

Артёмов А.В.

**Оценка эффективности лечения пациентов с обширной потерей твердых тканей зубов***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии**Научные руководители: к.м.н. Гусева О.Ю., к.м.н. Полосухина Е.Н.***Резюме**

Необходимость соблюдения Протокола ведения больных «Кариес зубов».

**Ключевые слова:** прямая реставрация, непрямая реставрация, ИРОПЗ, обширная потеря твердых тканей зубов, I класс по Блэку

**Актуальность**

Восстановление дефектов твердых тканей зубов является обязательным условием лечения. Эффективность восстановления анатомической и функциональной целостности коронковой части зуба зависит от многих факторов. Один из них это степень разрушения коронковой части зуба. [1,2,3].

Различают прямую реставрацию, выполняемую непосредственно в полости рта пациента [4,5] и непрямую - с использованием лабораторного этапа изготовления [6].

Для решения вопроса о том, какой метод восстановления анатомической и функциональной целостности зуба выбрать, необходимо в первую очередь оценить степень разрушения тканей зуба.

Для оценки степени поражения твердых тканей жевательных зубов в 1984 г. профессором В.Ю.Миликевичем был предложен индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов (ИРОПЗ).

Согласно протоколу ведения больных с кариесом зубов (утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития РФ 17 октября 2006 г.) показаниями к протезированию являются: поражение твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) > 0,4 показано изготовление вкладок, ИРОПЗ > 0,6 - показано изготовление искусственных коронок, ИРОПЗ > 0,8 - показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Несмотря на это в последнее время все более размытой становится граница при определении показаний к прямым и непрямым методам восстановления анатомической и функциональной целостности коронковой части зуба [2,7]. Однако исследование доцента кафедры консервативной стоматологии и пародонтологии университета Людвиг-Максимилиана Ю.Малика (г.Мюнхен, Германия) по сравнению прямой и не прямой реставрации после эндодонтического лечения показало, что успех сохранности фронтальной группы зубов при прямой реставрации составляет 80%, в то время как при не прямой – 82%. Успех сохранности боковых зубов через 3 года при прямой реставрации составляет 84,4%, при не прямой – 84,8%. Через 10 лет разница очевидна, соответственно при прямой – 63%, а при не прямой – 81%.

Наиболее распространенным методом восстановления коронковой части зубов является прямой метод, при котором после препарирования проводится пломбирование с применением различных материалов [8,9,10,11,12].

**Цель:** повышение эффективности лечения пациентов с обширной потерей твердых тканей зуба (ИРОПЗ > 0,6).

**Задачи исследования:**

1. Выявить частоту проведения прямой и не прямой реставрации у жевательной групп зубов (I класс по Блэку) с ИРОПЗ > 0,6.
2. Определить качество прямых реставраций у жевательной групп зубов (I класс по Блэку) с ИРОПЗ > 0,6.

**Материал и методы**

1. Провели клиническое стоматологическое обследование 60 студентов стоматологического факультета СГМУ с выявлением реставраций на жевательной группе зубов (I класс по Блэку).
2. Выявили прямые реставрации у жевательной группы зубов (I класс по Блэку) с ИРОПЗ > 0,6.
3. Произвели оценку качества реставраций в зубах с ИРОПЗ > 0,6 согласно критериям.

**Критерии качества прямой эстетической композитной реставрации зубов [13]:**

1. Соответствие геометрии эстетической реставрации анатомической форме зуба.
2. Точечный контакт между апроксимальными поверхностями зуба и реставрации.
3. Соответствие окклюзионных контактов зубов.
4. Цветовое воспроизведение анатомических элементов (мамелоны, зоны прозрачности, трещины, фиссуры, эффект «хамелеон»).
5. Постепенный цветовой переход от шейки к экватору и окклюзионной поверхности зуба.
6. Визуальное отсутствие границы края реставрации, прилегающего к эмали зуба.
7. Степень полировки поверхности реставрации.
8. Соответствие выбранного метода реставрации клинической ситуации.
9. Соответствие технологии применения и самого реставрационного композиционного материала особенностям клинической ситуации.

**Результат и обсуждение**

В ходе обследования было выявлено 85 композиционных реставраций жевательной группы зубов (I класс по Блэку). Из них 36 (42,4%) было проведено в зубах с ИРОПЗ > 0,6 (критерий – площадь занимаемой поверхности пломбы). После произведения оценки качества данных реставраций выявлено, что лишь 7 из 36 реставраций (19%) соответствовало выше обозначенным критериям качества прямой эстетической композитной реставрации зубов.

#### Выводы

1. В подавляющем преимуществе случаев восстановление анатомической формы коронковой части зуба независимо от степени разрушения твердых тканей зуба проводится прямым методом.
2. Установлено неудовлетворительное качество и сохранность прямых реставраций, проведенных на жевательной группе зубов с ИРОПЗ > 0,6.

Таким образом, появление в последние десятилетия новых технологий и материалов, увеличивающих технические возможности реставрации коронковой части зуба в клинике терапевтической стоматологии, не позволяет расширить показания к прямой реставрации зубов с индексом разрушения зуба > 0,6. Полученные данные подтверждают необходимость соблюдения протокола ведения больных «Кариес зубов», утвержденным Заместителем Министра Здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым 17 октября 2006 года.

#### Литература

1. Леус, П.А. Коммунальная стоматология/Леус П.А.//Брест: ОАО Брестская типография, 2000.-283 с.
2. Рогожников, Г.И., Логинов, В.А., Асташина, Н.Б., Щербаков, А.С., Конюхова, С.Г. Реставрация твердых тканей зубов вкладками/Рогожников, Г.И., Логинов, В.А., Асташина, Н.Б., Щербаков, А.С., Конюхова, С.Г.//М.: Медицинская книга, Н. Новгород:издательство НГМА, 2002.-151с.
3. Хельвиг, Э., Климек, Й., Аттин, Т. Терапевтическая стоматология/Э. Хельвиг, Й. Климек, Т.Аттин //Львов:ГалДент.-1999.-409 с.
4. Овсепян А.П. Раввинская А.А. Рабер Дам стандарт безопасности и качества лечения. Dental Forum. 2006, №3 (16), с. 65-71.
5. Kreulen С.М., van Amerongen W.E., Borgmeijer P.J., Akerboom H.B. Comparison of two methods for evaluating the occlusal marginal adaptation of posterior restorations. ASDC journal of dentistry for children. 1993, 60(4-5), p. 304-309.
6. Touati B.; Miara P., Nathanson D. Эстетическая стоматология и керамические реставрации. М., 2004, 447 с.
7. Радлинский С.В. Виды прямой реставрации зубов/ С.В.Радлинский//ДентАрт.-2004.-1.-С.33-40.
8. Вершинин В. А., Кирюхин В.Ю., Рогожников Г.И. Конечно-элементный анализ механических причин возникновения вторичных деформаций. Российский журнал биомеханики, 2005, т.9, №3, с. 16-31.
9. Копейкин В.Н., Малик М.В., Салиев В.И. Восстановление разрушенной коронки многокорневых зубов. Стоматология, 1988, т. 66, №5, с. 55-56.
10. Тимофеева В.П. Состояние пломб из композитных материалов у лиц с различной подверженностью к кариесу. Институт стоматологии, 2003, №2, с. 52-54.
11. Уголева С., Шевченко М.В., Сидоров А.В., Виноградова Т.Ф. Отдаленные результаты реставрации зубов композиционными материалами фирмы "Вивадент". Новое в стоматологии, 1996, №3, с. 35-40.
12. Liebenberg W.H. The axial bevel technique: A new technique for extensive posterior resin composite restorations. Quintessence Int. — 2000. -Vol.31.-P. 231-239.
13. Бокучава Э.Г. «Методические подходы к оценке качества техники прямой эстетической реставрации зубов». /Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Нижний Новгород – 2009/.