

УДК 616.311.2-007.23-06-02:616.314-089.29-631-084-083-085.356-036-
092.9:599.323.4

ВПЛИВ ШТУЧНИХ КРОНОК НА СТАН МАРГІНАЛЬНОГО ПАРОДОНТА ОПОРНИХ ЗУБІВ

І.І. Паливода

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика

Резюме

Использование несъемных ортопедических конструкций приводит к ухудшению показателей гигиенических индексов в полости рта пациента и сопровождается большим количеством осложнений со стороны маргинального пародонта.

Ключевые слова: одиночные коронки, травматическое повреждение десневого края, маргинальная десна, рецессия десневого края.

Summary

The usage of fixed dentures leads to impairment of hygienic indices of a patient. It is also accompanied with the plenty of marginal periodontium complications.

Key words: single crowns, traumatic damages of gingival margin, marginal gum, gingival margin recession.

Література

1. Макеев В.Ф. Співвідношення краю металокерамічної коронки з уступом шийки зуба та його клінічне значення / В.Ф. Макеев, О. Лозинський // Новини стоматології. – 2006. – №3. – С.46 – 50.
2. Shillinburg Н.Т. Fundamentals of tooth preparation for cast metal and porcelain restorations / Н.Шиллинбург, Л.Уайтсетт // Chicago Illinois, Quintessence Publishing Co., Inc., 1987. – P. 54 – 62.

3. Ожоган З.Р. Аналіз використання знімних мостоподібних протезів на основі мікробіологічних та імунологічних показників / З.Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2002. – №3. – С. 22 – 24.
4. Ризнык Б.М. Разработка абразивного инструментария с учетом термомеханических свойств твердых тканей зуба: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.22 „Стоматология” / Б.М. Ризнык . – К., 1983. – 17 с.
5. Февралева А.Ю. Устранение рецессии десны, планирование, современные методы лечения, прогноз / А.Ю. Февралева. – М., 2007. – 311 с.
6. Перова М.Д. Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса / М.Д. Перова // Новое в стоматологии. – 2005. – № 5. – С. 38-45.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням потреби населення в протезуванні незнімними конструкціями зубних протезів, а також значною кількістю та тяжкістю ускладнень, які розвиваються внаслідок використання таких конструкцій. Відомі дослідження, які вказують на те, що чим більше край коронки наближається до основи ясенної борозенки, тим вища ймовірність розвитку тяжких ускладнень у крайовому пародонті [1]. Пришийкова межа препарування, яка тісно контактує з м'якими навколозубними тканинами, є дуже важливою завдяки близькому розташуванню ясен [2].

Одним із типових ускладнень із боку маргінального пародонта опорного зуба в пацієнтів, яким виготовлені штучні коронки, є оголення шийки або кореня зуба внаслідок ясенної рецесії [3,4]. Відомо, що навіть незначні травматичні ушкодження тканин маргінального пародонта на етапах виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів сприяють

виникненню рецесії ясенного краю, що стає причиною зниження естетичних та функціональних показників зубних протезів [5,6].

Мета дослідження. Підвищення ефективності ортопедичного лікування хворих із дефектами коронок зубів незнімними конструкціями зубних протезів шляхом виявлення найбільш характерних ускладнень із боку маргінального пародонта опорних зубів у цілому та виявлення рецесії ясенного краю зокрема.

Матеріал і методи дослідження

Для дослідження відібрані опорні зуби з одиночними коронками. Обстежено 28 чоловіків і 21 жінку віком від 18 до 60 років. Контрольну групу склали 9 обстежених, у порожнині рота яких не було ортопедичних конструкцій, а також були відсутні клінічні ознаки захворювань пародонта. Обстеження охоплювало вивчення анамнестичних даних, скарг, визначення загального стану хворого, огляд обличчя, огляд та обстеження порожнини рота. Для визначення патологічних змін із боку маргінального пародонта опорних зубів нами застосований індекс гігієни ротової порожнини, запропонований J.C. Green і J.R. Vermillion (1960, 1964), який передбачає визначення індексу зубного нальоту та індексу зубного каменя. Для визначення ступеня запального процесу ясен використовували пробу Шіллера-Писарева. Для дослідження вираженості запального процесу ясен у ділянці опорного зуба визначали індекс гінгівіту GI (Loe, Silness, 1967). Рецесію ясенного краю оцінювали в шести точках біля кожного опорного зуба.

Дані обстеження пацієнтів заносили до медичної карти стоматологічного хворого, форма № 043-У, та в індивідуальну карту обстеження, які статистично обробляли, а отримані результати заносили до таблиць.

Результати дослідження та їх обговорення

На підставі отриманих даних встановлено кількість і вид наявних у порожнині рота конструкцій незнімних зубних протезів. У обстежених нами пацієнтів у порожнині рота було виявлено 73 одиночні коронки. З них штампованих - 27 одиниць, суцільнолитих - 16 одиниць, суцільнолитих із пластмасовим покриттям - 11 одиниць, металокерамічних - 19 одиниць.

У пацієнтів, які мали в порожнині рота штамповані коронки, були скарги на свербіж ясен у ділянці опорних зубів, кровотечу з ясен під час їди і чищення зубів. На огляді: ясенний край набряклий, збільшений, гіперемований, із синюшним відтінком, має валикоподібне потовщення. Ясенні сосочки мають виражений набряк, збільшені, гіперемовані, з синюшним відтінком. При зондуванні зубоясенної борозни виникали лінійний крововилив по ясенному краю або помірна кровотеча з міжзубного ясенного сосочка у вигляді трикутника. Виявляли значні зубні відкладення та карієс кореня. Цілість зубоясенного прикріплення порушена. Рецесію ясенного краю опорних зубів у таких пацієнтів діагностували в 58,4 %. Індексні показники визначення зубного нальоту та запалення ясенного краю наведені в таблиці.

Об'єктивно на обстеженні пацієнтів із суцільнолитими металевими коронами ми виявляли гіперемію, легкий набряк та збільшення ясенного сосочка. Контур їх був згладжений. Глибина зубоясенної борозни - від 0,5 до 1 мм. Після зондування через 30 сек. у межах міжзубного проміжку кровотеча була відсутня, а в деяких випадках траплявся одиночний крововилив. На рентгенологічному обстеженні у випадках, коли край коронки був занурений під ясна, спостерігали остеопороз міжзубних перегородок без порушення цілості кортикальної пластинки. У таблиці наведені індексні показники кількості зубних відкладень та інтенсивності запального процесу, які об'єктивно відображають клінічну картину опорних зубів.

На обстеженні маргінального пародонта опорних зубів із суцільнолитими конструкціями без облицювання явища запального характеру виявлено в 57 % випадків, а рецесію ясенного краю різних ступенів діагностовано у 21 % випадків.

Нашому ретельному аналізу підлягала суцільнолита коронка з пластмасовим покриттям. Основними скаргами, які виникали в процесі користування такими конструкціями, були: негармонійний ясенний край, кровотеча під час чищення зубів, а в деяких випадках навіть під час їди, набряк та почервоніння ясенного краю, а в окремих випадках його синюшність, неприємне відчуття в яснах, напруження, запах із рота. Ми фіксували і супутні скарги пацієнтів на сколи облицювання, а також зміну кольору облицювання та ін., але враховуючи напрямок нашої роботи, ми ретельно зупинилися на змінах із боку маргінального пародонта опорних зубів.

На об'єктивному обстеженні клінічна картина змінюється залежно від розташування краю коронки відносно ясен. За під'ясенного розташування та на рівні ясен ясенний край і міжзубні сосочки набряклі, збільшені, гіперемовані, з ціанотичним відтінком. Після зондування міжзубного сосочка з'являлася кровотеча. У двох хворих спостерігали гіпертрофічну форму гінгівіту. Ясна та сосочки збільшені на 1/3 висоти коронки зуба, набряклі, розпушені, гіперемовані, з вираженим ціанотичним відтінком. У більшості хворих виявлене порушення цілості зубоясенного з'єднання з утворенням патологічних кишень до 3 мм і більше. Рецесію ясенного краю до 2 мм та оголення краю коронки і кореня зуба діагностували в 23 % клінічних випадків. Індексні показники наведені в таблиці.

Найменшу кількість нарікань пацієнтів викликали суцільнолиті конструкції з керамічним покриттям. На опитуванні більшість пацієнтів були задоволені якістю протезування. Основними скаргами були:

кровоточивість ясен у межах опорного зуба при механічному подразненні, оголення краю коронки та кореня опорного зуба.

На об'єктивному обстеженні металокерамічних коронок запальні процеси маргінального пародонта опорних зубів виявлено в 91 % випадків за під'ясенного розташування краю коронки, а також у випадках препарування зуба без уступу. Ясна в межах опорних зубів гіперемовані, місцями набряклі та синюшні. Патологічні кишені - до 3 мм. Через 30 сек. після зондування з'являється кровотеча. Позитивна проба Шіллера-Писарева вказувала на хронічний перебіг запального процесу.

За розташування уступу на рівні ясен у 39 % випадків діагностовано легкі форми гінгівіту. На об'єктивному обстеженні виявлені гіперемія та легкий набряк сосочків опорних зубів. Через 30 сек. після зондування сосочка кровотеча або не виникала, або з'являвся точковий крововилив. Цілість зубоясенного прикріплення за під'ясенного розташування уступу порушена. У 22 % випадків на обстеженні стану маргінального пародонта опорних зубів, покритих металокерамічними коронками, виявляли рецесію ясенного краю до 3 мм.

Таблиця 1

Показники стану тканин пародонта за застосування різних ортопедичних конструкцій

Діагностичні індекси	Контроль n=9	Види коронок			
		штамповані n=27	суцільно-літі n=16	метало-пластмасові n=11	метало-керамічні n=19
Індекс гінгівіту GI (M±m)	0,05±0,01	1,71±0,03	1,17±0,04	1,28±0,02	1,23±0,01

Індекс гігієни ОНІ-S за Green-Vermillion (M±m)	0,5 ± 0,02	3,3±0,27	1,88±0,20	2,89±0,21	2,15±0,10
Проба Шіллера-Писарева	Негативна (світло-жовте забарвлення)	Позитивна (темно-буре забарвлення)	Слабо позитивна (світло-коричневе забарвлення)	Позитивна (буре забарвлення)	Слабо позитивна (світло-коричневе забарвлення)

Висновки

1. За результатами проведених досліджень встановлено, що застосування незнімних ортопедичних конструкцій супроводжується патологічними змінами маргінального краю ясен із подальшою рецесією ясенного краю опорних зубів.

2. Для профілактики запальних процесів маргінального пародонта і рецесії ясенного краю доцільно застосовувати конструкції з керамічним покриттям та обов'язковим створенням уступу на рівні ясенного краю.