

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИ УСЛОВИИ НИЗКОЙ КОРОНКИ ОПОРНОГО ЗУБА.**

*Верстаков Д.В., Колесова Т.В., Дятленко К.А.*

**Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, г. Волгоград  
(научный руководитель – д.м.н. Данилина Т.Ф.)**

Одним из весьма важных обстоятельств, осложняющих решение клинических задач в ортопедической стоматологии, является низкая клиническая коронка. На сегодняшний день проблема низкой коронковой части при препарировании зубов, в особенности под безметалловые конструкции, остается чрезвычайно актуальной. При протезировании зубов с низкой клинической коронкой необходимо создать условия для хорошей ретенции. Для этого Шиллинбург Г. (2006) предложил 4 параметра, определяющие качество одонтопрепарирования: создание оптимальной конусности; только один путь введения; создание дополнительной ретенции; создание большей «площади цементной пленки». Rosenstiet [1957] сформулировал конструкционные требования к протезу, обеспечивающие его максимальную ретенцию. Протез устойчив только тогда, когда его смещение при фиксации на культе зуба ограничено одним углом свободы. То есть, протез устойчив, когда имеет один путь введения на протезное ложе. Единственный путь введения протеза должен быть максимально длинным. Таким образом, эффективная ретенция будущей формы конструкции в процессе препарирования обеспечивается путем сохранения максимальной высоты культи и площади боковых стенок опорного зуба, что практически затруднено при низких клинических коронках зубов.

Цель: повышение эффективности протезирования зубов с низкой клинической коронкой.

Материалы и методы: Нами была проведена биометрия моделей 66 опорных зубов при изготовлении несъемных ортопедических конструкций по методике биометрического изучения диагностических моделей челюстей (Т.Ф. Данилина, 1997г.). Из которых 12 культей составили моляры, 22 культи – премоляры, 32 – фронтальная группа зубов. Однотометрию проводили с помощью микрометра, нониус которого равен 0,1 мм.

В ходе обследования пациентов применяли унифицированный метод оценки высоты коронок опорных зубов на основе анализа ортопантограммы. Достоверность объектов на снимке может быть в соотношении от 1:1,2 до 1:1,5 в зависимости от конструкции аппарата, поэтому измерение высоты коронок в абсолютных значениях невозможно. Нами предложен стандартизированный рентгеноконтрастный измерительный шаблон, который прикрепляется к опорным зубам с последующей калибровкой размера опорного зуба. Затем проводился количественный анализ ортопантограмм с нанесением вертикальных линий отсчета относительно стандартного эталона, позволяющих оценить величину клинической коронки опорного зуба.

Результаты и обсуждение: Показатели высоты опорных зубов варьировали в широких пределах. Высота культей менее 4 мм в области моляров составила 33,4%, в области премоляров – 9,1%, в области фронтальной группы зубов – 6,3%. Отчасти низкая коронковая часть культи зуба, объясняется недостаточным межокклюзионным пространством. Во избежание расцементирования несъемных конструкций зубных протезов, необходимо создание дополнительных элементов ретенции при низкой коронке опорных зубов, которые выполняются в виде насечек, бороздок, коробчатых полостей, проточек и т.д. В процессе одонтопрепарирования при низкой коронке опорных зубов, необходимо учитывать биомеханические аспекты работы зубочелюстной системы и ортопедической конструкции. Для одиночных коронок смещающие силы направлены в вестибуло-оральном направлении, поэтому коробчатые полости рекомендуется создавать на апроксимальных поверхностях. Для мостовидных протезов силы действуют в медиодистальном направлении, а значит, элементы ретенции должны располагаться на вестибулярной и язычной поверхностях.

Выводы: для повышения эффективности протезирования зубов с низкой клинической коронкой необходимо учитывать высоту межокклюзионного пространства, обеспечить повышение площади боковых стенок опорного зуба за счет создания дополнительных ретенционных элементов, характер расположения которых, взаимосвязан с биомеханическими аспектами работы ортопедической конструкции в полости рта больного.

**Литература**

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.

6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2004г.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2003г.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2002г.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2001г.
11. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 1999г.