

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ БЕЗ УСТУПА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК

Исаков Э. О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье освещены вопросы минимализации травмы тканей пародонта при поддесневом расположении края металлокерамической коронки.

Ключевые слова: биологическая ширина зубов, ретракция десны, минимализация травмы мягких тканей.

ТИШТЕРДИ УСТУПСУЗ ЖОНУУНУН МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК ТИШКАПТАРДЫ ЖАСООДОГУ ӨЗГӨЧӨЛҮКТОРУ

Исаков Э. О.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада металлокерамикалык тишкаптардын учун тиш бүйлөөсүнүн ичине жайгаштыруудагы пародонттун жабыркылануусун азайтуу чагылдырылган.

Негизги сөздөр: тиштердин биологиялык жоондугу, тиш эттерин качыруу, тиш эттеринин жабырлоосун азайтуу.

THE PECULIARITIES OF TEETH WITHOUT THE LEDGE PREPARATION DURING THE MAKING CERAMIC-METALLIC CROWNS

Isakov E. O.

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume. The questions of minimization of periodontal tissues traumatology are discussed in patients with subgingival location of metallic ceramic crown.

Keywords: the biological width of teeth, retraction of gum, the minimum traumas of soft tissues.

Актуальность. Препарирование зубов под метал-локерамические конструкции имеет свои особенности, связанные со значительным снятием твердых тканей опорных зубов. Существуют 3 способа подготовки зубов под металлокерамические коронки:

1. С циркулярным уступом (по всему периметру)
2. Уступ подготовлен только с вестибулярной стороны (лабиальный уступ)
3. Без уступа

Создание уступа циркулярного или только с вестибулярной и проксимальной поверхностями улучшает эстетические качества металлокерамических протезов и уменьшает опасность раздражения мягких тканей краем коронки [3; 5; 6; 7].

Но создание уступа при препарировании

зубов под металлокерамические протезы не всегда возможно, связанное с недостаточной толщиной стенок и размерами опорных зубов. В таких случаях препарирование зубов проводится без уступа, предусматривающее щадящее снятие твердых тканей, особенно в придесневом участке [3; 5; 7;].

Среди основных стратегий профилактики осложнений со стороны тканей пародонта важнейшую роль играет минимализация травмы мягких тканей при поддесневом размещении края металлокерамической конструкции.

Многочисленными клиническими исследованиями [1; 2; 8] установлено, что край коронки должен располагаться таким образом, чтобы не нарушать "биологическую ширину" зуба. Такого же мнения придерживаются исследователи, считающие расположение края коронки на

расстоянии 0,5 мм и более от эпителиального прикрепления снижает риск воспалительного ответа со стороны тканей пародонта. [6; 8] Адекватная оценка глубины десневой щели при определении уровня погружения края коронки является важным фактором для врачей – клиницистов [4; 6; 8].

Цель работы – определить алгоритм препарирования под металлокерамические конструкции, проводимого без создания уступа с учетом морфометрических данных краевого пародонта. Рис. 1.

Необходимость погружения края коронки в зубодесневую борозду определяется врачом на этапе планирования лечения в зависимости от клинической ситуации (материал реставрации, тип улыбки, изменение цвета зубов, пожелания пациента, улучшение ретенции коронки и т.д.). Проводя оценку морфометрических параметров в аспекте определения уровня погружения края коронки в зубодесневую борозду, необходимо добиться стабилизации состояния тканей пародонта. При наличии воспалительных процессов провести соответствующие тера-

певтические манипуляции с учетом общего состояния здоровья. При наличии сопутствующей патологии тщательно оценить соматический статус пациента.

При препарировании опорных зубов без уступа необходимо учесть, чтобы фарфоровая облицовка была достаточной толщины, чтобы придать требуемый оптимальный цвет и прочность, что, в свою очередь, зависит от морфометрических параметров зубодесневой борозды.

Одним из методов определения глубины десневой щели является зондирование. Методом измерения клинической десневой щели установлена неодинаковая ее глубина у разных зубов и на различных ее участках [3; 5]. По всей вестибулярной поверхности резцов глубина десневой щели находится от 0,25 до 1 мм, клыков – от 0,25 до 1,25 мм, премоляров – от 0,5 до 1,25 мм. Глубина десневой щели области межзубных сосочков наименьшая у премоляров от 0,75 мм, а в области сосочков у резцов и клыков от 1,25 до 1,5 мм. Ширина щели определяется по отведению от тканей зуба десневого края. Десневой край

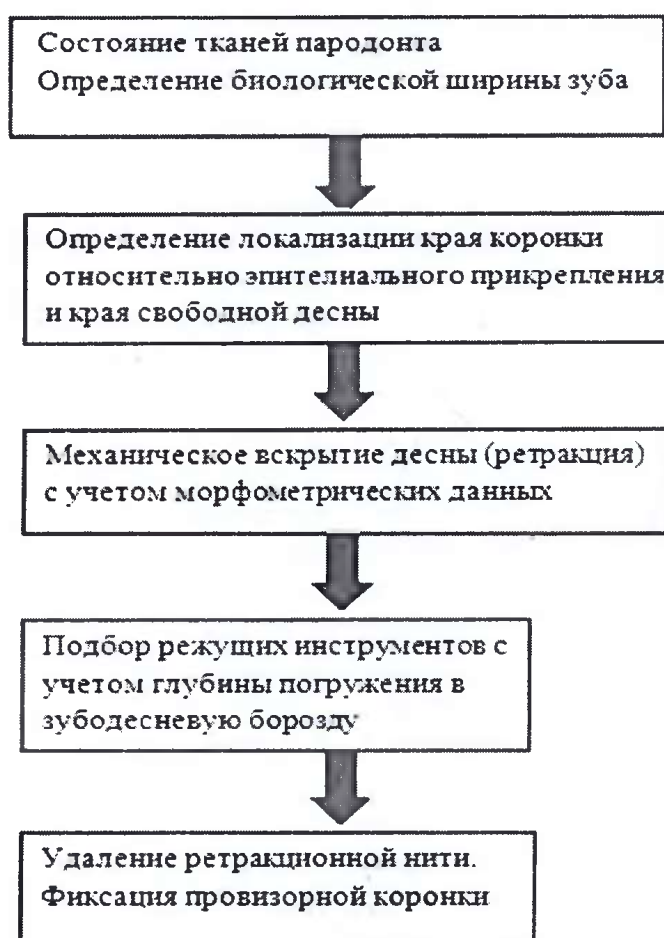


Рис. Алгоритм одонтопрепарирования с учетом морфометрических данных.

отводится от твердых тканей на 0,1-0,4 мм. Чем меньше глубина десневой щели, тем меньше ее ширина и тонкий десневой край. Край коронки не должен достигать дна десневой щели, чтобы не соприкасаться с эпителиальным прикреплением и не оказывать на него давления. Толщина края коронки, вводимого в десневую щель, не должна превышать ее ширину. Трудность в определении реальной глубины зубодесневой борозды методом зондирования заключается в том, что кончик зонда в разной степени погружается в ткань эпителиального прикрепления [1; 6; 8], средняя толщина которого составляет 0,25 мм. Глубина десневой щели составляет от 0,25 до 1 мм. С целью минимализации травмы тканей краевого пародонта мы предлагаем провести следующий расчет. Среднее значение глубины зубодесневой борозды - 0,5 мм и, с минусом от него среднюю толщину, получим 0,25 мм, следовательно, 0,25 мм – это максимально допустимое погружение края металлокерамической коронки в зубодесневую борозду.

После анализа биологической зоны приступают к раскрытию десневой борозды. Используется дифференцированный подход к методу ретракции десны, учитывающий морфометрические данные пародонта.

При препарировании зубов, без создания уступа, с расположением края коронки ниже свободного края десны, важным фактором является контроль глубины погружения инструмента в зубодесневую борозду. [5] Для этого использовали край нити, введенной в десневую бороздку. Прежде всего, визуально оценили биологическую ширину и размер зуба, после были установлены тонкая-ооо и средняя-о импрегнированные ретракционные нити "Ultraprak" на непродолжительное время. Средняя ретракционная нить извлекалась из десневой бороздки, а тонкая оставляется, являясь ориентиром контроля глубины погружения инструмента. Погружение в зубодесневую щель осуществляли пламевидным алмазным бором с мелкой зернистостью и при малых оборотах бормашины.

Препарирование заканчивали сглаживанием острых краев зубов и извлечением

тонкой ретракционной нити. После финишной обработки культи зуба были установлены провизорные реставрации.

Выводы:

Таким образом, представленный алгоритм препарирования, включающий адекватную оценку морфометрических параметров, позволяет клиницистам изменить риск повреждения тканей пародонта во время препарирования при поддесневом расположении края коронки, путем контролируемого погружения режущих инструментов. Расположение края коронки на безопасном расстоянии от эпителиального прикрепления в области дна зубодесневой бороздки сводит к минимуму риск возникновения осложнений со стороны тканей пародонта.

Литература

1. Ахмад И. Эстетика непрямой реставрации. М. 2009. 239.
2. Гюрель Г. Керамические виниры: искусство и наука. М. Азбука. 2007. 519.
3. Каламбаров Х. А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии. "Медицинское информационное агентство". – М; - 2003. – 13с.
4. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. М. 2006. 416.
5. Спицына Н. П. Сравнительная характеристика поверхности зуба при одонтопрепарировании. // Материал научно-технической конференции «Одонто-препарирование» - М; - 2008. – 82с.
6. Стафеев А. А. Профилактика ошибок и осложнений при стоматологической ортопедической реабилитации больных с соматической патологией несъемными металлокерамическими протезами. Автореф. дис. д-ра. мед. наук. Омск. 2007. 302
7. Стрельников В. Н. Протезирование дефектов зубов и зубных рядов металлокерамическими протезами // Автореф., канд., дисс. – Калинин. 1989 – 35с.
8. Шпер Ф. Расположение края эстетических реставраций фронтальной группы зубов. Панорама ортопедической стоматологии. 2006. 2 – 7.