

УДК 616.314-001.4-76

Г.М.Бала

ВДНЗУ України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Подгата

ВИБІР ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Запропонована удосконалена технологія виготовлення покривного протезу з додатковими елементами фіксації у вигляді внутрішньодентальних замкових кріплень.

Ключові слова: покривний протез, елементи фіксації, патологічне стирання твердих тканин зубів, дефекти зубних рядів.

Робота є фрагментом наукової науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «Українська стоматологічна академія» «Оптимізація, профілактика та лікування стоматологічних захворювань ортопедичними методами», затверджений під номером державної реєстрації 0111U006304.

Серед осіб, що звертаються за спеціалізованою ортопедичною допомогою значну кількість займають хворі із патологічним стиранням. Лікування патологічного стирання зубів досить складне, бо його патогенез остаточно не з'ясований, відсутні консервативні методи патогенетичної терапії, що дозволяють зупинити процес подальшого стирання твердих тканин зубів.

Ефективність відновлення втрачених естетичних та функціональних спроможностей зубощелепної системи за допомогою покривних протезів доведена багатьма авторами [1,3]. Окрему групу при цьому складають клінічні випадки, коли патологічне стирання твердих тканин зубів ускладнюється порушенням безперервності зубних рядів і зубощелепними деформаціями різних ступенів.

Метою роботи було підвищення ефективності ортопедичного лікування хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів з різним морфологічним станом тканин протезного ложа.

Матеріал та методи дослідження. Із загальної кількості обстежених та осіб, які звернулися за стоматологічною допомогою, для ортопедичного лікування було взято 47 осіб обох статей та різного віку без вираженої загальносоматичної патології.

Вони склали три клінічні групи, причому в першу групу ввійшли пацієнти з генералізованою формою патологічного стирання твердих тканин зубів і збереженою цілісністю зубних рядів (17 пацієнт).

Другу клінічну групу склали особи, в яких генералізована форма патологічного стирання була ускладнена дефектами зубних рядів (21 пацієнт).

До третьої клінічної групи були включені особи, в яких генералізована форма патологічного стирання твердих тканин була ускладнена не тільки дефектами зубних рядів, а й зубощелепними деформаціями (9 осіб).

Обстежування хворих відбувалося за загальною схемою: вивчення скарг хворого, анамнезу хвороби та об'єктивне обстеження, а саме зовнішній огляд пацієнта, огляд порожнини рота, пальпація жувальних м'язів, скронево-нижньощелепного суглоба, вимірювання обличчя та міжальвеолярної відстані, вивчення гіпсових моделей щелеп, оклюзографія та електроміографія жувальних м'язів.

Результати дослідження та їх обговорення. Ортопедичне лікування патологічного стирання твердих тканин зубів визначається клінічним станом тканин порожнини рота і в кожному конкретному випадку залежить від морфофункціональних змін, які характеризують ступінь вираженості патологічного процесу.

Планування виготовлення знімного покривного протезу здійснюється в декілька етапів, які базуються на загальноприйнятому клініко-рентгенологічному обстеженні пацієнтів [2,4,5]. У цьому аспекті до уваги беруться основні параметри: стратегічне значення зуба, значення навантаження на зуб (його корінь), стан гігієни порожнини рота, обсяг необхідного лікування для збереження зуба чи зубів [6].

До критеріїв оцінки опорних зубів (коренів) додаються критерії стану альвеолярного відростку, товщина, податливість слизової, прикріплення вуздечок, м'язів та інші.

Дотримання принципів, головних підходів під час лікування полегшує планування клінічних та технологічних етапів виготовлення покривного знімного протезу.

У лікуванні хворих із генералізованим стиранням твердих тканин зубів, не ускладненим наявністю дефектів зубного ряду (І клінічна група), кращі результати отримані в разі застосування покривних знімних пластинкових протезів, виготовлених по типу повного знімного. Зміст і послідовність клінічних і лабораторних етапів наближені до традиційної технології і передбачають відповідні маніпуляції.

При вивченні контрольних моделей вибирають кількість зубів, що підлягають ендодонтичному лікуванню для подальшого використання їх у ролі фіксуючих протез по площині. Після лікування зішліфують гострі краї всіх зубів, готують кореневі канали під штифти і базовим матеріалом двокомпонентної відбиткової маси знімають повний анатомічний відтиск. Невелику кількість коригуючої маси каналонаповнювачем вводять у підготовлені

кореневі канали і другою порцією коригуючої маси уточнюють стан тканин протезного ложа. У це ж клінічне відвідування за допомогою гіпсоблоків фіксують положення щелеп у центральній оклюзії.

На моделях із супергіпсу технік моделює кореневу і надкорневу патричні частини фіксуючих елементів, обов'язково використовуючи паралелометр. Воскові репродукції патриць переводять у метал і обробляють.

До наступного відвідування окрім металевих патриць технік готує індивідуальну ложку з прикусними валиками, а в клініці патриці фіксують за допомогою цементу, коректують індивідуальну ложку і під індивідуальним жувальним тиском у положенні центральної оклюзії із заданою висотою роз'єднування знімають функціональний відбиток. У лабораторії на робочій моделі спочатку ізолюють усі зуби смужкою лейкопластиру, а потім моделюють восковий базис і проводять постановку зубів.

На внутрішній поверхні базису, в місцях, відповідних розташуванню патриць, вибирають кубічної форми заглиблення, які при накладенні готового протеза будуть заповнені жорстко-еластичним матричним матеріалом. У якості матриці інтрадентальних замкових кріплень використовуємо самотвердіючу жорстко-еластичну пластмасу холодної полімеризації „FGP” фірми „Bredent”. Визначальним моментом у забезпеченні якісної фіксації протезів є досягнення міцного з'єднання підкладки з акриловим базисом протезу. З цією метою ми використовували праймер м'якої пластмаси „ПМ-С” акціонерного товариства „Стома” (м.Харків).

Готову конструкцію покривного протеза перевіряють в порожнині рота з обов'язковою корекцією міжоклюзійних взаємовідношень. Технологія придатна для всіх випадків генералізованого стирання зубів із традиційними клінічними проявами. Проте в окремих пацієнтів вони можуть відрізнитися деякими індивідуальними особливостями.

Складність і тривалість окремих ортопедичних маніпуляцій компенсується досить швидким остаточним результатом ортопедичного лікування.

Складання плану лікування генералізованого стирання твердих тканин зубів, ускладненого наявністю дефектів зубного ряду, вимагає вибору оптимальної кількості опорних зубів, з урахуванням виду фіксуючих елементів. Це дозволяє забезпечити надійний косметичний і функціональний ефекти протезування.

Загалом клінічні етапи не мають принципових відмінностей від загальновідомих етапів виготовлення знімних протезів. До критеріїв оцінки опорних зубів додаються критерії стану беззубого альвеолярного відростка, податливість слизової оболонки.

Проте особливу увагу слід звернути на паралельність фіксуючих елементів і межі базису протеза, побудова яких відбувається з урахуванням створення замикаючого клапана, по лінії перехідної складки. Особливістю моделювання конструкції буде і те, що в ділянці відсутніх зубів базис протеза має відповідати підлеглим тканинам протезного ложа. Найскладніше лікувати пацієнтів третьої клінічної групи, тобто в тих випадках, коли патологічне стирання ускладнене не тільки дефектами зубних рядів, а й вираженими зубощелепними деформаціями. Труднощі ортопедичної реабілітації такої категорії хворих зумовлені поєднаними морфологічними порушеннями, що відбилися на оклюзійних взаємовідносинах зубних рядів, вакантній гіпертрофії альвеолярного відростка, блокуванні горизонтальних рухів нижньої щелепи, больових відчуттях у м'язах, дисфункційних розладах скронево-нижньощелепних суглобів, естетичних диспропорціях.

Остання обставина обумовлює необхідність значного підвищення прикусу, у зв'язку з чим ми рекомендуємо двохетапне лікування.

На першому етапі припустиме (за суб'єктивними відчуттями пацієнта) роз'єднання прикусу досягається за допомогою пластмасової капи на передні зуби нижньої щелепи. Як і в перших двох клінічних групах, ендодонтично готують опорні зуби, виготовляють і фіксують у корневих каналах патричні частини фіксуючих елементів, припасовують і укріплюють матрицями коронкову капу.

Не менше, ніж за два тижні, за умови збереження капи, виготовляють покривний знімний протез.

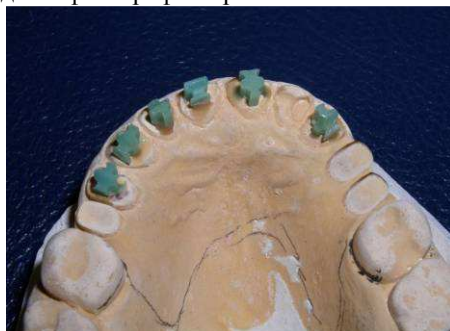
Технологія дещо збільшує терміни ортопедичної реабілітації хворих, але є можливість профілакувати можливого дисфункційного порушення в скронево-нижньощелепному суглобі.

Знімний характер конструкції запобігає розвитку ускладнень і, зрештою, все ж таки значно скорочує процес адаптації.

У якості ілюстрацій наводимо фотографії окремих етапів виготовлення покривних протезів (рис. 1,2).



а



б



Рис.1. Фотографії окремих етапів виготовлення покривних протезів:
а – матриці для виготовлення воскових патриць;
б - моделювання воскових патриць замкових кріплень.

Рис.2. Фото зубних рядів хворого 3-ва, 64 роки із внутрішньодентальними патрицями, закріпленими на опорних зубах для забезпечення фіксації протеза по площині.

Насумок

Накладення ортопедичних конструкцій пацієнтам усіх клінічних груп передбачає різні ступені роз'єднання прикусу, що дозволяє стверджувати про досить високу ефективність запропонованої конструкції в реабілітації хворих із генералізованими формами патологічного стирання твердих тканин зубів та індивідуальним підходом до кожного пацієнта.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується вивчити віддалені результати ортопедичної реабілітації хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів з використанням покривних протезів.

Література

1. Эцио Норди. Аттачмены из твердых материалов и с эластичной ретенцией: их применение в прошлом и настоящем / Эцио Норди // Зубной техник.-1993.- 5-6.-С. 42-43.
2. Лещук С.С. Клінічні питання застосування знімних протезів у сучасній ортопедичній стоматології. Частина перша / С.С. Лещук, Ю.В. Вовк // Український стоматологічний альманах. -2002.-№3.-С. 48-51.
3. Лебедеко И.Ю. Телескопические и замковые крепления зубных протезов / И.Ю.Лебедеко, А.Б. Перегудов, Т.Э.Глебова [и др.] //- М., 2004.-С. 182-193.
4. Марков Б.П. Технология изготовления пластиночных протезов с использованием корней зубов / Б.П. Марков, Г.Б. Маркова, Е.Г. Пан [и др.] // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез.-Москва: Аиаиздат, 2001.- С.557-559
5. Макеев В.Ф. Перекрывающие протезы – альтернативные варианты использования / В.Ф. Макеев, П.В. Щерба, Н.Р. Ключковская [и др.] // Зубное протезирование.- 2003 .-№ 1.-С.69-71.
6. Chikunov I. Implant-Retained Partial Overdenture with Resilient Attachments / I. Chikunov, P. Doan, F. Vahidi // J. Prosthodont. – 2007. – Vol.15.

Реферати

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Баля Г.Н.

Предложена усовершенствованная технология изготовления покрывного протеза с дополнительными элементами фиксации в виде внутридентальных замковых креплений.

Ключевые слова: покрывной протез, элементы фиксации, патологическое стирание твердых тканей зубов, дефекты зубных рядов.

Стаття надійшла 05.05.2013 р.

CHOICE OF ORTHOPAEDIC TREATMENT PATHOLOGICAL ABRASION OF HARD DENTAL TISSUES DEPENDING ON THE MORPHOLOGICAL STATE OF AREA IMPRESSION

Balya G.N.

The proposed advanced technology of coating the prosthesis with additional fixing elements as vnutrishnodentalnyh locking fasteners.

Key words: overdenture, fixation elements, pathological abrasion of hard dental tissues, dental defects.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.314 – 76 – 082

Н.А. Гасюк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського», м. Тернопіль

БИОМЕХАНИЧНИ АСПЕКТИ ХУДОЖНЬОЇ РЕСТАВРАЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ

Питання дефектів ріжучого краю передніх зубів груп в клінічній практиці лікаря стоматолога, на сьогодні є досить актуальним питанням. Для їх усунення застосовують штучні коронки, вініри, композиційні реставрації, парапульпарні штифти. Ми пропонуємо, на вестибулярній і оральній поверхнях пошкодженого зуба формувати зовнішню (емалеву) шорсткість і ретенційні пункти в межах емалі. Сформована шорсткість і ретенційні пункти на вестибулярній і оральній поверхнях ріжучого краю зуба, що реставрується збільшують площу адгезії композитного матеріалу з емаллю зуба.

Ключові слова: дефект, реставрація, коронка, препарування, емаль.

Робота є фрагментом дослідження за ініціативною тематикою, яка виконується працівниками ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» – «Морфологічні закономірності ремоделювання серцево-судинної та травної системи при резекції легень та печінки», номер державної реєстрації – 0111 У 003755.

Естетика зубів у всі часи хвилювала людство, а в сучасному світі красива і здорова посмішка стала невід'ємною частиною успішної людини, його своєрідною «візитною карткою». В даний час в клінічній практиці зустрічаються різні дефекти коронкової частини фронтальної групи зубів. Каріозні і некаріозні ураження (патологічна стертість), травматичний відлом є частими причинами пошкодження ріжучого краю фронтальної групи зубів до 2 мм [2,8].

Для відновлення дефектів ріжучого краю передніх зубів груп в клінічній практиці застосовують штучні коронки, вініри, композиційні реставрації, парапульпарні штифти. Застосування композитних матеріалів дозволяє безпосередньо в порожнині рота за одне відвідування відновлювати дефекти ріжучого краю фронтальних зубів [3,6,7]. Але клінічна практика показала, що застосування композитних матеріалів не забезпечує належну довговічність функціонування реставрації. Низькі фізико-механічні властивості композитних матеріалів, слабкий хімічний зв'язок композитного матеріалу з тканинами зуба приводить до таких ускладнень, як сколи та повне руйнування реставрації [1].