

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.314–76–77–084

П. А. Гасюк, Д. В. Калашніков

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ШОРСТКОСТІ, РЕТЕНЦІЙНИХ ПУНКТИВ І ПОРОЖНИН СКЛАДНОЇ ГЕОМЕТРИЧНОЇ КОНФІГУРАЦІЇ ПРИ УСУНЕННІ ДЕФЕКТІВ РІЖУЧОГО КРАЮ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», (м. Полтава)

Робота є фрагментом дослідження за ініціативною тематикою, яка виконується працівниками ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» — «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань, на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонта, пародонта та СОПР», номер державної реєстрації — 0104 U 004411. Автори виконували фрагмент теми що до удосконалення способів будови ясен в нормі та при патологічних станах.

Вступ. 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 оральної 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.

Розроблений спосіб усунення дефекту ріжучого краю глибиною до 2 мм із застосуванням композитних матеріалів забезпечує довговічність функціонування поряд з високою естетикою реставрації.

Естетика зубів у всі часи хвилювала людство, а в сучасному світі красива і здорова посмішка стала невід'ємною частиною успішної людини, його своєрідною «візитною картою». 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].

Для збільшення фізико-механічної міцності в композитний матеріал вводять різні армуючі елементи, проводячи тим самим армування реставрації. З літературних і патентних джерел відомі способи армування композитних матеріалів при реставрації дефектів ріжучого краю передніх груп зубів із застосуванням парапульпарних штифтів, позолоченої металеві сітки, пористої спеченої титанової пластини, що використовуються при дефектах більше 1/3 довжини коронкової частини передніх груп зубів [4,5]. Армуючий елемент у вигляді позолоченої металеві сітки, який застосовується в стоматології, має наступні розміри: діаметр дроту 0,2 мм, товщина сітки 0,4 мм. Нами встановлено, що при дефекті ріжучого краю передніх груп зубів до 2мм застосування армованого композитного матеріалу для відновлення цілісності ріжучого краю не представляється неможливим. Реставрації дефекту ріжучого краю фронтальних груп зубів до 2 мм із застосуванням лише композитного матеріалу

є недоцільним, оскільки приводить до частих сколів і відломів [9]. В даний час застосовується медикаментозна терапія, спрямована на призупинення процесу зменшення і гіперестезії твердих тканин зуба до 2 мм, але не на усунення дефекту [10,11].

У зв'язку відсутністю ефективних методів відновлення дефектів твердих тканин зуба до 2мм дана проблема залишається однією з найактуальніших в стоматології.

Метою нашого дослідження стало удосконалення способів відновлення цілісності ріжучого краю фронтальної групи зубів, профілактика сколів та відломів.

Об'єкт і методи дослідження. Для усунення дефекту ріжучого краю глибиною до 2 мм використовувався світлотвердний композиційний матеріал Filtek™ Z — 250. До реставрації ріжучого краю пошкодженого зуба приступають після визначення кольору майбутньої реставрації, при цьому використовують стандартну шкалу кольорних відтінків реставраційних матеріалів «VITA». Далі формують шорсткість і ретенційні пункти на зовнішній поверхні ріжучого краю пошкодженого зуба в межах емалі.

Формування шорсткості і ретенційних пунктів на зовнішній поверхні ріжучого краю пошкодженого зуба в межах емалі.

Результати досліджень та їх обговорення. В ділянці ріжучого краю на вестибулярній поверхні пошкодженого зуба в медіо-дистальному напрямку проводять атравматичне (щадне) препарування висотою 2–3 мм з метою формування шорсткості на поверхні емалі. Після формування шорсткості приступають до формування ретенційних пунктів глибиною 0,3 мм з вестибулярної поверхні за допомогою циліндричного бору діаметром 0,5 мм. Дані маніпуляції проводять і з оральної поверхні. Таким чином, на вестибулярній і оральної поверхнях пошкодженого зуба формують 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.

Далі приступають до формування порожнини складної геометричної конфігурації по ріжучому краю зуба, що реставрується. Спочатку на поверхні дефекту ріжучого краю формують подовжній паз глибиною 0,5 мм в медіо-дистальному напрямку, відступаючи від апроксимальних поверхонь по 1–1,5 мм з метою запобігання сколів з апроксимальних поверхонь. Далі за допомогою циліндричного бору діаметром 0,5 мм. збільшують глиби-

ну сформованого подовжнього паза до 2–3 мм. Додатково циліндричним бором стінки подовжнього паза скошують під кутом, що не перевищує кут нахилу вестибулярної і оральної поверхонь в області ріжучого краю. За рахунок формування похилих стінок ширина паза збільшується у напрямку до пульпової камери зуба. Площа дна паза стає більше площі паза на поверхні дефекту. Далі приступають до формування 3 — 4 напівциліндричних порожнин, що розташовуються симетрично або асиметрично відносно один одного з боку вестибулярної і оральної стінок паза. Напівциліндричне форма порожнини досягається за допомогою циліндричного бору діаметром 0,5 мм під кутом рівним куту нахилу стінок подовжнього паза. Глибина препарування твердих тканин зуба при формуванні напівциліндричних поверхонь не перевищує 0,3 мм, а висота напівциліндричних порожнин дорівнює висоті стінок паза. Сформовані напівциліндричні порожнини сполучаються з пазом, при цьому стінки паза переходять у напівциліндричні поверхні.

Сполучені напівциліндричні порожнини і паз формують загальну ретенційну порожнину складної геометричної конфігурації. Оральна та вестибулярна стінки даної порожнини формують оральну і вестибулярну стінку паза відповідно, які переходять в ряд симетрично або асиметрично розташованих напівциліндричних поверхонь.

Після кислотного травлення і адгезивної обробки приступають до остаточної реставрації ріжучого краю пошкодженого зуба із застосуванням композитних матеріалів. Ретенційну порожнину пошарово заповнюють макрофілірованим композитним матеріалом до рівня поверхні дефекту, проводять спрямовану полімеризацію з вестибулярної і оральної сторін та з боку поверхні дефекту. Далі за допомогою макрофілірованого композитного матеріалу відновлюють анатомічну форму ріжучого краю.

Остаточну реставрацію починають з нанесення макрофілірованого композитного матеріалу на вестибулярну і оральну поверхні відновленого ріжучого краю, в області ретенційних пунктів, створюючи тим самим штучний емалевий шар.

Естетичний ефект досягають після шліфування полірувальними дисками різної абразивності та обробки поверхонь апроксимальних штрипс. Проводять фінішну полімеризацію з оральної та вестибулярної поверхонь відреставрованого ріжучого краю зуба. Повторне шліфування та полірування по можливості про-

дять на двадцятку добу після реставрації. Таким чином, при реставрації композитними матеріалами ріжучого краю фронтальної групи зубів з дефектом до 2мм формують:

- шорсткість та ретенційні пункти на зовнішній поверхні ріжучого краю пошкодженого зуба в межах емалі;
- порожнину складної геометричної конфігурації по ріжучому краю зуба, що реставрується в межах дентину.

Сформована шорсткість, ретенційні пункти та порожнина складної конфігурації не тільки збільшують площу адгезії композитного матеріалу з тканинами зуба, але й забезпечує ретенцію композитної реставрації у вертикальному, медіо-дистальному і вестибуло-оральному напрямках.

Клінічна практика показала високу ефективність даного способу.

Висновок. Розроблений спосіб усунення дефекту ріжучого краю глибиною до 2 мм із застосуванням композитних матеріалів забезпечує довговічність функціонування поряд з високою естетикою реставрації.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується удосконалити існуючі та запропонувати нові, альтернативні способи реставрації бокових груп зубів із відновленням їх анатомічної та функціональної активності.

УДК 616.314 – 76 – 77 – 084

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ШЕРОХОВАТОСТИ, РЕТЕНЦИОННЫХ ПУНКТОВ И ПОЛОСТЕЙ СЛОЖНОЙ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ КОНФИГУРАЦИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ РЕЖУЩЕГО КРАЯ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Гасюк П. А., Калашников Д. В.

Резюме. В результате проведенных комплексных исследований неотъемлемым условием для восстановления дефектов твердых тканей на этапе препарирования мы предполагаем создание на вестибулярной поверхности поврежденного зуба наружной (эмалевой) жесткости и ретенционных пунктов в пределах эмали. Создание условий и ретенционные пункты на вестибулярной и оральной поверхностях режущего края зуба, который подлежит реставрации увеличивают площадь адгезии композитного материала с эмалью зуба.

Разработанный способ устранения дефекта режущего края глубиной до 2 мм, с применением композиционных материалов обеспечивает долговечность функционирования, параллельно с высокой эстетикой реставрации.

Ключевые слова: дефект, реставрация, коронка, препарирование, эмаль.

УДК 616.314 – 76 – 77 – 084

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ШОРСТКОСТІ, РЕТЕНЦІЙНИХ ПУНКТІВ І ПОРОЖНИН СКЛАДНОЇ ГЕОМЕТРИЧНОЇ КОНФІГУРАЦІЇ ПРИ УСУНЕННІ ДЕФЕКТІВ РІЖУЧОГО КРАЮ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

Гасюк П. А., Калашніков Д. В.

Резюме. 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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Терапевтическая стоматология/[Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н.]. — М.: Медицина, 2001. — С. 163–167.
2. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов/Борисенко А.В. — Киев: Книга плюс, 2002. — С. 363–365.
3. Борисенко А.В. Композиционные пломбирочные и облицовочные материалы в стоматологии/Борисенко А.В. — Киев: Книга плюс. — 2001. — С. 200–203.
4. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов/Каламкарров Х.А. — М.: МИА, 2003. — С. 57 — 61.
5. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии/Копейкин В.Н. — М.: Медицина, 1993. — С. 121–123.
6. Куцын С.Н. Клиническое использование современных материалов фирмы VOCO/С.Н. Куцын//Стоматология. — 2006. — № 1. — С. 58–59.
7. Луцкая И.К. Основы эстетической стоматологии/Луцкая И.К. — Минск: Современная школа, 2005. — С. 290–291.
8. Макеева И.М. Поражения твердых тканей зуба по типу VI класса/И.М. Макеева//Клиническая стоматология. — 2001. — № 3. — С. 59–59.
9. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология/Санкт-Петербург: Научная литература, 2001. — С. 91–100.
10. Петрович В.Н. Применение парапульпарных штифтов в полостях в II класса по Блеку в эксперименте/Петрович В.Н. — Екатеринбург: Стоматология, 1993. — С. 105–110.
11. Суржанский Ю.Н. Реставрационные материалы и основы практической эндодонтии/Суржанский Ю.Н. — Киев: Книга плюс, 2004. — С. 70–72.

Розроблений спосіб усунення дефекту ріжучого краю глибиною до 2 мм із застосуванням композитних матеріалів забезпечує довговічність функціонування поряд з високою естетичною реставрацією.

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

UDC 616.314 – 76 – 77 – 084

FORMATION OF SURFACE ROUGHNESS, RETENTION OF ITEMS AND CAVITIES OF COMPLEX GEOMETRIC CONFIGURATION BY ELIMINATING DEFECTS INCISAL ANTERIOR TEETH

Gasiuk P. A., Kalashnikov D. V.

Summary. As a result of comprehensive research interconnection condition for restoration of defects of hard tissues at the stage of preparation, we anticipate the establishment of a vestibular surface of the damaged tooth outer (enamel), rigidity and retention of items within the enamel. Creation of conditions and retention points in the vestibular and oral surfaces of the cutting edge of the tooth, which is subject to the restoration of the area increases the adhesion of a composite material with enamel.

The new method of removing defect cutting edge depth of 2 mm, made of composite materials ensures longevity of operation, in parallel with a high aesthetic restoration.

Key words: defect restoration, crown, preparation, enamel.

Стаття надійшла 27.08.2010 р.

УДК 616.89:617.52/.53-07-08

А. А. Джерелей, И. Г. Романенко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского
(г. Симферополь)

Работа является фрагментом комплексной научно-исследовательской темы: «Современные методы лечения и профилактики стоматологических заболеваний», разработанной в КГМУ им. С. И. Георгиевского, государственная регистрация № 0109U004584.

Вступление. Проблема влияния прогрессирующей болезни на психоэмоциональное состояние человека сегодня представляется весьма актуальной в медицине вообще и в челюстно — лицевой хирургии в частности [1–3, 12–17].

Психоэмоциональные перегрузки ведут к повышенной трате энергии, дезорганизации обменных процессов и дисфункции важнейших отделов мозга, что способствует развитию нарушений в сердечно-сосудистой и других системах организма [4–11]. При появлении признаков заболевания, психологическая реакция может меняться и приобретать большую выраженность. Неблагоприятное влияние психологического фактора на течение заболевания можно нивелировать, внося в комплекс лечения необходимые дополнения и изменения.

Целью настоящего исследования было повысить эффективность лечения хирургических

стоматологических больных путём разработки и дифференцированного использования терапевтических схем, учитывающих психосоматическое состояние больного.

Объект и методы исследования. Проанализированы результаты лечения и послеоперационного наблюдения за 312 пациентами с атеромами, дермоидными кистами, липомами и хроническим гиперпластическим лимфаденитом (контрольная группа — 169, основная — 143). Мужчин — 148 человек, женщин — 164. Преобладали больные в возрасте до 50 лет (80,5 %).

Общеклинические и лабораторные исследования были дополнены изучением степени выраженности послеоперационного отека и болевой реакции, состояния раны и рубца, контролем показателей артериального давления, локальной термометрии, определением показателей протромбина, фибрина, времени свертывания крови и перекисного окисления липидов.

По результатам психологического тестирования и совокупности клинко-лабораторных показателей больные были распределены в три психосоматические подгруппы: тревожно-обсессивно-фобическую