

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА АДГЕЗИВНЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ У ПАЦИЕНТКИ С ПАРОДОНТИТОМ

Достаточно улыбки,
чтобы все стало возможным.

Жильбер Сесброн

Заболевания пародонта представляют собой серьезную проблему современной стоматологии. При своей высокой распространенности, составляющей от 80 до 95% в возрастной группе старше 35 лет, эти заболевания сопровождаются частичным отсутствием или обнажением корней зубов, что в свою очередь приводит к ослаблению их функциональных возможностей [1, 3, 6, 9].

Потеря зубов является важной психологической проблемой. Очень часто больные падают духом, опускают руки, теряют веру в себя. Особенно тяжело пациенты переживают удаление фронтальной группы зубов – нарушается не только жевание пищи, но и ухудшается четкость речи и изменяется внешний облик больного. Такие пациенты избегают контактов с окружающими. Это вызывает падение настроения, тяжелые переживания, затрагивает душевное равновесие. Потеря зубов приводит человека к скрытым комплексам. Людям, профессия которых связана с общением, очень не хватает деятельности, составляющей цель их жизни. Нарушаются социальные связи больного [11].

В большей степени чувство физической неполноценности в данной ситуации обострено у женщин. А ведь именно женщины в предклимактерическом и климактерическом периоде вследствие гормональных перестроек в организме подвержены быстрому развитию заболеваний пародонта, приводящих к потере зубов.

Поэтому при составлении плана лечения необходимо учитывать особенности психологии и применять все современные технологии, способствующие социально-психологической адаптации пациентов с адентией.

Одним из методов, реализующих данное направление, является непосредственное протезирование, или имедиат-протезирование. Однако такой протез

Волвенко И.В.

врач-стоматолог ООО
«Стоматолог и Я», г. Барнаул,
stom-ok@mail.ru



Луницына Ю.В.

к.м.н., ассистент кафедры
терапевтической
стоматологии ГБОУ ВПО
Алтайский государственный
медицинский университет,
врач-стоматолог ООО
«Стоматолог и Я», г. Барнаул,
lunizyna.julja@mail.ru

Резюме

Частичная потеря зубов является серьезной медицинской, важной социальной и психологической проблемой. Вследствие одновременного удаления нескольких зубов при пародонтите у пациента возникает косметический, эстетический дефект, что вызывает падение настроения, приводит к скрытым комплексам. Возможности современной стоматологии позволяют решить данную проблему. В статье описан клинический случай восстановления дефекта зубного ряда адгезивным мостовидным протезом, где в качестве промежуточной части использованы коронки удаленных зубов.

Ключевые слова: частичная потеря зубов, пародонтит, адгезивный мостовидный протез.

CLINICAL CASE OF DENTITION DEFECT RESTORATION WITH ADHESIVE DENTAL BRIDGE FOR A PATIENT WITH PERIODONTITIS

Volvenko I.V., Lunitsyna Y.V.

The summary

Partial loss of teeth is a serious medical, important social and psychological problem. Due to the simultaneous extraction of several teeth, a periodontitis patient develops cosmetic and aesthetic defect, causing a drop in mood, leading to latent complexes. Possibilities of modern dentistry can solve this problem. The article describes a clinical case of dentition defect restoration with adhesive dental bridge, where crowns of extracted teeth were used as intermediate part.

Keywords: partial loss of teeth, periodontitis, adhesive dental bridge.

не всегда хорошо фиксируется в полости рта и для его изготовления требуется время.

В настоящее время стремительными темпами развиваются технологии адгезивного протезирования, позволяющие решать проблему иммобилизации зубов и восстановления непрерывности зубных рядов с минимальным инвазивным вмешательством на твердых тканях, исключая лабораторный этап [5, 7, 10].

Адгезивные мостовидные протезы (АМП) – сравнительно новое, но перспективное направление терапевтической и ортопедической стоматологии. Попытки избежать радикального препарирования зубов при одновременном достижении хорошего эстетического эффекта и надежной фиксации протеза привели к созданию АМП. Также их называли «ретенеры», «понттики», «рочетовские» или «мериленд» протезы. На сегодняшний день существует достаточно большое количество различных технологий и материалов для изготовления АМП, которые отличаются по своей структуре – это может быть металл, полиэтилен (Ribbond, Connect, Construct), керамика (GlasSpan, прессованная керамика, Cerec), стекловолокно (FibreSplint, SplintIt, FibreKor, Vectris, EverStick), высокопрочные нити (Kevlar, Армос). Что касается волоконных систем, то они в свою очередь бывают наполненные (FibreKor, SplintIt, EverStick, Construct) и ненаполненные (Ribbond, Connect, GlasSpan, FibreSplint) [2, 4, 8, 9].

Наибольшее распространение для прямых адгезивных реставраций при заболеваниях пародонта получили стекловолоконные каркасы, имеющие значительные физико-химические, биологические, технологические и эстетические преимущества перед шинирующими конструкциями из других материалов.

Однако в клинической практике не следует стремиться слепо следовать традиционным конструктивным схемам. Важно рассматривать каждого пациента, каждый клинический случай как новый вызов к творческому подходу.

Клинический пример:

Пациентка В., 50 лет, находится на этапе лечения по поводу хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени. При сборе анамнеза сопутствующей патологии не выявлено.

При осмотре полости рта определяется: на верхней челюсти отсутствие девяти зубов, восстановленное нами частичным съемным нейлоновым протезом; на нижней челюсти отсутствие 4 зубов слева, восстановленное также нейлоновым протезом, фронтальная группа зубов шинирована, определяется оголение шеек зубов, десны отечные,

цианотичные (рис. 1), наблюдается гноетечение из пародонтальных карманов зубов 3.2, 4.1 и 4.2 (рис. 2), неприятный запах из полости рта.

Нами была предпринята попытка сохранения фронтальной группы зубов на нижней челюсти, которая включала: антибактериальную местную и системную терапию, профессиональную гигиену полости рта и обучение пациентки гигиене полости рта, эндодонтическое лечение и шинирование зубов. Проведенные мероприятия в течение полугодя эффекта не дали. Принято решение об удалении зубов 4.1, 4.2 и 3.2, имеющих подвижность III степени, костные карманы до 2/3 длины корней, гноетечение из карманов. С целью временного восстановления дефекта зубного ряда до полного заживления лунок решено создать адгезивный мостовидный протез и в качестве промежуточной части использовать коронки от удаленных зубов.

За 5 дней до вмешательства пациентке были назначены антибактериальные препараты. Перед операцией мы провели профессиональную гигиену полости рта. Затем удалили прежнюю адгезивную конструкцию.

После постановки анестезии были удалены зубы 4.1, 4.2 и 3.2 и проведен гемостаз в течение 1 часа. В это время удаленные зубы подготовлены: корни



Рис. 1. Пациентка В. Вид фронтального отдела нижней челюсти, цианотичность и отечность десны



Рис. 2. Вид фронтального отдела нижней челюсти, гноетечение из пародонтального кармана зуба 3.2

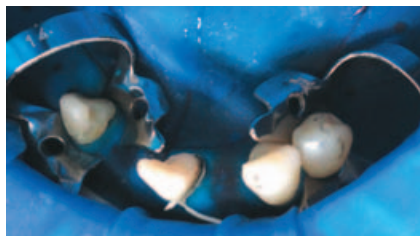


Рис. 3. Вид фронтального отдела нижней челюсти после удаления зубов и наложения OptraDam

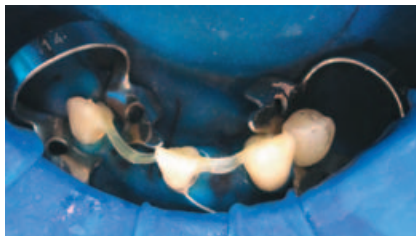


Рис. 4. Вид фронтального отдела нижней челюсти после фиксации стекловолоконной армирующей балки



Рис. 5. Вид фронтального отдела нижней челюсти после фиксации к опоре коронок удаленных зубов 3.2, 4.1



Рис. 6. Вид фронтального отдела нижней челюсти после проведенного вмешательства

отделены, полость зуба заполнена жидкотекучим композитом. Затем наложен OptraDam и начато препарирование опорных зубов, на поверхности которых созданы шероховатости алмазным бором с крупной зернистостью для лучшей ретенции композитного материала (рис. 3). После препарирования мы использовали 37% ортофосфорную кислоту, которой покрывали не только пропилы, но и все пространство, контактирующее с телом будущего АМП. После кондиционирования полости хорошо промыли, удалили излишки влаги и обработали адгезивной системой. Таким же образом были подготовлены и удаленные зубы.

Для фиксации стекловолокна мы использовали жидкотекучий композит. Под визуальным контролем пропил медленно наполняли композитом таким образом, чтобы струя материала выталкивала воздух из полости с небольшим избытком (рис. 4). Фиксация стекловолокна в пропилах происходила с помощью светополимеризационной лампы – каждый пучок волокна полимеризовался отдельно, но таким образом, чтобы стекловолокно, не погруженное в ретенционный пропил, не полимеризовалось. Для этого его закрывали светонепроницаемым экраном. После создания опоры к ней фиксировали удаленные зубы (рис. 5). При этом учитывали необходимость создания промывного пространства между десной и зубом.

На завершающем этапе проводили коррекцию окклюзионных контактов, шлифование, полиро-

вание и финишное отсвечивание адгезионного протеза.

Пациентка осталась довольна результатом (рис. 6). Сейчас продолжает лечение. Она активна, позитивно настроена, также ведет привычный образ жизни, строит планы на будущее.

Таким образом, применение адгезивной конструкции в данной ситуации позволило быстро восстановить эстетику, что благоприятно сказалось на общем состоянии, обеспечило социально-психологическую адаптацию пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулович А.В., Рогатнев В.П. Применение системы «Splint-It» для шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта // Новое в стоматологии. – 2000. – №4. – С. 3-7.
2. Басс Е.В. Одномоментный способ замещения отсутствующего резца. Текст/ Е.В.Басс / Клиническая стоматология, 2000, №2. – С.9-11.
3. Безрукова И.В. Классификация агрессивных форм воспалительных заболеваний пародонта. Текст. / И.В.Безрукова, А.И.Грудянов // Стоматология, 2002. – Т. 81, №5. – С. 45-47.
4. Боровский Е. В. Одномоментное замещение единично отсутствующего зуба / Е.В.Боровский, М.Е.Антонов // Клиническая стоматология. – 1997, №4. – С. 10.
5. Гришин С.Ю. Клинико-лабораторное обоснование восстановления единичных включенных дефектов зубного ряда армированными адгезивными мостовидными протезами собственной конструкции/ Автореферат диссертации, Екатеринбург, 2006. – 21 с.
6. Климова Т.Н., Нухрадинова Х.Н. Применение стекловолоконных шинирующих систем в комплексном лечении заболеваний пародонта /www.volgostom.ru/
7. Кулаков О.Б. Применение системы Fiber Splint при лечении заболеваний пародонта и замещений одиночных дефектов зубного ряда / О.Б.Кулаков, С.Н.Супрунов, А.В.Шамшин // Клиническая стоматология. – 2005, № 3/35. – С.34-36.
8. Петрикас О.А., Петрикас И.В. Адгезивные технологии. Насколько это серьезно? // Новое в стоматологии. – 2001, №1. – С.3-7.
9. Рогатнев В.П. Применение системы для шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта/ Новое в стоматологии, 2000, №4. – С.3-12.
10. Танрыкулиев П. Особенности психологии больных с беззубыми челюстями// Туркменский медицинский институт: тез. науч. конф. Ашхабад, 1975. – С.93-95.