлитой характер. В данном исследовании мы рассматривали группу пациентов с локализованной формой повышенной стираемости.

Группа пациентов, обращающихся за ортопедическим лечением, уже имеет в полости рта ранее изготовленные функционально полноценные ортопедические конструкции, не затрагивающие зуб с низкой коронковой частью. Они отказываются от плана лечения, подразумевающего снятие этих несъемных протезов, что затрудняет выбор плана лечения.

Нередки случаи обращения за стоматологической помощью пациентов с наличием мостовидных протезов, фиксированных на зубах с низкой дистальной опорой. С течением времени происходит расцементировка опорной коронки на низком дистальном зубе, но пациенты продолжают пользоваться этими конструкциями, поскольку они фиксированы на медиальном опорном зубе с нормальной высотой коронковой части. Происходит травматическая перегрузка зубов. Зачастую после снятия мостовидного протеза степень патологической подвижности этого зуба бывает таковой, что стоит вопрос об удалении медиально расположенного опорного зуба и изготовлении съемной конструкции протеза, что воспринимается негативно и вызывает психоэмоциональный дискомфорт у определенной части пациентов [2,4].

Из ортопедических конструкций, изготавливаемых на жевательной группе зубов, традиционно отдают предпочтение вкладкам, цельнолитым искусственным коронкам, разновидностям комбинированной колпачково-окклюзионной конструкции, состоящей из фиксирующей и восстанавливающей частей. Фиксирующая часть представлена тонкостенным колпачком, восстанавливающая разработана в трех вариантах – литая металлическая, пластмассовая и комбинированная конструкции. При III степени стирания предпочтение отдают коронкам на искусственной культе. Однако из-за облитерации корневых каналов нередко затруднено эндодонтическое лечение, поэтому искусственную культю фиксируют с помощью парапульпарных штифтов с учетом зон безопасности [5].

Общепринятый план ортопедического лечения данной категории пациентов подразумевает предварительную специальную подготовку полости рта к протезированию.

Пациенты с локализованной компенсированной повышенной стираемостью нуждались в специальной подготовке, задачей которой является обеспечение места для ортопедической конструкции. С этой целью на лечебной накусочной пластинке либо каппе осуществляется перестройка альвеолярного отростка и перемещение зубов с повышенной стираемостью. Функциональная нагрузка в области стертых зубов вызывает перестройку в альвеолярном отростке через 3-4 месяца.

Для ускорения перестройки альвеолярного отростка у пациентов в возрасте после 30 лет следует проводить кортикотомию.

Кроме того, у пациентов с феноменом Годона обычно проводятся следующие подготовительные мероприятия: сошлифовывание выдвинувшихся зубов, их депульпирование. У лиц молодого возраста при недостаточности данных мероприятий проводится ортодонтический метод: поэтапная дробная дезокклюзия по Пономаревой. У лиц старшего возраста данные мероприятия дополняются кортикотомией.

Наиболее распространенным методом в подготовке этой категории пациентов явля-

ется пластика десневой части, способствующая увеличению клинической коронки за счет корневой части.

Все вышеперечисленные методы подготовки полости рта к протезированию данной группой пациентов были отвергнуты в силу их несогласия по ряду причин. Часть пациентов отвергла предварительную перестройку в связи с длительностью процесса (3-4 месяца), часть отказалась от хирургической подготовки в каком бы то ни было виде (пластика десневой части, кортикотомия).

В то же самое время все пациенты настаивали на ортопедическом лечении зуба с низкой коронковой частью, поставив условием долговременную и надежную фиксацию искусственной коронки.

В изученной нами литературе мы не нашли вид протеза, который решал бы сразу две проблемы: увеличения прочности искусственной коронки и надежной долговременной ее фиксации на зубах с низкой коронковой частью.

Цель исследования: разработать алгоритм ортопедического лечения пациентов с низкой коронковой частью зуба.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 8 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет (из них 5 женщин и 3 мужчины) с низкими коронковыми частями 36, 37, 38 и 46, 47 и 48 зубов. У 4 пациентов причиной низкой коронковой части зубов была повышенная стираемость компенсированной формы, при которой наряду с уменьшением высоты коронок зубов происходит увеличение альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти (вакатная гипертрофия), у 2-х – разрушение коронковой части вследствие кариозного процесса с последующей деформацией окклюзионной поверхности зубов в виде феномена Годона. Еще у 2-х пациентов имелись мостовидные протезы с расцементированной дистальной опорой.

У 3 пациентов зубы с низкой коронковой частью были покрыты одиночными цельнолитыми коронками, которые неоднократно расфиксировывались. 3 пациента дважды изготавливали металлические штампованные коронки, которые в течение короткого промежутка времени становились функционально и эстетически неполноценными вследствие их протертости. Кроме того, эти коронки глубоко смещались в десневую борозду, разрушая циркулярную

связку и вызывая хронический воспалительный процесс в краевом пародонте.

У части пациентов зубы многократно пломбировались, однако пломбы были недолговременными и дальнейшее продолжение терапевтического лечения представлялось неэффективным. Кроме того, в силу значительно обширной по площади пломбы и постоянной жевательной нагрузки возникала опасность отлома части зуба и последующего его удаления.

Нами предложена усовершенствованная конструкция искусственной коронки, которая помогает решить данную проблему.

Конструкция представляет собой цельнолитую коронку, дополненную вкладкой. Вкладка увеличивает общую поверхность ортопедической конструкции, находящуюся в контакте с твердыми тканями зуба, что обеспечивает большую надежность фиксации и продление сроков пользования ею.

Подготовка зуба под данный вид конструкции в целом не отличается от подготовки зуба под цельнолитую коронку. После обследования с целью лучшего доступа к придесневой части проводится ретракция десны. Затем зуб препарируют с проксимальных, оральной и вестибулярной поверхностей с соблюдением требований к препарированию под цельнолитую коронку. На жевательной поверхности препарирование проводят более щадяще. После этого на жевательной поверхности препарируют полость под вкладку. При этом стенки полости препарируют строго перпендикулярно к дну полости. Учитываются зоны безопасности.

По окончании препарирования с обеих челюстей снимается двухслойный двухэтапный оттиск силиконовой массой. Определяется центральная окклюзия. В лаборатории после отливки комбинированной разборной модели техником моделируется восковая композиция будущей конструкции. Производят отливку из металла, обрабатывают и передают в клинику для припасовки. Обязательным условием в процессе лабораторного этапа является гипсовка моделей в артикулятор для выверения четких окклюзионных контактов при всех движениях нижней челюсти.

В клинике в процессе припасовки еще раз выверяются окклюзионные взаимоотношения, точность прилегания конструкции в области шейки зуба, наличие межконтактных зубных пунктов или площадок.

После полировки вкладочно-коронковой конструкции производят ее фиксацию на стеклоиономерный цемент, обладающий повышенными фиксирующими свойствами.

Результаты исследования и их обсуждение

Динамическое наблюдение данной группы пациентов проводилось в течение 3-х лет через каждые 6-8 месяцев. В процессе на-

блюдения у всех пациентов отмечалась надежная фиксация вкладочно-коронковой конструкции. Помимо этого пациенты отмечали исчезновение явлений гиперестезии зуба (если этиологическим фактором являлась повышенная стираемость), прекращения процесса вертикального выдвижения зубов-антагонистов (в случае разрушения коронковой части зуба).

При изготовлении мостовидных протезов с низкими дистальными опорами также не отмечалось расцементирования ортопедической конструкции и травматической перегрузки пародонта опорных зубов. Все эти факторы в совокупности способствуют нормализации процесса жевания, улучшению психо-эмоциональной настроенности и улучшению качества жизни пациентов.

Заключение

Таким образом, предложенная усовершенствованная несъемная цельнолитая вкладочно-коронковая конструкция зубных протезов позволяет решить вопросы надежной и долговременной фиксации одиночных коронок и мостовидных протезов у пациентов с низкой коронковой частью, что предотвращает дальнейшее разрушение коронковой части зуба, прогрессирование деформаций окклюзионной поверхности, продлевает сроки пользования несъемными конструкциями. Это благоприятно сказывается на положительном психо-эмоциональном статусе пациентов и способствует улучшению качества их жизни.

Список литературы

1. Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 256 с.
2. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 432 с.
3. Жулев Е.Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 488 с.
4. Ремизова А.А. Ортопедические методы лечения в стоматологии. Основы бюгельного протезирования. – М.: Человек, 2012. – 80 с.
5. Occlusion and Clinical Practice: An Evidence-Based Approach / Под редакцией Ивена Клинеберга, Роберта Джагера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 200 с.