

АСПЕКТЫ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Киевский медицинский университет УАНМ

В комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта основополагающим является устранение местных раздражающих факторов [14], среди которых наряду с гигиеной полости рта [16] большое значение имеет кариозное поражение зубов и его рациональное лечение [10, 18].

В литературе выделены две диаметрально противоположные позиции в определении очередности реставрации зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта.

Большинство авторов [14,11,17] считают обоснованным выполнять реставрацию зубов после устранения воспалительных явлений в тканях пародонта, объясняя это возможным попаданием детрита кариозного зуба при препарировании, затеканием композиционного материала в десневой желобок, пародонтальный карман.

Однако клиничко-лабораторное обоснование применения коффердама в терапевтической стоматологии подтверждает невозможность контаминации микроорганизмов, композиционного материала в пародонтальный комплекс при реставрации зубов [20].

Реставрация зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта может сопровождаться операционным повреждением (расклинивание зубов, установление матриц) [8], но восстановление естественной анатомической апроксимальной формы [5], прогнозируемого контактного пункта [15] и идеально проведенная финишная обработка [23] реставрации в сочетании с тщательной гигиеной обеспечивают позитивную динамику воспалительных заболеваний пародонтального комплекса [21].

Позицию авторов, которые считают, что восстановление естественной формы коронковой части зубов - лечебная процедура по отношению к тканям пародонта [2], можно считать справедливой, при этом значение придается качеству реставрации, ее биологической совместимости [13,19].

Биологическая совместимость предусматривает возможность восстановления разрушенных тканей зуба, что обеспечивает морфологическое, функциональное и эстетическое единство структур пародонтального комплекса [24].

При планировании лечения кариеса зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта возникают вопросы взаимодействия архитектуры тканей пародонта и реставрации [3,7,9], анатомо-топографических особенностей пародонтального комплекса [12].

При выборе пломбирочного материала важно учитывать изменения, которые происходят в архитектонике пародонта [6]. Гингивит и хронический генерализованный пародонтит приводят к изменению положения зубодесневого прикрепления, анатомическая коронка зуба становится меньше клинической. Высокую информативность внесла сканирующая электронная микроскопия эмалево-цементной границы. В разных зубах одного индивидуума и даже на различных поверхностях одного зуба выделяют 3 варианта эмалево-цементного соединения: цемент стыкуется с эмалью, цемент частично заходит на эмаль и цемент не доходит до эмали зуба. Цемент, находящийся в области эмалево-цементной границы, бесклеточный и является единственным слоем, покрывающим шейку

зуба. В некоторых зубах (нижних резцах) он покрывает корень почти целиком [20]. Такие особенности являются ключевыми при выборе реставрационных материалов для восстановления кариозных полостей II и V классов по Блеку.

Таким образом, несмотря на результаты многочисленных исследований архитектоники пародонтального комплекса [20,6,7,12] и его взаимодействия с реставрационными материалами [10,19], рекомендации по восстановлению утраченных твердых тканей зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта продолжают носить противоречивый характер [10,14,13,19]. Возникает необходимость проведения дальнейших исследований, имеющих целью повышение эффективности лечения пациентов с гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом путем разработки стратегии научного обоснования и внедрения в практику новых материалов и техник реставрации зубов.

Для расширения представления о влиянии качества реставраций боковых зубов на пародонтальный комплекс было проведено исследование, результаты которого изложены в настоящей публикации.

Материалы и методы исследования

Клинические и рентгенологические исследования проведены у 30 больных с хроническим генерализованным пародонтитом I-II степеней тяжести, у которых было изучено состояние 100 композитных реставраций зубов II класса по Блеку.

Оценка состояния тканей пародонта проводилась по общепринятой методике. Диагноз устанавливали в соответствии с

классификацией заболеваний пародонта по Н. Ф. Данилевскому (1994). Клиническое обследование состояния пародонтального комплекса включало определение следующих параметров: состояние гигиены полости рта по упрощенному индексу гигиены (ОHI-S) по Грин-Вермиллион (Green-Vermillion, 1964), индекса Силнесс – Лоз (Silness J., Loe H., 1964); интенсивности кровоточивости Мюллема (Mulleman H. R., 1971); распространенности воспалительного процесса по индексу РМА (Рgma). Состояние твердых тканей зубов оценивали по индексу распространенности и интенсивности кариозного процесса (КПУ). Состояние костной ткани оценивали по внутривитальным, прицельным рентгенограммам.

Результаты исследования и их обсуждение

При сборе анамнеза были получены следующие данные: 43 реставрации (43 %) из 100 рассмотренных были проведены около 3-х лет назад, 32 реставрации (32 %) были выполнены около 4-х лет назад и 25 реставраций (25 %) имели приблизительно 5-летний срок.

Распространенность кариеса у 30 обследованных больных с хроническим генерализованным пародонтитом I-II степеней тяжести

составила 100 %, интенсивность кариозного процесса (КПУ) – от 8,1 ± 0,02 и выше.

При оценке состояния реставраций было выявлено несоответствие контуров зуба и пломбы (80 %), наличие нависающих краев материала (35%), шероховатость поверхности композита (77 %), нарушение краевого прилегания (17 %), отсутствие контактного пункта (66 %). Отмечались усиленное накопление зубной бляшки, особенно в контактных пунктах (реставрация – соседний зуб) и признаки ухудшения состояния тканей пародонта.

В 100 % случаев был выявлен хронический катаральный гингивит. Индекс Green-Vermillion колебался от 0,4 ± 0,2 до 0,5 ± 0,2, индекс Silness-Loe – от 0,7 ± 0,1 до 1,6 ± 0,1, что соответствует удовлетворительной оценке гигиены полости рта. Интенсивность кровоточивости по Mullemann составил от 2,43 ± 0,06 до 2,88 ± 0,05, индекс РМА – от 25 до 50 %.

Глубина пародонтальных карманов в области обследуемых зубов составляла от 2 до 5 мм, при этом отмечалось, что у пациентов со сроком службы реставрации более 5 лет глубина пародонтального кармана превышала соответствующие показатели у пациентов со сроком службы реставрации до 3 лет.

Такое состояние указывает на наличие узлов травматической окклюзии в зубах с несостоятельной реставрацией.

Данные рентгенологического исследования сопоставляли с архивными материалами. В результате анализа было получено свидетельство снижения высоты межальвеолярной перегородки в области отреставрированных зубов на 1-2 мм в зависимости от срока давности установления реставрации; отмечалось усиление расширения периодонтальной щели на всем протяжении в зубах, где отсутствовал контактный пункт между реставрацией и соседним зубом, увеличение зоны остеопороза губчатого вещества альвеолярной кости.

Выводы.

Проведенное исследование показало, что некачественно проведенная реставрация зубов II класса по Блеку способствует ухудшению состояния пародонтального комплекса у больных с хроническим генерализованным пародонтитом I-II степеней тяжести. Это свидетельствует о необходимости совершенствования методик реставраций зубов у больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

Литература

1. Ван Пелт А. В. Й. Optidam – Softclamp – Fixafloss. Простое решение для реставрационной стоматологии / А. В. Й. Ван Пелт // Современная стоматология. – 2009. – №1. – С. 24-25.
2. Аврушин А. С. Взаимосвязь морфофункциональных изменений на разных уровнях иерархической организации кортикальной кости при старении / А. С. Аврушин, Л. К. Паршин, А. Б. Аболин // Морфология. – 2006. – Т. 124, №3. – С. 22-24.
3. Борисенко А. В. Кариес зубов / А. В. Борисенко. – К. : Книга Плюс, 2000. – 344 с.
4. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология / Е. В. Боровский. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 840 с.
5. Быков В. Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В. Л. Быков. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 277 с.
6. Вулфорд М. Реставрация и пародонт – две проблемы одного лечения / М. Вулфорд // ДентАрт. – 1997. – №3. – С. 41-51.

7. Данилевский Н. Ф. Терапевтическая стоматология / [Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко, А. М. Политун, Л. Ф. Сидельникова]. – К. : Здоров'я, 2002. – Т. 3. – С. 34-37.
8. Макеева И. М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами / И. М. Макеева. – М., 2004. – 72 с.
9. Мюллер Х. -П. Пародонтология ; науч. ред. изд. на русск. яз. проф. Политун А. М. ; пер с нем. - Львов : ГалДент, 2004. – 256 с.
10. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология : [учеб. пособ.] / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. – М. : МЕДпресс – информ, 2005. – 548 с.
11. Николишин А. К. Восстановление (реставрация) и пломбирование зубов современными материалами и технологиями / А. К. Николишин. – Полтава, 2001. – 176 с.
12. Радлинский С. В. Реставрация зубов и пародонт / С. В. Радлинский. – ДентАрт. – 2001. – №3. – С. 34-40.
13. Рожнова Е. В. Клинико-лабораторное обоснование применения коффердама в терапевтической стоматологии: дис. ... канд. мед. наук: 14. 00. 21 / Е. В. Рожнова. – М., 2008. – 47 с.

14. Соловьев М. Ф. Зубные отложения и реставрация зубов / М. Ф. Соловьев // Современная стоматология. - 1998. - №1. - С. 13- 19.
15. Тарноу Д. П. Вплив відстані між імплантатами на висоту кісткового гребеня між ними / Д. П. Тарноу, С. Ц. Чо, С. С. Даллас // Імплантологія, пародонтологія, остеологія. - 2005. - №2 (2). - С. 30-33.
16. Удод А. А. Методологические аспекты клинической оценки качества поверхности реставрационных работ / А. А. Удод, Е. Н. Челх // Дентальные технологии. - 2008. - №2. - С. 14-17.
17. Bevenius J. The amelocemental junction in young premolar teeth / J. Bevenius // Acta Odontol. Scand. -1993. - Vol. 51, №3. - P. 135 - 142.
18. Benz Cristoph. Компомеры – материалы для полостей всех классов? / Cristoph Benz // Новое в стоматологии. - 2000. - №10. - С. 9-12.
19. Kois J. C. Relationstrip of the Periododontium to impression Procedures.
20. Lindskog S. The amelocemental junction in young premolar teeth / Lindskog S., Hultenby K. // Acta Odontol. Scand. -1993. - Vol. 51, №3. - P. 135 - 142.
21. Love Robert A. Секционные матрицы. Кариозное поражение II класса. Прямое восстановление контактного пункта / Robert A. Love // Современная стоматология. - 2010. - №2. - С. 21- 24.
22. Schreeder H. E. Orale strukturbiologic Jeuttgart / H. E. Schreeder. - New York, 1990.
23. Tarnow P. P. Эффект расстояния от контактного пункта до костного гребня на наличие или отсутствие интерпроксимального дентального сосочка / P. P. Tarnow, A. W. Magner, P. Fletcher // J. Periodontal. - 1992. - Vol. 63. - P. 995- 996.

Стаття надійшла
6. 12. 2010 р.

Резюме

Реставрація зубів у пацієнтів із запальними захворюваннями тканин пародонта з метою підвищення ефективності лікування пацієнтів із гінгівітом та хронічним генералізованим пародонтитом передбачає відновлення зруйнованих тканин зуба з урахуванням біологічної сумісності тканин зуба та пломбувального матеріалу. Отримані результати зумовлюють необхідність удосконалення методики реставрації зубів у хворих із хронічним генералізованим пародонтитом або гінгівітом.

Ключові слова: реставрація, гінгівіт, пародонтит, кофердам, сканувальна електронна мікроскопія.

Summary

Teeth restoration at the patients with the inflammatory periodontium diseases to improve the efficiency of gingivitis and chronic periodontitis treatment provides for the renewal of the ruined teeth tissues taking into account biological compatibility of teeth tissues and restorative material.

The received results ground the necessary of the elaboration of teeth restoration methods for the patients with chronic periodontitis or gingivitis.

Key words: restoration, gingivitis, periodontitis, rubberdam, scanning electronic microscopy.