

Бандура Е.А., Бибарсова А.Р., Разаков Д.Х.

Результаты использования корней зубов после зубосохраняющей операции в качестве опоры покрывных съемных протезов*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии ортопедической***Ключевые слова:** покрывной протез, зубосохраняющая операция**Введение**

Сохранение одиночно стоящих корней зубов, бесспорно, позволяет пациентам безболезненно перейти с частично-съемных конструкций через использование покрывных к полным съемным протезам. Однако, анализ клинических ситуаций, свидетельствует о том, что трудно поддающиеся лечению и протезированию, многокорневые зубы с локализацией хронического очага воспаления в области бифуркации или трифуркации, удаляются, и вместе с ними исчезает последняя надежда на хорошую фиксацию и стабилизацию протеза [2, 4]. В последнее время, получившие широкое распространение, зубосохраняющие операции, такие как коронорадикулярная сепарация – рассечение зуба на части в области бифуркации, ампутация – удаление одного из корней зуба верхней челюсти, гемисекция – удаление одного из пораженных корней, позволяют не только сохранить корень или корни зуба, но и использовать их в качестве опоры съемных протезов [3, 5].

Цель: анализ отдаленных результатов использования корней зубов после зубосохраняющей операции в качестве опоры покрывных протезов.

Материал и методы

Всего обследовано и проведено ортопедическое лечение 17 пациентов с коронорадикулярной сепарацией, гемисекцией жевательных зубов и ампутацией одного из корней (5 мужчин и 12 женщин), в возрасте от 57-72 лет.

Показанием для проведения операции послужило наличие перфорации, хронического очага воспаления в области бифуркации или его обнажение, наличие непроходимых корневых каналов, воспалительные изменения в периапикальных тканях одного из корней моляра, не поддающихся лечению.

К противопоказаниям к проведению данного метода лечения относятся значительная убыль костной опоры всех корней, что ведет к неблагоприятному соотношению коронки и корня, мешающему зубам выдерживать нормальные нагрузки во время жевания; наличие непроходимых корневых каналов, воспалительные изменения в периапикальных тканях корней моляра, не поддающихся лечению.

Исходя из клинического состояния надальвеолярной части, определяли тип корней. Цуканова Ф.Н. (1986) выделила четыре типа корней, которые можно использовать в качестве опоры: I тип - корни с сохранившейся наддесневой частью (2 мм и более); II тип – корни на уровне десны с сохранением стенок; III тип – корни, края которых скрыты под десной; IV тип – корни с разрушением бифуркации [1].

Оценка состояния сегментов осуществлялась с помощью показателей функционирования сохранившихся сегментов разработанных на основании показателей функционирования имплантатов Мергазизовым М.З. 1984г. Подвижность в пределах физиологической оценивалась как 1, I степень подвижности – 0,75, II степень – 0,5 и III – 0,25. Степень рецессии десневого края определяли с помощью микрометра.

Для предварительной оценки зуба, степени резорбции костной ткани, изучения сегментов после зубосохраняющей операции и результатов лечения использовали внутриротовые рентгенограммы. Получено и проанализировано 78 рентгенограмм случаев протезирования с использованием в качестве опор сегментов зубов в различные сроки (через 6 месяцев, 1 год, и 2 года после зубосохраняющей операции).

Спустя 2 недели после операции на сохранившие корни изготавливали литые штифтовые вкладки с надкорневой защитой с последующим изготовлением покрывных протезов. В 14 случаях, на надкорневой защите на один из сохранившихся корней шестого и седьмого зубов, устанавливали аттачмены (патрицу) upi системы бредент. В четырех случаях под опору съемного протеза использовали корни двух зубов, расположенных на обеих сторонах верхней челюсти. Конструкции фиксировали на стеклоиномерный цемент. Всего изготовлено 47 штифтовых конструкций с последующим изготовлением 15 покрывных протезов на верхнюю и 4 на нижнюю челюсти.

Результаты

Корни зубов соответствовали IV типу Ф.Н. Цукановой. Отдаленные результаты исследования показали, что при обследовании больных с покрывными конструкциями зубных протезов за исследуемый период выраженных жалоб не выявлено. При оценке пародонта сегментов, после 6 месяцев в основном отмечено стабильное состояние корней, подвижность в пределах физиологической податливости тканей, безболезненная перкуссия, отсутствие явлений воспаления слизистой оболочки десны и костной ткани, что соответствовало показателю 1 и составило 94,1% из числа наблюдений. Через 1 год данный показатель определялся у 76,5%, через два – у 52,9% пациентов. К концу года подвижность I степени отмечалась в 29,4%, II степени – 5,6% случаев. Причем, в 60% случаев у пациентов подвижность корней зубов I степени к концу второго года увеличилась до II, и только у

одного пациента была отмечена III степень подвижности. При этом, пациенты никаких жалоб не предъявляли и фиксацию протеза отмечали как удовлетворительную. Воспаление десневого края, в большинстве случаев, наблюдалось в области расположения корней, не имеющих аттачменов на надкорневой защитке штифтовой культовой вкладки. Рецессия десневого края определялась в пределах 0,4 – 1 мм к концу первого года, и 0,4 – 3 мм к концу второго и была в большей степени характерна для корней, у которых в штифтовую конструкцию были включены аттачмены. На рентгенограммах к концу исследуемого периода отмечалась резорбция костной ткани в пределах 1 – 3 мм.

Использование двух зубов или их сегментов, расположенных на обеих сторонах верхней челюсти, показало стабильное состояние корней в течение всего исследуемого периода, без симптомов воспаления, рецессии десневого края и резорбции костной ткани.

По истечении года пациентам осуществляли замену матриц, что в последующем улучшало фиксацию и стабилизацию протезов. Причем, при наличии баланса пластиночного протеза на сохранившихся корнях, перед заменой матрицы, проводили ее коррекцию.

Обсуждение

Периодическое появление воспаления в области расположения корней, не имеющих аттачменов в конструкции штифтовой культовой вкладки, связано с подвижностью протеза и защемлением десневого края между базисом протеза и надкорневой защиткой. Рецессия десневого края с воспалением и без нее вероятно возникает в результате перегрузки сохранившихся корней. Причиной III степени подвижности корня явилась недостаточная длина корня, которая на этапе протезирования составила 6 мм. Причем длина корней у пациентов со II степенью подвижности варьировала от 7 до 9 мм. Однако пациенты настолько были адаптированы к конструкции покрывных протезов, что не предъявляли жалоб ни на периодически возникающее воспаление и даже на подвижность. В дальнейшем, удаление корня с III степенью подвижности, сказалось на фиксации и стабилизации протеза. Пациент отметил ухудшение фиксации и снижение функциональности конструкции, что повлекло за собой проведение перебазировки базиса протеза. Таким образом, можно сказать, что наличие дополнительной фиксации покрывных протезов, не зависимо от состояния корня и прилегающих тканей, отражается на качестве жизни пациента.

Заключение

1. Подлежащие консервативному лечению зубы с хроническими очагами воспаления или перфорацией в области бифуркации или трифуркации, могут быть подвергнуты коронорадикулярной сепарации и гемисекции, а сегменты в последующем использованы в качестве опорных элементов для съемных протезов.

2. Фиксация протезов за счет интрадентальных аттачменов обеспечивает более надежную фиксацию и стабилизацию съемных протезов, тем самым обеспечивая высокую функциональную эффективность ортопедического лечения.

Литература

1. Брагин Е.А., Скрыль А.В., Каливраджиян Э.С., Алабовский Д.В. Ортопедические методы лечения при полном отсутствии коронки зуба. /Тезисы докладов IV научной конференции СГМА. – Ставрополь, 1998. – С. 39-44.
2. Загорский В.А. Частичные съемные и перекрывающие протезы. – Москва: Изд-во Медицина, 2007. – С. 148-155.
3. Клемин В.А., Кубаренко В.В., Козлов Б.С., Апекунов Г.Ю. Особенности проведения гемисекции моляров на верхней челюсти с ранним протезированием / Дентал Юг, Краснодар. – 2009, № 6. – С. 48-49.
4. Коннов В.В., Разаков Д.Х., Арутюнян М.Р., Арушанян А.Р. Использование корней премоляров нижней челюсти после гемисекции в качестве опоры съемных протезов Материалы XV международной научной конференции г. Торремолинос, Испания: «Здоровье семьи – XXI век». Часть II. Пермь: Изд-во ОТ и ДО, 2011. С. 9-10.
5. Лебеденко И.Ю., Марков Б.П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. – М.: Практическая медицина, 2006. – С. 48-49.