

УДК 616.314-002: 616.314-089.27

А.Ж. Петрикас (Тверь), В.Н. Петрович (Екатеринбург)

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА II КЛАССА
ПО БЛЕКУ

Несмотря на успехи кариесологии, одной из основных задач оперативной терапевтической стоматологии остается лечение кариеса контактных поверхностей жевательных зубов. С этой проблемой практически врач в течение рабочего дня встречается неоднократно. При пломбировании кариозных полостей II класса имеются сложности, вызванные потерей контактной стенки и действием на зуб значительных по величине нагрузок.

Наибольшее число осложнений, связанных с неудовлетворительным состоянием пломб, возникает в результате применения недостаточно надежных методов ретенции.

Этапы препарирования кариозных полостей, предложенных Блекум еще в 1914г., не потеряли своей актуальности и в настоящее время. Если в отношении этапов раскрытия и некрэктомии разногласий нет, то необходимость проведения этапов профилактического расширения и формирования полости является спорной. Данные вопросы находятся в центре внимания многих исследователей [3,4]. Отказ от профилактического расширения объясняется прежде всего тем, что удаление твердых тканей до иммунных зон ослабляет стенки полости, а при использовании амальгамы ведет к их отколу.

Поиски оптимальной формы полости II класса привели к тому, что был предложен метод тоннельного препарирования [5], который предусматривает устранение небольших проксимальных дефектов с сохранением "карниза" (нависающего участка эмали и дентина) через канал с окклюзионной фиссуры. Показанием к применению данного метода являются зубы, на Rg-снимках которых на проксимальной поверхности были обнаружены незначительные кариозные изменения в дентине. Однако исследованиями выявлены осложнения и недостатки данного метода - отлом "карниза"; - неполное удаление размягченного дентина из-за недостаточного обзора.

Существует несколько вариантов формирования дополнительных элементов: - создание подрезок в аксис-лингвальном и аксио-буквальном углах полости; - формирование десневой стенки в виде двухскатной крыши; - цилиндрическая бороздка, сделанная фиссурным бором; - создание обратного скоса десневой стенки полости; - создание конвергирующих щечных и язычных стенок; - создание дополнительной полости на жевательной поверхности.

Таким образом, исторически сложилось два основных подхода к препарированию полостей II класса по Блеку, учитывая опасность выпадения пломб вследствие отсутствия контактной стенки: - создание подрезок, насечек и других ретенционных элементов в стенках основной полости и формирование дополнительной полости на окклюзионной поверхности.

За рубежом до настоящего времени основным методом оставалось использование в качестве ретенционного элемента дополнительной полости на жевательной поверхности. В нашей стране препарирование ограничивалось, как правило, формиро-

ванием основной полости, с созданием конвергирующих стенок и подрезок.

При восстановлении сильно разрушенных зубов удержание пломбы не всегда может быть обеспечено без адекватных дополнительных элементов ретенции, при условии сохранения жизнеспособности пульпы зуба. Альтернативой могут служить парапульпарные штифты, которые в большей степени сохраняют зуб от иссечения значительного количества "здоровых" тканей.

В отечественной стоматологии ретенционная система парапульпарный штифт с успехом решала проблемы восстановления передней группы зубов, однако при лечении кариеса контактной поверхности жевательных зубов практически не применялась [1].

Впервые техника применения штифтов, цементируемых в дентине, была описана в 1958г. Markley. В 1966г. Goldstein предложил микроштифты, вводимые под давлением в искусственно сформированный канал, благодаря эластичности дентина. Двумя годами позже появилось сообщение Courtage о саморезущих ретенционных винтах, вводимых в дентин после "предварительного сверления".

Материалом для изготовления штифтов могут служить нержавеющая сталь, серебро, золото, титан. Чтобы обеспечить адекватную ретенцию пломбы, штифты должны быть жесткими и хорошо закреплены в дентине. Оптимальная глубина введения вкручивающихся штифтов - 2 мм, а цементируемых 4-5 мм [6]. Наиболее благоприятное соотношение штифта и в дентине, и в пломбе 1:1, это обеспечивает достаточную ретенцию и понижает напряжение, возникающее в пломбе и в твердых тканях зуба. Диаметр штифтов варьирует от 0,35 до 1 мм. Отмечена прямо пропорциональная зависимость увеличения ретенции от диаметра штифта. Для создания искусственного канала используют специальные сверла. Рабочая часть сверла имеет ограничитель погружения, применение которого обеспечивает создание канала оптимальной длины [2]. Канал создают перпендикулярно поверхности дентина и параллельно оси зуба. Так как дентин обладает эластичностью, режущие грани сверла раздвигают, растягивают его ткани, не вызывая разрыва. В депульпированных зубах применение парапульпарных штифтов нецелесообразно.

Парапульпарные штифты применялись при лечении кариеса контактных поверхностей жевательных зубов, как правило, только в случаях их сильного разрушения. Возможность использования парапульпарных штифтов для лучшего удержания пломб в двухповерхностных полостях II класса по Блеку в доступной нам литературе не описана.

Целью настоящего исследования является изучение эффективности элементов ретенции в полостях II класса по Блеку в зависимости от выбранного пломбировочного материала.

Клиническая часть работы проведена при лечении 220 кариозных полостей II класса у 66 пациентов. Для пломбирования 220 зубов применялись: силидонт, эгикрол, серебряная амальгама. Все кариозные полости разделены на 3 группы в, зависимости от типа препарирования: - основная группа - формирование основной полости с использованием в качестве дополнительного элемента ретенции парапульпарного штифта - 28,4%; - две контрольные: 1 группа - формирование основной полости - 40,6%, 2 группа - формирование основной полости и дополнительной полости на жевательной 'поверхности в виде "ступеньки" - 31,0%.

Для каждой исследуемой группы были использованы пломбировочные материалы трех основных классов: цементы – силидонт; композиты – эвикрол и серебряная амальгама. Функциональную полноценность пломб непосредственно после наложения и в отдаленные сроки определяли с помощью метода В.С. Иванова и международной системы оценки клинического состояния пломб по Horsted-Bidstleru. Ближайшие результаты пломбирования кариозных полостей II класса изучены в первые дни после пломбирования и в сроки до 6 мес. на 220 зубах. Отдаленные результаты лечения изучены на 204 зубах в сроки от 6 мес. до четырех лет.

При исследовании пломб I контрольной группы (без использования дополнительных элементов ретенции) было отмечено наибольшее количество неудовлетворительных результатов: для пломб из амальгамы – 47,6%, для пломб из эвикрола – 50,0%. При использовании силидонта, наоборот, был отмечен лучший результат по сравнению с полостями других исследуемых групп (хотя процент неудовлетворительных пломб был высоким 68,8%).

При исследовании пломб второй контрольной группы (формирование основной и дополнительной полостей) лучший результат был получен также при использовании в качестве пломбировочного материала серебряной амальгамы (19% – неудовлетворительных пломб). При пломбировании эвикролом процент неудовлетворительных пломб был несколько выше (25,9%).

Пломбы из силидонта через год после наложения в 100% случаев оказались непригодными, в большинстве случаев в связи с их отколом в области проекции угла дополнительной полости с последующим выпадением главного фрагмента пломбы; жевательная часть пломбы, соответствующая дополнительной полости некоторое время оставалась в зубе. При исследовании пломб основной группы (с введением парапульпарного штифта) и использовании в качестве пломбировочного материала амальгамы отрицательных результатов обнаружено не было. При использовании эвикрола отмечен самый низкий процент отрицательных результатов для данного пломбировочного материала (15%). Анализ состояния неудовлетворительных пломб из силидонта выявил особенность, характерную для данного пломбировочного материала – наибольший процент отрицательных результатов отмечен для полостей основной группы (100%) уже через 6 мес. после их наложения. Поэтому при пломбировании силидонтom использование парапульпарных штифтов неприемлемо.

С помощью клинических методов исследования был найден оптимальный способ ретенции в полостях II класса по Блеку использование парапульпарного штифта, который не только обеспечил эффективное удержание пломбы, но и позволил избежать иссечения значительного количества "здоровых" тканей (при формировании дополнительной полости), а также уменьшить границу контакта пломбы с твердыми тканями, что способствовало снижению процента вторичного кариеса.

Введение в качестве элемента ретенции парапульпарного штифта сократило время препарирования, уменьшило необходимость проведения обезболивания по сравнению с полостями с использованием других элементов ретенции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрикас А.Ж. Пломбирование полостей IV класса с применением околопульпарных микроштифтов//Стоматология.

1986. N3. С. 31-33.
2. Barkmeter W.W., Cooleu R.I. Self-shearing-pins: a laboratory evaluation of pin channel penetration before shearing// J. Am.Dent Assoc. 1979.V.99. P.476-479.
3. Eriksen H.M., Bierthess E. Sekundaekaries// Nor. Jannlaegeforen. Tid. 1990. Mar. Bd.100. n5. P.204-206.
4. Jahn K.R., Gonschorek E. Untersuchungen zur Stadreit von Fullungen//Stomatol. DDK. 1986. Vol/36. n 3. P.124-128.
5. Knight G. The Funnel Restoration// Dental Outlook. 1984. V.53. n.10. P.125-128.
6. Moffa J.R. et. al. Pins - A comparison of their referentive properties// J.Am Donf Assoc. 1969. V.78. P.529.

Е.В. Гольдштейн, Л.П. Мальчикова, Т.Н. Постникова,
Е.С. Васильева, Е.А. Вайнштейн

ПАРАЛЛЕЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ
Кафедра хирургической стоматологии

Поджелудочная железа, являясь одним из центральных органов в системе пищеварения, выполняет чрезвычайно важные функции [1,2]. Секретируемые и инкретируемые железой ферменты, гормоны и полипептиды участвуют в регуляции по типу прямой и обратной связи в координации внутри- и межсистемных реакций в метаболических процессах организма [3,4].

Однако неизученными остаются вопросы взаимосвязи и влияния нарушения функции поджелудочной железы на ткани пародонта. Целью настоящей работы явилось изучение состояния кальциевого обмена у больных с заболеванием тканей пародонта при поражении поджелудочной железы.

Нами проведено обследование и хирургическое лечение 60 пациентов с различной степенью тяжести поражения пародонта. Больные осматривались совместно с гастроэнтерологом на базе городской клинической больницы N25 г.Екатеринбурга. Исследование плазмы крови на кальций производилось в биохимической лаборатории ЦНИЛ Уральской медицинской академии и биохимической лаборатории областной клинической больницы N1. Всем больным, наряду с клинико-лабораторными исследованиями, определением состояния органов пищеварительного тракта, проводили оценку стоматологического статуса. Изучали состояние гигиены полости рта по определению зубного налета и зубного камня - индекс Грин-Вермилиона (1964), состояние тканей пародонта по усредненному индексу КПИ с оценкой интенсивности заболеваемости. Полученные данные приведены в табл.1.

При наличии нескольких признаков диагностировалось более тяжелое поражение тканей пародонта - КПИ рассчитывалось по формуле $KPI = \text{кодов}/\text{зубов}$ (обычно 6). На основании данных таблицы видно, что у 10 пациентов выявлен средний уровень интенсивности болезней пародонта при КПИ 3,6-5,0, у 20 - тяжелое поражение пародонта с патологической подвижностью зубов II и III степени.