

Луцкая И.К., Данилова Д.В., Зиновенко О.Г.

ПЛАНИРОВАНИЕ РАЗМЕРОВ И ФОРМ ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

БелМАПО, г.Минск, Беларусь

На основании результатов собственных исследований, а также анализа литературных данных на кафедре терапевтической стоматологии БелМАПО разработана последовательность планирования размеров и форм зубов в эстетической стоматологии.

Предлагаемая методика основана на изучении одонтометрических и одонтоскопических характеристик зубов и состоит из следующих этапов: сравнительная оценка коронки зуба; определение размеров реставрации; расположение проксимальных поверхностей; определение геометрической формы реставрации; определение признаков принадлежности зубов к сторонам; определение индивидуальных особенностей зубов.

На первом этапе необходимо провести сравнительную оценку клинической и анатомической коронок. Так, наличие фасеток стираемости в области режущего края может свидетельствовать о снижении высоты клинической коронки по сравнению с анатомической. Обнажение шейки и корня зуба может быть признаком увеличения вертикального размера клинической коронки. Затем предлагается определить вертикальные (высоту) и горизонтальные размеры будущей реставрации (мезиодистальные параметры в области шейки, экватора и режущего края) с помощью микрометра или стоматологического штангенциркуля.

Результаты данных измерений позволяют сделать вывод о взаиморасположении проксимальных поверхностей. Незначительная разница мезиодистальных размеров в области шейки и режущего края характерна для параллельных проксимальных поверхностей прямоугольной (квадратной) формы. Преобладает ширина в области экватора у закругленных боковых граней зубов овальной формы. Горизонтальный размер режущего края значительно превосходит мезиодистальный параметр в области шейки у зубов треугольной формы при конвергенции проксимальных поверхностей.

Следующим этапом планируются признаки принадлежности зубов к стороне. Необходимо учитывать возраст, пол, индивидуальные особенности пациента и групповую принадлежность зубов. Так, признак угла коронки наиболее ярко выражен у молодых людей 17 – 25 лет. В результате физиологической стираемости зубов этот признак становится менее заметным.

Признак кривизны коронки заключается в ме-

зиальном положении выпуклости на вестибулярной поверхности. Однако, как показали результаты одонтоскопического исследования, топографическое положение элемента, определяющее наличие признака кривизны коронки, может быть различным: располагаться ближе к центру или дистально.

Далее необходимо выбрать тип макрорельефа в зависимости от количества эмалевых валиков. При этом также следует иметь в виду возрастные изменения (вертикальная стираемость) и групповую принадлежность зубов. Результатом таких изменений макрорельефа является гладкая вестибулярная поверхность. Для центральных резцов верхней челюсти молодых людей характерна вестибулярная поверхность с выраженными тремя или двумя эмалевыми валиками.

Следующий шаг – планирование формы зубодесневого контура, который является верхней границей вестибулярной поверхности и может оказывать влияние на визуальное восприятие геометрической формы зубов. Следует иметь в виду, что при прямоугольной форме зубов у молодых людей встречаются округлый и куполообразный зубодесневой контуры. При треугольной форме преобладает куполообразный десневой край. С возрастом количество зубов с куполообразным десневым контуром уменьшается, в то время как у округлого увеличивается.

Планировать протяженность контактов между зубами необходимо таким образом, чтобы было достаточно пространства для межзубного сосочка. Однако избыток свободного места в межзубном треугольнике способствует травмированию десневого сосочка пищевым комком, застреванию пищи между зубами, что может вызвать воспалительный процесс в тканях маргинального периода донта. Также на протяженность соприкосновения зубов могут оказывать влияние возрастные изменения. Центральные резцы чаще всего контактируют между собой на протяжении от вершины десневого сосочка до режущего края.

Завершают этап планирования выбором формы режущего края зубов, которая также зависит от многих факторов. Зубчатый в момент прорезывания режущий край, стираясь, становится ровным. В процессе дальнейшего истирания появляются фасетки стираемости, сначала в пределах эмали, а затем дентина. Неровная (выпуклая или вогнутая) поверхность в ряде случаев может

быть обусловлена контактом с зубами-антагонистами, индивидуальными признаками, травматическим сколом эмали.

Выбранные таким образом эстетические элементы реставрации зуба необходимо сразу отметить в карте регистрации эстетической реставрации либо в амбулаторной карте стоматологического больного.

Луцкая И.К., Андреева В.А., Зиновенко О.Г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК

БелМАПО, Минск, Беларусь

У пациентов с возрастом увеличивается количество несъемных ортопедических конструкций в полости рта, что затрудняет определение интенсивности кариеса по причине того, что искусственными коронками могут покрываться как пораженные кариесом и его осложнениями зубы, так и интактные. Кроме первоначального состояния (лечен или интактный), в зубах под искусственными коронками может развиваться кариозный процесс.

Цель исследования – определение интенсивности кариеса зубов у пациентов с искусственными коронками в полости рта.

Материалы и методы

Для определения стоматологического статуса больных с ортопедическими конструкциями в полости рта было обследовано 300 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет. Все обследуемые обра-

Применение разработанных нами рекомендаций, заключающихся в подробном описании последовательности манипуляций по выбору размеров и форм зубов, позволяет осуществлять дифференцированный подход к выбору анатомической формы зубов для воссоздания в ходе эстетического реставрирования.

тились на прием с целью подготовки к протезированию. У обследованных больных при первичном обращении все искусственные коронки снимались по медицинским показаниям, что давало возможность достоверного определения интенсивности кариеса зубов, находившихся под ортопедическими конструкциями.

Результаты и их обсуждение

Выявлена прямая взаимосвязь между интенсивностью кариеса под коронками и количеством ортопедических коронок у пациентов всех возрастных групп. На основании полученных результатов (табл. 1) были разработаны условные (возрастные) коэффициенты путем расчета доли КП под коронками от количества коронок для каждой возрастной группы.

Таблица 1
Взаимосвязь между КП под коронками и количеством коронок

Возрастная группа	Доля КП под коронками от количества коронок (%; ДИ=95%)	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена
25–34 (n=54)	86,3 (76,8–95,8)%	$r_s=0,980$ при $p<0,001$
35–44 (n=51)	78,9 (67,7–90,1)%	$r_s=0,946$ при $p<0,001$
45–54 (n=57)	65,2 (52,8–77,6)%	$r_s=0,850$ при $p<0,001$
55–64 (n=44)	73,1 (76,8–95,8)%	$r_s=0,971$ при $p<0,001$
65 и старше (n=44)	78,2 (66,0–90,4)%	$r_s=0,713$ при $p<0,001$

Интенсивность кариеса определяется как сумма индекса КПУ зубов без коронок (K_1) и КП зубов под коронками (K_2). Предложена формула для расчёта интенсивности кариеса запротезированных зубов (K_2):

$$K_2 = \frac{n}{k_3}, \quad (1)$$

где n – количество зубов под искусственными коронками,

k_3 – условный (возрастной) коэффициент кариеса зубов, покрытых коронками, равный: 18–24 года – 1,0; 25–34 года – 1,2; 35–44 года – 1,3; 45–54 года – 1,5; 55–64 года – 1,4; 65 лет и старше – 1,3, при этом интенсивность кариеса оценивают

как сумму коэффициентов K_1 и K_2 ($K=K_1+K_2$). Данная формула рекомендована к использованию для расчета интенсивности кариеса при проведении эпидемиологических исследований.

Количество зубов с кариесом под ортопедическими конструкциями зависит от количества искусственных коронок ($K=0,815$ при $\alpha=0,019$), от уровня гигиены полости рта ($K=0,755$ при $\alpha=0,006$), от тяжести заболеваний периодонта ($K=0,761$ при $\alpha=0,000$), от общей интенсивности кариеса зубов ($K=0,708$ при $\alpha=0,019$). Количество зубов с кариесом (компонент «К») в структуре индекса КП под коронками в зависимости от возраста пациентов представлено на рис. 1.