

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЕ ОВОИДА

*Туляганов Жамшид Шовкатович PhD, доцент
Дилмуродов Шохрух Шухрат угли, соискатель.*

Ташкентский государственный стоматологический институт.

В связи с развитием науки и стоматологического материаловедения, а также с повышением культурного уровня населения, с каждым годом увеличивается количество пациентов, обращающихся в стоматологические клиники ортопедической стоматологии с жалобами на эстетическую неполноценность зубов и зубных рядов. Их чаще всего не удовлетворяет положение, форма, цвет, раз меры передней группы зубов, а также симметричность их расположения. Очень часто под термином «эстетика» в стоматологии подразумевают улучшение внешнего вида искусственных зубов и реставраций, а не создание гармонии между формой, цветом и положением зубов. Стремление к эстетическому лечению, как у древних людей, так и у наших современников вызвано одинаковым желанием улучшить своё внутреннее содержание за счёт внешнего преобразования. Кроме того, в мире экономической, социальной и межполовых конкуренций просто необходимо иметь приятную внешность (Перегудов А.Б., 2006, Полозова О.А., 2006). Большой проблемой для получения хороших эстетических и функциональных результатов при проведении ортопедического стоматологического лечения передней группы зубов является гипертрофия или атрофия десневых сосочков и слизистой оболочки альвеолярных отростков. При данном состоянии тканей полости рта протезирование зубов без предварительной подготовки и лечения слизистой оболочки десны может привести к возникновению многочисленных осложнений. За последние годы были разработаны эффективные технологии для лечения различных заболеваний пародонта и коррекции слизистой оболочки десны, накоплен большой материал по применению лазерных и других технологий в хирургической стоматологии (Furze H. A. et al., 2000; Богатов В.В и др., 2002; Прохончуков А.А. и др., 2003; Григорьянц Л.А. и др., 2003; Zimmer V., 2007).

Лазерный скальпель стал привычным и эффективным инструментом для врачей - стоматологов. Тем не менее, имеются и другие, не менее эффективные инструменты. Один из них это радиоволновой скальпель, работающий на совсем иной основе, который снижает риск послеоперационных осложнений и улучшает результат хирургического вмешательства на тканях пародонта. Радиоволновая хирургия воплотила в себе достижения радиофизики и медицины последней четверти XX века. Данная технология получила широкое признание в различных

отраслях медицины: дерматологии, общей хирургии, оториноларингологии, гинекологии, челюстно-лицевой хирургии и др. (Губин М.А. с соавт., 2004; Лазутикова О.В. с соавт., 2004; Манес У.Л., 2004; Бурков И.В., 2004; Жарова Г.Г., 2004; Лапкин К.В., Малярчук В.И., Климов А.Е. 2004; Bersnev V.P., Solovyev A.N., 2006; Bruce J., 2004; Wilcox J., 2001). Однако данный метод в стоматологии используется крайне редко и сравнительно недавно (Франк Г.Р., 2004; Грудянов А.И., Безруков А.П., Ерохин А.И., Кравчук Е.В., Никогда Л.И., 2001). При этом для эстетической коррекции десневого края перед ортопедическим стоматологическим лечением, особенно передней группы зубов, нужна наименее травматичная и наиболее предсказуемая технология и методика хирургического вмешательства. От этого зависит эстетика и гармония между реставрацией и слизистой десны.

В настоящее время пациенты предъявляют все более высокие требования к ортопедическому лечению. Одним из результатов его должна стать привлекательная улыбка, свидетельствующая о здоровье и уверенности в себе. Сегодня очень важно подарить нашим пациентам не только ослепительную белозубую улыбку, но и естественного цвета, здоровые розовые десны, что ставит перед врачом ряд сложных вопросов (Жулев Е.Н., Якунина А.В., 2005). Достижение высоко эстетичных результатов при ортопедическом лечении съемными конструкциями зубных протезов при атрофии альвеолярного отростка во фронтальном отделе затруднено, а иногда невозможно. Атрофия костной ткани создает эстетические проблемы. Это, в первую очередь, невозможность произведения симметричности шеек искусственных зубов и коронок, что приводит к необходимости создания искусственной десны путем подкрашивания керамики в тон слизистой оболочки, или удлинение коронковой части искусственного зуба. Ни тот, ни другой метод зачастую не обеспечивают желаемый эстетический результат, хотя реставрация выполняется с применением керамических систем с высокими характеристиками (С.Д.Арутюнов.Т.Г.Попова 2003). Это диктует необходимость активного применения методики контурного моделирования в области удаления при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов. (НШегар S.,1994; Studer S.P.,2000; Breault L.G.,2004; Orsini 2004). Современные способы операций по пересадке тканей позволяют перемещать подходящую ткань в желаемое место с вероятно возможным положительным клиническим успехом. Использование же в последующем мостовидного протеза с овоидной промежуточной частью дает возможность создать у пациентов видимость натурального десневого края, а так же лучшую (предпочтительную) форму для гигиены полости рта (Кауфман З., 1998). В настоящее время формирование рельефа десны телом протеза чаще проводится в период реабилитации пациента непосредственно после удаления зуба (Claude Rufenacht. Fundamentals of Esthetics 2006). Однако у большинства

пациентов эстетический дефект десны формируется более поздние сроки, что и приводит к необходимости проведения местно-пластических операций с последующим формированием контура десны телом временного протеза.

Современная стоматология имеет возможность проследить динамическое формирование контура десны на всех этапах реабилитации пациента с помощью объективной методики оценки изменений топографии объектов полости рта (Ряховский А.Н., 2006) и оценки состояния микроциркуляторного русла в области формирования контура десны с помощью функциональных методов лазерной доплеровской флоуметрии. (Кречина Е.К. 2004 г).

Частичная потеря зубов наблюдается в среднем у 55% пациентов и приводит к потере жевательной эффективности более чем на 50% (Демнер Л.М., 1991). В возрасте от 18 до 25 лет распространенность частичной потери зубов составляет 38,6% (Мышковец Н.А., 2003). По данным Б.П. Маркова и соавт. (1988), 63% работающих взрослых в возрасте от 40 лет и старше имеют дефекты зубных рядов различной протяженности. К.М. Allen и соавт. (1996) сделали вывод о том, что 95% взрослых имеется укороченный зубной ряд. При этом в патологический процесс вовлекается большинство органов челюстно-лицевой системы (Рыбаков А.И., 1976; Копейкин В.Н., 1988; Щербаков А.С. с соавт., 1994; Жулев Е.Н., 2000).

На окончательную анатомическую форму челюсти в области дефекта зубного ряда существенно влияют состояние удаляемого зуба и пародонта, а также собственно операция удаления зуба. Периапикальные воспаления, выраженный маргинальный пародонтит или травмы часто вызывают серьезные локальные деформации альвеолярного гребня, особенно после удаления имплантата при неудовлетворительной остеоинтеграции или периимплантита. Все это затрудняет в последующем конструирование тела мостовидного протеза (Edelhoff D. et al., 2001).

А.И. Тагиев (1982) и Л.И. Сычугова и соавт. (1988) указывают, что нарушение нормальных функциональных соотношений между различными звеньями зубочелюстной системы вследствие перегрузки или недогрузки зубов приводит к изменению гемодинамики в пародонте.

Наибольшее распространение при протезировании включенных дефектов зубных рядов получили мостовидные протезы, главным элементом которых является промежуточная часть. Известны различные варианты конструирования тела мостовидного протеза (Жулев Е.Н., 1998; Лебедеенко И.Ю., 2003; Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д., 2003; Eissmann H.F. et al., 1971; 4 Becker SM., Kaldahl W.B., 1981; Howard W.W. et al., 1982).

Если при конструировании промежуточной части мостовидного протеза в области боковых зубов учитываются прежде всего функциональные и гигиенические аспекты, то для переднего участка основными являются

эстетические требования. Замещение отсутствующего зуба в этой области почти всегда предполагает одновременное восстановление естественной формы альвеолярного гребня (Abrams H. et al., 1987; Hawkins C.H. et al., 1991). При этом используются в основном ортопедические методы (Dummer P.T., Gidden J., 1979).

Техника моделирования промежуточной части мостовидного протеза варьируется от прямого погружения керамического конического выступа при десневой поверхности непосредственно в лунку после удаления зуба с помощью форм, обеспечивающих обширный или точечный контакт с тканями (Garber D.A., Rosenberg D.S., 1981), до бесконтактной конструкции промежуточной части (Eissmann H.F. et al., 1971).

Это позволит дать научное обоснование применения метода формирования контура десны телом мостовидного протеза, установить сроки и этапы формирования контура десны при подготовке к протезированию, определить показания противопоказания к моделированию десневого контура на этапе подготовки ортопедическому лечению.

Таким образом, проблема конструирования промежуточной части мостовидного протеза с опорой на дентальных имплантатах и зубов до сих пор остается актуальной, поскольку анализ данных литературы показывает, что в настоящее время нет единого мнения о форме промежуточной части мостовидного протеза и соотношении ее со слизистой оболочкой десны с учетом конфигурации беззубого альвеолярного отростка и альвеолярной части в области дефекта зубного ряда, особенно после травматического удаления зубов. Нет четких показаний для хирургической подготовки альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти перед протезированием. Недостаточно изучено влияние особенностей конструкции промежуточной части мостовидного протеза на микроциркуляцию подлежащих тканей протезного ложа. Также остается актуальным метод формирования ложа для промежуточной части мостовидного протеза, традиционно выполняемый по созданию ложа для промежуточной части остаётся создание с помощью бором, что приводит сроков регенерации и созданию кератезированной десны в области альвеолярного отростка. Именно поэтому проблема конструирования промежуточной части мостовидных протезов при частичной потере зубов является актуальной и требует дальнейших исследований.

Список использованной литературы:

1. Эстетические аспекты коррекции десневого края при ортопедическом лечении передней группы зубов верхней челюсти. (Перегудов А.Б., 2006, Полозова О.А., 2006).
2. Профилактика и лечение кариеса зубов, зубочелюстных аномалий и воспалительных гнойно-деструктивных процессов челюстно-лицевой области с применением лазерного света. Прохончуков А.А. и др., 2003;
3. Метод хирургического лечения больных с одонтогенными осложнениями с использованием остеоиндуктивных материалов. Григорьянц Л.А. и др., 2003;
4. Двухмодовый метод прецизионной лазерной спектроскопии и его применение в оптических стандартах частоты. (Губин М.А. с соавт., 2004;
5. Анализ методов оперативных вмешательств для закрытия перфораций верхне-челюстного синуса при удалении зубов. Лазутикова О.В. с соавт., 2004;
6. Профилактика осложнений при применении металлокерамических зубных протезов. С.Д. Арутюнов. Т.Г. Попова 2003).
7. Функциональные и аппаратные методы исследования ортопедической стоматологии. (Ряховский А.Н., 2006)
8. Оценка нарушений тканевого кровотока в тканях десны в норме и при заболеваниях пародонта по данным ультразвуковой доплерографии. (Кречина Е.К. 2004 г)
9. Клинико-экспериментальное обоснование выбора конструкции адгезивных мостовидных протезов. (Мышкова Н.А., 2003).
10. Аналитическая методика количественного цифрового вычитающего рентгенографического анализа алюминиевого эталонного. К.М. Allen и соавт. (1996)
11. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике. (Рыбаков А.И., 1976; Копейкин В.Н., 1988; Щербаков А.С. с соавт., 1994; Жулев Е.Н., 2000).
12. Эстетическое оформление промежуточной части мостовидного протеза (Edelhoff D. et al., 2001).
13. Исследование функционального состояния пародонта при ограниченных дефектах зубного ряда. А.И. Тагиев (1982) и Л.И. Сычугова и соавт. (1988)
14. Протетическая реставрация зубов (система CEREC). Лебедев И.Ю., 2003; Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д., 2003.
15. Клинико-анатомическое обоснование конструирования промежуточной части мостовидных протезов при частичной потере зубов. (Abrams H. et al., 1987; Hawkins C.H. et al., 1991)