

ПРИМЕНЕНИЕ КУЛЬТЕВЫХ ШТИФТОВЫХ ВКЛАДОК ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ И ПРОГЕНИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ.

Саакян. Ш.Х, Симонова И.А, Самусенко О.П.

Российский Университет Дружбы Народов. Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний. г. Москва.

При полностью разрушенных коронках зубов, когда невозможно их восстановление пломбами, вкладками и полукоронками применяются культевые коронки, которые состоят из двух самостоятельных частей: искусственной культи со штифтом и покрывающей ее коронки (покрывной конструкции). Однако, при наличии некоторых аномалий прикуса и аномалий положения зубов, патологической стираемости зубов, изготовление и применение таких протезов сопряжено с определенными трудностями. Поэтому в этих случаях перед непосредственным изготовлением культевых штифтовых вкладок и покрывающих их коронок и мостовидных протезов необходима соответствующая ортопедическая (ортодонтическая подготовка к протезированию).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей протезирования больных с патологической стираемостью зубов II и III степени, а также больных с прогеническим прикусом.

Материалы и методы Нами было обследовано 21 пациент в возрасте от 30 до 50 лет. Их них- 12 пациентов с патологической стираемостью твердых тканей зубов II и III степени; 9- с прогеническим соотношением зубных рядов. При прямом прикусе патологической стираемости зубов II и III степени со снижением высоты прикуса и укорочение высоты нижней трети лица проводилось томограмма височно-нижнечелюстного сустава до и после ортодонтической подготовки. Для выявления функциональных нарушений жевательных мышц применялся метод электромиографии . У пациентов с прямым прикусом и патологической стираемостью зубов ортопедическая подготовка проводилась у пациентов со II и III степенью стираемости, когда имелись признаки снижения высоты прикуса , укорочение нижней трети лица и изменение топографических взаимоотношений элементов височно- нижнечелюстного сустава. Последние определялись при помощи томограммы этого сочленения. На томограмме наблюдалось дистальное расположение суставной головки нижней челюсти в суставной ямке (ортопедическая подготовка проводилась также при наличии признаков парафункции жевательных мышц). Для выявления функциональных нарушений жевательных мышц применяется метод электромиографии. Практически нормализация высоты прикуса нижней трети лица и соотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава достигалась при помощи пластмассовой каппы. Мы у большинства пациентов применяли назубную каппу на весь зубной ряд нижней челюсти. После припасовки каппы, адаптации к ней восстанавливали, высоту прикуса путем наслоения быстротвердеющей пластмассы на жевательную поверхность каппы. Положение суставных головок в суставных ямках, при таком повышении высоты прикуса контролировалось при помощи томограммы височно- нижнечелюстного сустава. Каппой больные пользовались в течении 3-6 месяцев .Каппу на зубах укрепляли репином после полной адаптации больного к ней. У пациентов с дефектами зубных рядов мы применяли зубодесневую каппу на весь зубной ряд или временные съемные протезы которые перекрывали имеющиеся зубы. После перестройки миотатического рефлекса жевательных мышц и нормализации их функции, а также перестройки функции височно-нижнечелюстного сустава и стабилизации положения нижней челюсти, проводилось зубное протезирование в боковых отделах зубных дуг. Мы отдаем предпочтение цельнолитым коронкам или мостовидным протезам или штампованным коронкам с литой жевательной поверхностью. Такие протезы могут длительное время противостоять повышенной жевательной нагрузке и не стираться. Если у пациента имелись большие включенные или концевые дефекты, то применялись цельнолитые бюгельные протезы с окклюзионными накладками. В процессе конструирования этих протезов восстанавливалась высота прикуса и нижней трети лица. Таким путем в области передних зубов создавалась вертикальная щель между культей разрушенного зуба (зубов) и его антагонистами. Затем изготавливалась литая культевая штифтовая вкладка (вкладки), которая затем покрывалась коронкой (фарфоровой, металлокерамической, пластмассовой, комбинированной) или мостовидным протезом по показаниям. При прогеническом прикусе обусловленным чрезмерным ростом нижней челюсти, недоразвитием верхней челюсти ортодонтическое лечение у взрослых не эффективно. Поэтому перед протезированием таких пациентов мы ортодонтическую подготовку не проводили и соотношение зубных рядов с сагиттальном направлении не изменяли. Что же касается высоты прикуса, то при ее снижении мы изготавливали временные съемные пластмассовые протезы которыми замещали имеющиеся дефекты зубных рядов и восстанавливали высоту прикуса. Этими протезами больные пользовались в течение трех месяцев. После перестройки функции жевательных мышц, которая определялась методом электромиографии, проводилось протезирование дефектов зубных рядов в области премоляров и моляров. Разрушенные передние зубы восстанавливались литыми культевыми штифтовыми вкладками с покрывной конструкцией по показаниям. В процессе моделирования культевых вкладок их направление изменялось с наклоном в вестибулярную сторону в пределах до 10-15 °. Это позволяло улучшить соотношение зубных

рядов в переднем отделе. При наличии сагиттальной щели до 2-3 мм нам в процессе восстановления высоты прикуса на протезах в области премоляров и моляров, а также соответствующей моделировки культовых вкладок и покрывной конструкции, удавалось получить соотношение передних зубов по типу прямого прикуса. Если у больного имелись частично разрушенные, измененные в цвете или стертые отдельные передние зубы, то для достижения лучшего эстетического эффекта они так же покрывались коронками такого же цвета и формы, как покрывная конструкция на вкладках. При наличии сагиттальной щели, превышающей 2-3мм, направление культы штифтовой вкладки не изменялось, сама покрывная конструкция моделировалась в прогеническом соотношении передних зубов. При попытке изменить соотношение передних зубов у трех пациентов с прогеническим прикусом и сагиттальной щелью от 4-6мм мы получили осложнения- раскол корня, отлом керамики и травматическую перегрузку пародонта опорных зубов. В результате такой перегрузке нарушается трофика пародонта с вестибулярной стороны. Это, в свою очередь, приводит к воспалительным изменениям десны, резорбции костной ткани лунок, расшатывание и потеря опорных зубов. Подобное осложнение наблюдалось нами у одного пациента. У двух пациентов с патологической стираемостью II степени в процессе нашего лечения появились боли в височно- челюстных суставах после одномоментного поднятия высоты прикуса на пластмассовой капле на 6-7мм. В связи с этим у обоих больных пластмасса на капле была сошлифованна и боли уменьшились и очень быстро (через 2-3 дня) полностью исчезли. Во избежание подобных осложнений, мы в дальнейшем поднимали прикус на капле постепенно в два этапа. В начале – на 3-4мм, а через полтора месяца еще на нужную величину. При таком методе перестройки функции жевательных мышц мы осложнений не наблюдали.

Результаты исследования. Большинство пациентов протезами были довольны и жалоб не предъявляли. У трех пациентов с прогеническим прикусом и сагиттальной щелью от 4 до 6мм при попытке изменить направление культы штифтовых вкладок и изменить соотношение передних зубов мы получили осложнение – раскол корня, отлом керамики и травматическую перегрузку опорных зубов. У одного пациента с этой же патологией возникли осложнения: воспалительные изменения десны, резорбция костной ткани лунок, расшатывание и потеря опорных зубов. У двух пациентов патологической стираемости II степени появились боли в височно- нижнечелюстном суставе в связи с одномоментным поднятием высоты прикуса на 6-7мм .

Вывод. При снижении высоты прикуса более чем на 3-4мм при патологической стираемости, необходимо ортопедическую подготовку на капле проводить поэтапно: сначала на 3-4мм , а через полтора месяца- еще на нужную величину. При прогеническом прикусе при наличии сагиттальной щели от 4-6 мм направление культей штифтовых вкладок изменять не следует и покрывную конструкцию моделировать в том же прогеническом соотношении передних зубов во избежание возникновения различных осложнений

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.