

УДК 616.314-77

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ

*А.Б. Мамытова, Д.В. Тресков*

Приведена методика восстановления фронтальных зубов с полным отсутствием коронковой части с применением штифтово-армированной конструкции в клинике.

*Ключевые слова:* штифтово-армированная конструкция; анкерный штифт; армирующие элементы; разрушенный зуб.

---

## CLINICAL POSSIBILITIES OF COMPLETE RESTORATION OF DESTROYED TEETH

*A.B. Mamytova, D.V. Treskov*

It includes the methods of restoration of front teeth with complete absence of crown with the use of pin-reinforced construction in a clinic.

*Key words:* pin-reinforced construction; anchor pin; reinforcing elements; destroyed tooth.

Клиническое восстановление зубов с полным отсутствием коронковой части зуба, является довольно актуальной стоматологической проблемой. Возможности восстановления разрушенных зубов крайне ограничены. Так, при восстановлении должны учитываться индивидуальные анатомические особенности корневой части зубов, величина разрушения твердых тканей зуба, а также то обстоятельство, что твердые ткани у депульпированных зубов за счет потери влаги более хрупкие, а корневые каналы часто бывают искривлены и труднопроходимы [1–3]. Так, индивидуальный подход к данной проблеме обеспечивается подбором такой штифтовой конструкции, чтобы соотношение давления на корень и стенки корневого канала, адгезивная прочность соединения восстановленной части и твердых тканей зуба были наиболее оптимальными и долгосрочными [4–6].

Целью данного исследования явилось изучение возможности сохранения зубов с полным отсутствием коронковой части в клинике.

**Материалы и методы исследования.** Клиническое исследование проводилось на базе кафедры хирургической стоматологии КРСУ клиники «Демилге». Под нашим наблюдением находилось 62 пациента, которым было необходимо полное восстановление коронковой части зуба. У 47 пациентов разрушение коронковой части зуба достигало

уровня десневого края. Большинство разрушенных зубов относились к премолярам – 30 пациентов, 19 – к клыкам, а 13 – к центральным резцам. Все разрушенные зубы были ранее эндолечены, корневые каналы удовлетворительно obturированы, признаков патологической подвижности зубов и воспаления тканей периодонта не наблюдалось. Толщина стенок корней исследуемых зубов была не менее 1 мм. Сроки после первичной реставрации составили 1–2 года. Изучение разрушенных зубов проводилось с помощью методик: одонтометрии, одонтоскопии и прицельной R-скопии.

Методика одонтоскопии перед проведением реставрации включала сравнение разрушенного зуба в зависимости от его функциональной принадлежности, с геометрической фигурой (прямоугольник, ромб, квадрат) и зубом противоположной стороны, называемым антимер. Так форма премоляров имела форму прямоугольника или овала, а форма клыков подходила под геометрические фигуры ромба и квадрата.

Одонтометрическое исследование разрушенного зуба проводили с использованием штангенциркуля и миллиметровой линейки. Измерялись такие параметры как высота коронки и длина корня по дентальным рентгеновским снимкам и зубам антимерам.

С целью улучшения реставрации, ретенции и возможности избежать чрезмерного погружения

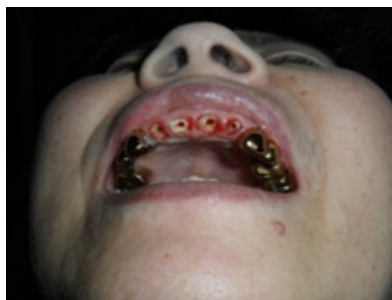


Рисунок 1 – Подготовленные корневые каналы для установки штифтово-армированной конструкции



Рисунок 2 – Армирующие элементы, установленные в корневой канал



Рисунок 3 – Восстановленные фронтальные зубы



Рисунок 4 – Состояние после круговой гингивэктомии

искусственной коронки под десневой край проводилось хирургическое удлинение высоты клинической коронки. При хирургическом удлинении клинической коронки у 46 разрушенных зубов применялась методика круговой гингивэктомии, а если высота открытой культи зуба не позволяла произвести реставрацию (< 1 мм), проводили круговую остэктомию вокруг корня восстанавливаемого зуба.

Для наглядности приводим клинический пример. Пациентка П., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику «Демилге» с полным отсутствием коронковой части фронтальных зубов. В ходе обследования выяснено что ранее (2 года) 11-й, 12-й, 21-й, 22-й зубы были эндолечены и находились под ортопедической конструкцией и до обращения в клинику (5 дней) произошла расцементировка всей ортопедической конструкции. При осмотре пациентки разрушение фронтальных зубов достигало уровня десневого края, на денальной R-графии обтурация корневых каналов была удовлетворительной, патологической подвижности корней зубов не наблюдалось. Толщина стенок корней у всех зубов была не менее 1 мм. Признаков воспаления окружающих тканей у исследуемых зубов не наблюдалось. После обследования разрушенные коронковые части 11-го, 12-го, 21-го, 22-го зубов

восстанавливались предложенной нами штифтово-армированной конструкцией (патент № 1565 от 31 июля 2013 г.). После распломбировки корневых каналов на 2/3 длины и их расширения корневые каналы заполнялись жидкотекучим «фосфатцементом» с последующей установкой по периметру канала армирующих элементов в виде 3–4 металлических пластин (длиной 15–20 мм толщиной 0,3 мм), и по центру вкручивался анкерный штифт (рисунки 1, 2).

Свободная надкорневая часть пластин выгибалась в виде лепестков, учитывая анатомическую форму зуба. Следующим этапом производили восстановление коронковой части зуба путем послойного нанесения композитного цемента «Эвикрол», под реставрацию металлокерамической конструкцией (рисунок 3). После восстановления с целью улучшения ретенции будущих металлокерамических коронок пациентке произведена круговая гингивэктомия на 1 мм в области восстановленных зубов (рисунок 4). Заживление раны после хирургического вмешательства происходило вторичным натяжением спустя 7 суток, а круговой послеоперационный рубец служил аналогом круговой связки зуба.

Таким образом, восстановление зубов с применением предложенной нами штифтово-армиро-

ванной конструкции в клинике вместе с круговой гингивэктомией и круговой остэктомией значительно усиливает прочность реставрированных зубов. Штифтово-армированная конструкция продлевает сроки функционирования разрушенных до десневого края зубов, так как эта конструкция позволяет соединить воедино восстановленную часть с корнем зуба.

#### *Литература*

1. *Белошенков В.В.* Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области и методы ее исследования / В.В. Белошенков, Н.В. Курякина и др. М.: Медкнига, 2005. С. 28–30
2. *Бернер Т.* Эстетическая стоматология и керамические реставрации / Т. Бернер, П. Миара, Д. Нэтансон (Бостонский университет, шт. Массачусетс, США). М.: ИД «Высшее образование и наука», 2004. 450 с.
3. *Бештокова Ф.Х.* Сравнительная оценка эффективности восстановления разрушенной окклюзионной поверхности боковых зубов: дис. ... канд. мед. наук; 14.01.14. – стоматология / Ф.Х. Бештокова. Ставрополь, 2010. 20 с.
4. *Дистель В.А.* Зубочелюстные аномалии и деформации: основные причины развития / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. М.: Медкнига, 2001. 102 с.
5. *Меликян Г.М.* Клинико-лабораторное обоснование реставрации дефектов режущего края передней группы зубов с применением сеточно-армирующего элемента: дис. ... канд. мед. наук; 14.01.14. – стоматология / Г.М. Меликян. М., 2008. 158 с.
6. *Чиликин В.Н.* Разработка алгоритма выбора современных материалов и технологий для реставрации зубов: дис. ... д-ра мед. наук; 14.01.14. – стоматология / В.Н. Чиликин. М., 2009. 52 с.