

КЛІНІЧНІ СПОСОБИ ВИГОТОВЛЕННЯ ТИМЧАСОВИХ КОРОНОК

Ткаченко І. М., Писаренко О. А., Коробейніков Л. С.

м. Полтава

Штучна коронка являє собою незнімний протез, який відтворює анатомічну форму зуба та запобігає його руйнуванню. Тим часом коронка є й інородним тілом, яке має несприятливий вплив на тканини крайового пародонта. Негативний вплив коронки, як і подібних інших протезів, поглиблюється поганою якістю та недотриманням технології виготовлення. На сьогодні все більшого застосування набувають металокерамічні та безметалові протези, що легко пояснюється підвищеними вимогами пацієнтів до естетики конструкцій, які заміщають дефект зубного ряду або окремо розташованого зуба. Термін виготовлення цих конструкцій займає певний проміжок часу, і для того щоб в цей проміжок пацієнт не відчував дискомфорту ні в спілкуванні, ні в прийомі їжі, йому необхідно виготовити тимчасову конструкцію.

Тимчасові коронки допомагають у роботі лікаря-ортопеда та виготовляються з метою захисту відпрепарованих зубів: захист вітальних зубів від хімічних, температурних та інших подразників, недопущення рецесії ясен у ділянці відпрепарованого устуга, запобігання зміщенню зубів у вертикальній та горизонтальній площинах.

На сьогодні існують 2 клінічних способи виготовлення тимчасових коронок, що особливо актуально для приватних стоматологічних клінік, які не мають у своєму підрозділі зуботехнічних лабораторій.

Виготовлення тимчасових коронок із пластмаси холодної полімеризації з використанням відбитків, зроблених до препарування, після закінчення якого в спеціально підготовлений відбиток накладається пластмаса холодної полімеризації та вводиться в порожнину рота на ділянку відпрепарованих зубів. Отримані таким чином коронки шліфуються, поліруються та фіксуються на тимчасовий цемент до виготовлення постійних конструкцій.

Методика виготовлення тимчасових коронок із застосуванням фотополімерного матеріалу.

Перш ніж зупинитися на методиці виготовлення тимчасових коронок з фотополімерного матеріалу, необхідно перелічити негативні властивості пластмас холодної полімеризації:

- 1) пориста структура;
- 2) наявність великої кількості залишкового мономера, який являє собою протоплазматичну отруту, яка сприяє негативному впливу на слизову оболонку та пульпу зуба;
- 3) алергійні реакції з боку слизової оболонки та організму в цілому;
- 4) недостатня міцність конструкції;
- 5) незадовільні естетичні якості.

Зважаючи на перераховані недоліки, ми пропонуємо, особливо в умовах стоматологічних кабінетів, застосовувати методику виготовлення тимчасових коронок із використанням матеріалу фотополімерного твердіння. Методика досить проста та не потребує багато часу. З відпрепарованих під металокерамічні та безметалові протези зубів знімається відбиток, за яким відливається модель. На зуби, які підлягають покриттю тимчасовими коронками, наноситься шар ізоляційного лаку. Після цього на модель пошарово наноситься фотополімерний матеріал, при цьому приділяється увага точному відтворенню зробленого устуга. Після повної полімеризації коронки знімають з моделі, шліфують й полірують. Застосовуючи матеріал фотополімерного твердіння, ми досягаємо щільного крайового прилягання, точного відтворення меж препарування та гарної поліровки краю тимчасової коронки, що в кінцевому результаті зменшує запальні процеси в тканинах крайового пародонта, тому що фотополімерні матеріали не виділяють залишкового мономера та не травмують слизову оболонку, яка прилягає до відпрепарованого устуга. Завдяки такій методиці за досить короткий термін маємо змогу досить ефективно та якісно відтворити форму, колір зубів зубного ряду в пацієнта, що звернувся за ортопедичною допомогою.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ

Тумакова Е. Б., Дворник В. Н.

г. Полтава

С целью повышения эстетических результатов протезирования съёмными протезами более 100 лет назад были предложены замковые крепления. Однако до сих пор остается нерешенной проблема распределения жевательного давления на опорные ткани при применении съёмных протезов. В основном это утверждение относится к протезированию концевых (дистально неограниченных) дефектов зубных рядов, когда одна часть протеза опирается на слизистую оболочку, другая – на опорный зуб.

Основной задачей при протезировании концевых дефектов зубных рядов является достижение оптимального распределения жевательной нагрузки между пародонтом опорных зубов и слизистой оболочкой протезного ложа.

Много лет ученые стоматолого-ортопеды пытаются решить проблему протезирования при концевых дефектах зубных рядов, разрабатывая способы, позволяющие, во-первых, уменьшить вертикальную нагрузку, приходящуюся на альвеолярный гребень, во-вторых, сделать ее равномерной по всему альвеолярному гребню и, в-третьих, рационально распределить ее между альвеолярным гребнем и опорными зубами. Основное внимание при этом направлено на поиск оптимального вида крепления съемного протеза (Лебеденко И. Ю., Перегудов А. Б., 2006)

С этой целью в бюгельном протезировании с замковыми креплениями используют несколько вариантов дробителей нагрузки:

- дробители, не ограничивающие перемещение седла протеза в вертикальном направлении;
- дробители с вертикальным упором, допускающие вертикальные и/или ротационные движения базиса;
- дробители, имеющие пружинящую связь между ретенционными элементами и седлами протеза.

К первому виду дробителей нагрузки относят аттачмены со скользящим креплением типа Roach, у подобного крепления (лабиальное замковое крепление) полностью отсутствует окклюзионный упор, поэтому вся жевательная нагрузка переносится на слизистую оболочку. Ко второй группе дробителей нагрузки относят устройства с вертикальным упором (полулабиальные замковые крепления). В начале действия жевательной нагрузки базис протеза может перемещаться вертикально и/или совершать дистальную ротацию на величину податливости слизистой оболочки, затем оставшаяся нагрузка передается на опорные зубы.

Дробители нагрузки с пружинящей связью ретенционных элементов с седлами протеза могут быть двух типов. В конструкцию замкового крепления первого типа входит пружина, позволяющая амортизировать жевательное давление, например, аттачмен Dalbo S фирмы СМ. Второй тип имеет двойную или расщепленную дугу, верхняя часть которой соединена с креплением, а нижняя – с седлами протеза. Однако имеющиеся сведения о способах распределения нагрузки между опорными структурами дают основания утверждать, что данная проблема решена далеко не полностью.

Кроме комбинации различных частей замков (наличие или отсутствие окклюзионного упора), позволяющей перераспределять жевательное давление между пародонтом опорных зубов и слизистой оболочкой протезного ложа, повышенная вертикальная нагрузка на опорные ткани при концевых дефектах зубных рядов может быть уменьшена несколькими способами:

- путем уменьшения площади окклюзионной поверхности искусственных зубов и укорочения длины искусственного зубного ряда;
- увеличением числа опорных зубов и увеличением площади базиса протеза;
- применением эластичных базисных подкладок и дробителей нагрузки;
- посредством предварительной компрессии слизистой оболочки во время получения оттисков.

Обобщив данные литературы, можно сформулировать следующие требования к конструированию седловидных частей базиса протеза:

- границы седловидных частей базиса должны быть по возможности расширены;
- дистальная треть базиса не должна подвергаться нагрузке;
- мезиальный край базиса должен опираться на зуб.

Методы распределения жевательного давления при протезировании концевых дефектов зубных рядов являются одной из самых спорных и до конца не решенных проблем в современной ортопедической стоматологии. Особенно это касается применения замковых креплений.

Таким образом, не существует единой концепции по применению жестких или полулабиальных фиксаторов при концевых дефектах зубных рядов, и каждый врач-практик выбирает наиболее импонирующую философию ортопедического лечения с применением бюгельных протезов.

ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ІМПЛАНТОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Угрин М. М., Солонько М. Ю.

м. Львів

Зростаючі естетичні та функціональні вимоги до реабілітації стоматологічних хворих із частковою та повною відсутністю зубів з використанням імплантатів вимагають високоточної діагностики для планування передімплантаційних втручань та проведення імплантації.