

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

А. В. Скрыль¹, М. Р. Мрикаева², Е. А. Печерских¹

¹Ставропольская государственная медицинская академия

²Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В отечественной стоматологии зубосохраняющему подходу всегда придавалось большое значение [3]. Одной из основных его задач является восстановление разрушенных зубов после эндодонтического лечения перед предстоящим протезированием, при котором не только замещается дефект зубного ряда, но и существует реальная возможность предупредить дальнейшее разрушение зубов [1]. Несмотря на быстрые темпы развития современной стоматологии в ряде клинических ситуаций при оценке результатов проведенного ортопедического лечения выявляются различные ошибки, допущенные врачами при протезировании пациентов с дефектами коронковой части зуба и зубных рядов [1, 2, 4].

Целью работы было провести анализ наиболее часто встречающихся ошибок и осложнений при ортопедическом лечении дефектов коронок зубов с применением штифтовых конструкций зубных протезов.

Материал и методы. Полученные данные основаны на результатах многоуровневого исследования, включавшего комплексное ретроспективное обследование 1197 пациентов в возрасте 19–69 лет, а также проспективное исследование 45 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с диагнозом дефекта или полного отсутствия коронковой части зуба. Из исследования исключались пациенты, которым искусственные коронки были укреплены на депульпированных зубах без применения внутрикорневого штифта.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного ретроспективного анализа результатов протезирования был выявлен ряд типичных осложнений после применения штифтовых конструкций зубных протезов. Эти осложнения возникали в период от нескольких дней до нескольких лет после завершения лечения. Предпринята попытка систематизации вероятных ошибок, допускаемых при восстановлении тотальных и субтотальных дефектов коронки зуба с применением штифтовых конструкций. Эти ошибки условно можно разделить на две большие группы: 1) ошибки, связанные с использованием корней зубов, заведомо не пригодных для опоры штифтовой

конструкции; 2) ошибки, связанные с неправильной оперативной техникой при изготовлении штифтовой конструкции. Серьезная ошибка, которую могут совершить врачи на начальном этапе при проведении ортопедического лечения с применением штифтовой конструкции, – это перфорация корня. Если врач не заметил эту ошибку или в надежде на репаративные процессы сознательно укрепил штифтовую конструкцию в перфорированном корне, то в ближайшее время может развиться острое воспаление в тканях маргинального или верхушечного периодонта. Перфорация корня также является провоцирующим фактором последующего перелома корня.

При анализе результатов исследования мы обратили внимание, что наиболее частой причиной повторного обращения за ортопедической помощью у пациентов основной группы явилось нарушение фиксации штифтовой конструкции. Наши клинические наблюдения показали, что длина внутрикорневого штифта расцементированных штифтовых конструкций была менее S длины корня. Одним из самых грозных осложнений ортопедического лечения с применением штифтовых конструкций является вертикальный или горизонтальный перелом корня зуба. При объективном обследовании выявлялась подвижность штифтовой конструкции или полное выпадение несъемного протеза. На рентгенограмме при этом обычно отчетливо видно нарушение целостности корня.

Заключение. В ходе проведенного исследования было обнаружено 30,86 % неудовлетворительных результатов ортопедического лечения дефектов коронковой части зуба с применением штифтовых конструкций. Наиболее часто встречающимися из них являются нарушение фиксации штифтовой конструкции (24,51 %), перелом реставрационного материала (14,71 %), нарушение фиксации искусственной коронки, покрывающей штифтовую конструкцию (17,65 %), перфорация стенки корня зуба или области фуркации (16,67 %). Рассмотренные виды ошибок могут приводить как к обратимым, так и необратимым клиническим осложнениям.

Литература

- Брагин, Е.А. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль. – М. : ООО «Медицинская пресса», 2009. – 508 с.
- Онопа, Е.Н. Структурная характеристика клинических ошибок и осложнений при реставрации дефектов твердых тканей зубов штифтовыми конструкциями / Е.Н. Онопа, Д.С. Павликов, Н.Ю. Макриди // Институт стоматологии. – 2007. – № 36. – С. 74–77.

Скрыль Александр Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89627415036; e-mail: doctorskryl@yandex.ru

Мрикаева Мадина Руслановна, ассистент кафедры Северо-Осетинской государственной медицинской академии; тел.: 89188211777; e-mail: mrikaeva86@mail.ru

Печерских Екатерина Александровна, соискатель кафедры ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89188669788; e-mail: P4el-Kaaa@yandex.ru

3. Павликов, Д.С. Структурная характеристика, пути профилактики и устранения клинических ошибок и осложнений при восстановлении дефектов коронковой части различных групп зубов штифтовыми конструкциями / Д.С. Павликов // Мат. IX городской научно-практической

конференции молодых ученых. – Барнаул, 2008. – С. 164–166.

4. Скрыль, А.В. Культовые штифтовые вкладки, стандартные штифты или дентальные имплантаты? / А.В. Скрыль // Дентал Юг. – 2009. – № 5 (65). – С. 30–31.

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

А. В. СКРЫЛЬ, М. Р. МРИКАЕВА,
Е. А. ПЕЧЕРСКИХ

THE ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT RESTORATION OF DEFECTS OF A TOOTH CROWN WITH PIN CONSTRUCTIONS OF DENTURES

SKRYL A. V., MRIKAEVA M. R.,
PECHERSKICH E. A.

Ключевые слова: дефекты коронки, штифтовые конструкции зубных протезов, ошибки лечения

Key words: crown defects, pin constructions of dentures, treatment errors

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.314:616-007.272-08

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, С.М. Туманян
Ставропольская государственная медицинская академия

Мезиальная окклюзия зубных рядов, представляющая один из наиболее тяжелых вариантов зубочелюстной деформации, приводит к заметному изменению внешнего вида лица больного и формированию у него выраженных функциональных нарушений. Устранение подобной деформации, обусловленной аномалией формы и размера нижней челюсти, не может быть достигнуто врачебными усилиями только врача ортодонта и требует проведения хирургического вмешательства с участием челюстно-лицевого хирурга [1, 2, 3, 5].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 85 больных в возрасте 14–19 лет. Обследование пациентов включало клинические, антропометрические, морфометрические и рентгенологические методы.

Результаты и обсуждение. В процессе обследования у 85 пациентов были установлены сочетанные формы аномальной окклюзии зубных рядов в двух (47) 55,29±5,39 % и трех плоскостях (38) – 44,71±5,39 %. Результаты обследования установили у всех пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов, наряду с деформацией зубоальвеолярного комплекса, увеличение размеров нижнечелюстной дуги (нижней ма-

крогнатии).

Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Ортодонтическое лечение заключалось в применении эдждайс-техники на основе брекет-систем отечественных и зарубежных фирм-производителей. Коррекция зубных рядов осуществлялась техникой прямой дуги (straight-wire technique) системы Roth.

Контролируемые на гипсовых моделях результаты аппаратной коррекции определяли возможность завершить процесс устранения аномалии окклюзии зубных рядов и сформировать ортогнатический прикус в процессе костнопластической операции на нижней челюсти.

На этапе хирургического лечения осуществлялась остеотомия нижней челюсти в области угла и ветви. У подростков в процессе операции удалялись непрозревшие нижние зубы мудрости [4]. Проведение в процессе хирургического лечения внутривидовым доступом двусторонней плоскостной остеотомии позволяло свободно перемещать расщепленные фрагменты челюсти вперед, вверх и вниз, сохраняя при этом контакт на больших участках костной раны. Достигнутая в процессе операции подвижность тела челюсти с нижним зубным рядом обеспечивала возможность восстановления окклюзионного контакта между зубными рядами.

Применяемые для устранения деформации зубных рядов ортодонтические аппараты в ряде случаев использовались после костнопластической операции с целью достижения межчелюстной эластической фиксации, обеспечивающей неподвижное положение челюстных фрагментов и стабилизацию ортогнатического соотношения зубных рядов.

Применение на этапе ортодонтического лечения несъемной эдждайс-техники включало в качестве обязательного компонента лечебной программы тщательный гигиенический уход за полостью рта с

Водолацкий Михаил Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)265276; e-mail: MPV.st@yandex.ru

Водолацкий Виктор Михайлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)265276; e-mail: Viking-66@yandex.ru

Туманян Сергей Месропович ассистент кафедры стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89286387075; e-mail: armania.84@mail.ru