

© ЧЕРНЯВСКИЙ Ю.П., 2014

ВНЕДРЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ТРАНСЛЯЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»

ЧЕРНЯВСКИЙ Ю.П.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Республика Беларусь

Резюме.

В представленной статье приведена информация по одному из сложнейших разделов стоматологии - «Эндодопериодонтология». Данная информация используется по принципу трансляционной медицины в преподавании студентам 3-5 курсов стоматологического факультета, а также практикующим врачам-стоматологам.

Трансляционная медицина – новый этап в развитии классической, а также молекулярной медицины. Это процесс, предусматривающий максимально быстрый перенос открытий с фундаментальных исследований, проведенных в лабораториях, в сферу практического применения в медицине, в том числе и стоматологии. Основой трансляционной медицины является диагностика, а научные разработки направлены на ее усовершенствование. Хорошо проведенные исследования с применением всех современных методов диагностики обеспечивают, в частности, экономическую составляющую здравоохранения.

Ключевые слова: трансляционная медицина, образовательный процесс, стоматология, эндодопериодонтит.

Abstract.

In the present paper information on one of the most difficult sections of dentistry – «Endoperiodontology» is provided. This information is used by the principle of translational medicine in teaching it to the third- and fifth-year dental students and practicing dentists.

Translational medicine is a new stage in the development of classical as well as molecular medicine. This process enables the fastest transfer of the discoveries from the fundamental researches conducted in laboratories to the field of practical application in medicine, including dentistry. The basis of translational medicine is diagnosis, scientific researches and development being aimed at its improvement. Well-conducted investigations with the use of all modern methods of diagnosis provide for the economic component of public health in particular.

Key words: translational medicine, educational process, dentistry, endoperiodontitis.

Трансляционная медицина – новый этап в развитии классической, а также молекулярной медицины. Это процесс, предусматривающий максимально быстрый перенос открытий с фундаментальных исследований, проведенных в лабораториях, в сферу практического применения в медицине, в том числе и стоматологии. Основой трансляционной медицины является диагностика, научные разработки направлены на ее усовершенствование. Хорошо проведенные исследования с применением

всех современных методов диагностики обеспечивают, в частности, экономическую составляющую здравоохранения.

Трансляционная медицина подразумевает три фазы исследований и внедрений:

1. Фундаментальные исследования – включает в себя исследование механизмов заболеваний.
2. Клинические – направлена на исследование эффективности и безопасности.
3. В третьей фазе общественность при-

знает или не признает результаты и оценивает, насколько они безопасны и необходимы для дальнейшего использования в практической работе.

Цель работы – на примере конкретных клинических случаев показать возможность применения трансляционной медицины в образовательном процессе по специальности «Терапевтическая стоматология».

Для взрослого населения Республики Беларусь характерна высокая распространенность и интенсивность кариеса, болезней пародонта, что зачастую приводит к образованию одиночных или множественных дефектов зубных рядов, требующих изготовления сложных ортопедических конструкций.

Среди наиболее сложных и трудоемких вопросов практической стоматологии – лечение пациентов с периапикальной эндодонтической патологией и заболеваний пародонта – эндопериодонтит («Эндопародонтальный синдром», «Эндопародонтальная патология», «Пародонтально-эндодонтические поражения», «Сочетанная эндодонтико-пародонтальная патология»).

Эндопериодонтит – это:

- Агрессивный хронический очаг одонтогенной инфекции.
- Фактор формирования соматической патологии (заболевания внутренних органов и систем) – ревматизм, миокардит, ревматоидный артрит, узелковый периартерит, системная красная волчанка, аутоиммунные заболевания.
- Иммунологический дисбаланс – отвлечение на себя иммунных ресурсов организма → истощение общего потенциала противоинфекционной защиты.
- Причина потери зубов более чем в 50% случаев.
- Сложная медико-социальная проблема.

Наиболее распространенным методом лечения эндопериодонтитов до недавнего времени являлась операция удаления зуба под предлогом неблагоприятного прогноза. Наибольшую сложность при проведении лечебных манипуляций на зубных рядах представляет сочетанная патология, включающая болезни твердых тканей зуба, апикального и маргинального пародонта, а также зубные деформации.

Изготовление классических ортопедических конструкций зачастую связано с:

- объемным радикальным препарированием, что в отдаленные сроки приводит к уменьшению полноценного функционирования сохранившейся зубной ткани;

- неоправданным депульпированием зубов, зачастую приводящим к различному характеру осложнений: термический ожог пульпы, гингивит, окклюзионная травма; дисфункции жевательной мускулатуры и височнонижнечелюстного сустава.

В реальности пациенты зачастую отказываются от применения классических методов восстановления целостности, эстетики зубных рядов, склоняясь к использованию современных, малоинвазивных, органосохраняющих технологий.

Актуальной проблемой современной стоматологии является разработка индивидуального плана лечения и выбор оптимального метода восстановления целостности зубного ряда при его дефектах при наличии эндопериодонтита.

Современная стоматология постоянно ведет поиск способов устранения дефектов зубных рядов и достижения функциональной полноценности и эстетичности результатов лечения.

При снижении высоты альвеол и сокращении площади пародонта величины напряжения при неизменной нагрузке увеличивается прямо пропорционально и соответственно уменьшается и адаптационно-компенсаторный потенциал опорного аппарата зуба.

Периодонт – не только средство передачи механической нагрузки с зуба на альвеолярный гребень, но он также является активным участником моделирования костной ткани в ответ на силовое воздействие.

Механическая нагрузка в пределах физических границ способствует нормализации обмена веществ, стимулируют процессы роста, развития и структуры пародонта.

Ingimarsson S., Filippi A., Buser D., vonArx T. считают нецелесообразным жесткое фиксирование подвижных зубов при удовлетворительной активности репаративных процессов в периодонте.

Авторы рекомендуют при шинировании травмированных зубов сохранять физиологическую подвижность для ускорения заживления и стабильного функционирования пародонтальных связок. Одной из таких ин-

новационных конструкций является изготовление адгезивного мостовидного протеза.

Адгезивные мостовидные протезы (АМП), адгезивные волоконные шинирующие мостовидные протезы (АВШМП) – сравнительно новое, перспективное направление терапевтической и ортопедической стоматологии, позволяющее решать проблему восстановления непрерывности зубных рядов с минимальным инвазивным вмешательством на твердых тканях зубов.

Одной из таких технологий является использование армирующих волоконных лент, современных композиционных материалов светового отверждения и адгезивной техники.

Армирующие элементы АШВМП:

- металл,
- полиэтилен (Ribbond, Conne Construct),
- керамика (GlasSpan, прессованная керамика, Сегес),
- стекловолокно (Fabrel-Splint, Splint-it, Fibre-Kor, VectrisjEverStick, TENDER FIBER),
- высокопрочные нити («Kevlar», «Армос»).

Волоконные системы:

- Наполненные (Fibre-Kor, Splint-it, EverStick, Construct, TENDER FIBER).
- Незаполненные (Ribbond, Connect, GlasSpan, Fabre-Splint).
- Готовые арматурные элементы для изготовления АМП (стекловолоконные балки различного сечения, понтики, стекловолоконные штифты, микрозамки (CBW, bloLINK)).

Современный уровень развития технологий и материалов расширил возможности терапевтической стоматологии. Волоконные армирующие системы в сочетании с современными композиционными материалами в ряде клинических случаев могут стать альтернативой конкретным ортопедическим конструкциям.

Методы

Для наглядного примера были выбраны 2 пациента с сочетанной патологией апикального и маргинального периодонта. В первом случае отсутствовал зуб 2.4 на верхней челюсти слева, во втором случае отсутствовал зуб 4.6 и присутствовало воспалительно-деструктивное поражение дистального корня зуба 4.7 на нижней челюсти справа. Пациентам назначен индивидуальный план лечения с последу-

ющим изготовлением шинирующего волоконного адгезивного мостовидного протеза.

Клинический пример 1 (диагноз: хронический простой периодонтит)

План лечения:

- мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний и обучение гигиене полости рта;
- профессиональная гигиена полости рта;
- избирательное пришлифовывание зубов;
- изготовление шинирующего волоконного адгезивного мостовидного протеза с опорами на зубах 21, 22, 23, 25, 26, 27;
- динамическое наблюдение у врача-стоматолога.

Результаты и обсуждение

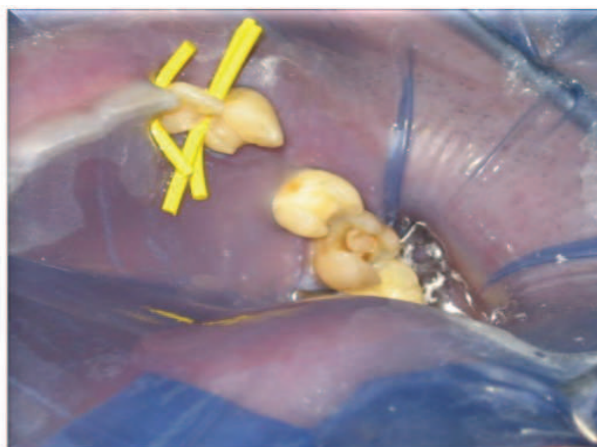


Рисунок 1 – Создание ложа после проведения инфильтрационной анестезии для ленты Ribbond с предварительной изоляцией операционного поля системой коффердам.



Рисунок 2 - Адаптация ленты Ribbond.



Рисунок 3 - Конечный результат.

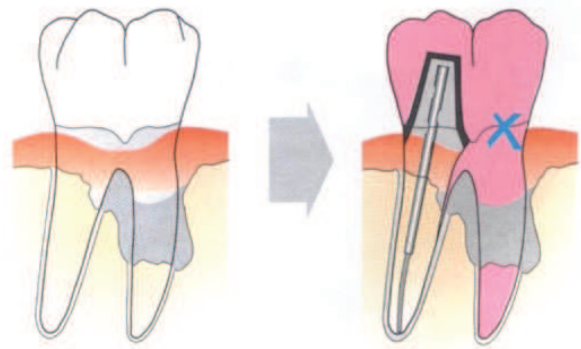


Рисунок 6 – Гемисекция с удалением корня.
Нижняя челюсть.

Клинический пример 2 (диагноз: хронический сложный периодонтит)



Рисунок 4 - Ортопантомограмма пациента с хроническим сложным периодонтитом.

Указан зуб 4.7, где показано проведение гемисекции в связи с наличием обширного очага деструкции в области верхушки дистального корня и в области бифуркации (рис. 5).

Гемисекция на нижней челюсти с сохранением одного корня.

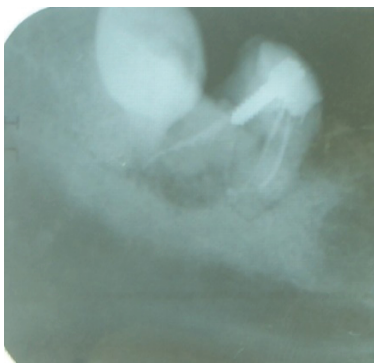


Рисунок 5 - Дентальная рентгенограмма 4.7.

Удаление одного из корней (гемисекция) показано, если фуркация нижнего моляра сильно поражена (Ф3, иногда Ф2), а также при значительных, не поддающихся лечению изменениях за верхушкой корня. Удаление корня проводится после гемисекции зуба. Далее требуется ортопедическое лечение.

На ортопантомограмме (рис. 7) после проведенной гемисекции 4.7, дистальный корень удален, а медиальный - сохранен и становится опорой (абатментом) с последующим изготовлением адгезивного шинирующего волоконного мостовидного протеза.



Рисунок 7 - Ортопантомограмма пациента через 2 месяца после проведения гемисекции 4.7 с удалением дистального корня и с сохранением медиального.

Заключение

1. Наибольшую сложность при проведении лечебных манипуляций на зубных рядах представляет сочетанная патология, включающая болезни твердых тканей зуба, апикального, маргинального периодонта, а также зубные деформации.

2. Шинирующие адгезивные мостовидные протезы имеют хорошее функциональное и эстетическое качество.

3. Стабилизация подвижных групп зубов позволяет замедлить деструктивные процессы костной ткани, что в целом повышает благоприятный прогноз стоматологического стату-

са пациента.

4. Внедрение принципов трансляционной медицины при преподавании дисциплины «Терапевтическая стоматология» позволяет ускорить освоение инновационных методов диагностики и лечения и улучшить качество подготовки студентов.

Поступила 06.06.2014 г.

Принята в печать 09.06.2014 г.

Сведения об авторах:

Чернявский Ю.П. – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Адрес для корреспонденции: 210023, Республика Беларусь, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра терапевтической стоматологии. E-mail: Yurii.stom.vsmu@mail.ru – Чернявский Юрий Павлович.