

ВЛИЯНИЕ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ НА СОСТОЯНИЕ ПУЛЬПЫ И ПАРОДОНТ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

АБДУЛЛАЕВА ГУЛБАДАНБЕГИМ ШЕРЗОДБЕК КИЗИ

CENTRAL ASIAN MEDICAL UNIVERSITY

Несмотря на внушительные успехи, достигнутые в деле совершенствования разработки и внедрения в широкую практику новых принципов и методов протезирования различных дефектов зубных рядов, ключевой вопрос клинической пародонтологии в сочетании с патологией пульпы препарированных зубов не теряет до настоящего времени своей актуальности и требует дальнейших комплексных исследований, направленных на оптимизацию защиты твердых тканей препарированных зубов и маргинального пародонта.

. Подчеркнута целесообразность сохранения витальности пульпы и принципов ее защиты с минимальным сошлифовыванием твердых тканей зуба.

Цель исследования – выявить причины негативного влияния несъемных конструкций протезов на состояние пульпы и пародонт опорных зубов.

В процессе протезирования несъемными конструкциями протезов десневой край опорных зубов подвергается микротравмам. Последнее является следствием не только непосредственного влияния опорных коронок после наложения и фиксации несъемного протеза, но и врачебных манипуляций на этапах протезирования [2, 8, 9]. Изготовление несъемных конструкций протезов предусматривает целый ряд клинико-технических мероприятий, одним из основополагающих моментов которых является препарирование твердых тканей опорных зубов для обеспечения как функциональной эффективности, так и долговечности стоматологических реставраций любого типа, в том числе и коронок. Последние определяют расположение края искусственной коронки и ретракции десны при получении двойных оттисков [10]. Дискуссия о принципах формирования и уровне расположения края искусственных цельнолитых облицованных коронок по отношению к десневому желобку, препарирование опорного зуба без уступа в пришеечной области или с созданием уступа определенной формы до

настоящего времени остается предметом обсуждения исследователей [2, 8]. Высказывались предположения, что край коронки следует погружать под десну, мотивируя тем, что это препятствует развитию кариеса корня, улучшая ретенцию несъемного протеза, а также обеспечивает оптимальный эстетический результат [3].

Важное значение имеет правильное формирование края металлокерамической коронки, его расположение, толщина и конфигурация, следовательно, одонтопрепарирование без уступа или с уступом в пришеечной области, его форма, ширина и протяженность по периметру. Толщина и длина края коронки, вводимого в зубодесневой желобок, должны соответствовать физиологическим параметрам последнего, которые, как известно, не одинаковы не только у разных зубов, но и у одного и того же зуба в зависимости от поверхности [10]. Авторы, изучавшие морфологические изменения в околозубных тканях, отмечали наличие воспаления в маргинальной части десны, протекающей с различной степенью интенсивности [2], вследствие неравномерного прилегания искусственной коронки по отношению к десневому краю. Сформировалось мнение, что для предотвращения развития воспаления в краевом пародонте, как в интактном, так и в пораженном, край коронки должен отстоять от уровня десны на 1,5-2 мм. Наддесневое расположение края коронки возможно в ряде случаев: когда опорные зубы имеют достаточную высоту клинической коронки, способную обеспечить надежную ретенцию несъемного протеза; если пришеечная часть зубов не видна при улыбке. В то же время наддесневое расположение края искусственной коронки противопоказано, если ранее зуб был покрыт коронкой, край которой был погружен под десну. Есть мнение, что целесообразно не доводить край коронки до уровня десны при глубине зубодесневой бороздки менее 0,5 мм [3,5]. Исключением из правил являются мероприятия, проводимые в области фронтальных зубов. Однако наддесневое расположение края искусственной коронки, особенно, если она фиксируется на фронтальные зубы, нарушает эстетику. Для улучшения внешнего вида пациентов предложен способ реставрации наддесневого края металлокерамической коронкой с помощью композитных материалов. Изучение ультраструктуры повреждений пульпы после ее прямого покрытия кальций бетаглицерофосфатом в эксперименте на крысах показало, что данный препарат может быть источником кальция и фосфата путем гидролиза щелочной фосфатазы с образованием сначала остеоидина с быстрым формированием трубчатого дентина. Вместе с тем, рассматривая многочисленные результаты применения адгезивных систем на основе

гидрооксида кальция для прямого покрытия пульпы [10], пришли к заключению, что результаты, полученные в эксперименте на животных нельзя в полной мере экстраполировать в клинику, так как наличие кислотных компонентов в таких материалах может в определенных случаях служить противопоказанием к их применению для сохранения жизнеспособности пульпы. В связи с этим поиск новых материалов для покрытия пульпы продолжается. К настоящему времени установлено, что гидрофильные праймеры способны проникать в здоровый дентин и обеспечивать образование прочного гидролизованного или пропитанной смолой слоя дентина, что предупреждает развитие гиперчувствительности после препарирования и микроподтекания VI Международная (76 Всероссийская) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» 838 через поверхность дентина, гидролизованного смолой. Такие адгезивные праймеры и бондинговые системы обеспечивают повышение плотности подлежащего оставшегося слоя дентина до тех пор, пока сохраняется биосовместимость с пульпой. Рассматривается возможность широкого клинического применения этих адгезивных систем в качестве материалов вместо гидроксида кальция [4, 8].

Выводы:

1. Подгингивальное расположение края искусственной коронки нежелательно, так как в этих случаях возникает хроническое воспаление пародонта.
2. Толщина и длина края коронки, вводимого в зубодесневой желобок, должны соответствовать физиологическим параметрам последнего.
3. Клинические результаты протезирования больных цельнолитыми протезами в клинике ортопедической стоматологии подтверждают необходимость защиты препарированных тканей зуба

Литература.

- 1.. Абакаров С.И., Чертыковцев В.Н., Абакаров М.Г. и др. Гемодинамика в пульпе опорных зубов после их препарирования для изготовления металлокерамических протезов // Стоматология. 1994, Т. 73, № 3. - С.55-57.
2. Абакаров С.И. Гемодинамика в пульпе зубов, препарированных для изготовления металлокерамических протезов при различной степени конвергенции боковых стенок // Стоматология.- 2001, Т. 80, №3.- С. 43- 45.
3. Аболмасов Н.Г. Зоны безопасности в твердых тканях передних зубов и их клиническое значение: Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук.-Калинин,1967.
4. Баянов Б., Ликов Ч. Функционально състояние на носещите зъби при мостовидно протезиране // Стматология (София), 1967, Т. 50, №1.- С.31-38.

- 5.. Белая Е.А. Профилактика осложнений со стороны пульпы и периодонта после препарирования зуба под цельнолитой протез: Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук-Воронеж 1996 .
- 6.. Берман М.М. « О термическом ожоге пульпы» Стоматология, 1963 №3, с.70-721997.20 с.
- 7.. Берман М.М. Термический ожог пульпы, вызванный препарированием зуба, его диагностика и предупреждение: Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. - М., 1965. -18с.
8. Дойников А. И. Восстановление зубов вкладками и композитами, в том числе с микроштифтами.- Труды 3-го съезда стоматологов РСФСР.- Волгоград, 1976.-с.351-252.
9. Елизова Л. А. Сравнительная оценка цинк-эвгеноловой пасты и разогретой гуттаперчи для заполнения корневых каналов при лечении пульпита и периодонтита. Стоматология. - 1999. №1. С.25-27.
10. Иванов В.С. Заболевание пародонта. М: Медицина, 1989. f



Research Science and
Innovation House

