

**ВЛИЯНИЕ ДИЗАЙНА ИСКУССТВЕННОЙ КОРОНКИ НА
ДИНАМИКУ НАРУШЕНИЙ КРОВОТОКА В ДЕСНЕВОМ КРАЕ
ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ**

А.С.Щербаков, С.Б.Иванова, А.М.Васильев, М.Б.Кузнецова,

Д.В.Трапезников

Тверской государственный медицинский университет, г.Тверь, Россия

Введение. При подготовке зуба под несъемные протезы возможно травмирование десневого края, которое приводит к нечеткости оттиска, потере

точности модели и прилегания края коронки [2,4,5]. Не смотря на это, часть авторов считает, что оттиски должны сниматься непосредственно после завершения препарирования зубов. При этом одни полагают, что основанием для этого является отсутствие травматизации при препарировании. Другие предлагают бороться с последствиями травмы (в виде кровотечения) нанесением на десну вокруг культи зуба специальных гелей, паст и обработкой борами из керамики (тканевым триммером)[4]. Сочетание названных методов существенно увеличивает четкость оттиска, но при этом часть из них может вызвать или усилить травму пародонта, провоцирующую рецессию десны [3,4,5]. Поэтому большинство авторов по разным причинам пропагандируют отсроченную методику получения слепков: чаще всего через 6-7 дней после препарирования зубов, когда конфигурация десневого края уже существенно не меняется [2,4]. При проведении препарирования одновременно с кюретажем и поддесневым уступе слепки рекомендуют снимать через 2-3 недели [2]. После препарирования при интактном пародонте методом доплерографии зафиксированы явления застоя, которые существенно снижались через две недели. При воспалении десны и пародонта они были выражены сильнее [3].

Цель исследования. Изучить сроки восстановления кровотока после препарирования зубов для обоснования выбора времени снятия оттиска

Материал и методика. Материалом служили 53 пациента (29 женщин и 24 мужчины) с клинически здоровым пародонтом, проходившие ортопедическое лечение 64 литыми комбинированными мостовидными протезами. Пациентам было подготовлено в общей сложности 118 зубов с прямым уступом под МК коронки. В первую группу отнесены пациенты, которым проводилась ретракция десневого края, но зубы (39) не препарировались. Во вторую группу вошли пациенты с уступом, расположенным на уровне десневого края (39 зубов). В третьей группе (40 зубов) уступ опускался в зубо-десневую бороздку на глубину 0,1-0,2 мм. Контролем служили симметричные зубы этих пациентов. У всех

обследованных определены биотипы десны по Х.П.Мюллеру и уровень расположения вершины костного альвеолярного гребня по J.C. Kois [5] для определения «биологической ширины».

Исследование кровоснабжения тканей пародонта проводилось с помощью ультразвуковой доплерографии (УЗДГ). Регистрировалась максимальная систолическая скорость по кривой средней скорости Vas(Vmax). Реактивность сосудистого русла пародонта изучали по методике Н.Н.Белоусова [1]. Исследование проводилось до препарирования, сразу после его завершения, через 5-7 дней, через 12-14 дней, через 20-21 день и через 28-30 дней в динамике. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программной системы Statistica for Windows (версия 5.11).

Результаты исследования. Во всех основных и контрольной группах Vas до ретракции и препарирования отличалась по критерию Стьюдента статистически не достоверно ($P < 0,05$). **В первой группе** после ретракции Vas возросла до $0,798 \pm 0,012$ см/сек., через 30 минут начала медленно снижаться, через неделю полностью восстановилась. При анализе реактивности сосудистого русла пародонта после холодной пробы в этой группе Vas достоверно снижалась почти в одинаковой степени (в среднем на 21,91%) на всех этапах исследования. Но если до ретракции на восстановления значения потребовалось 2 минуты, то сразу после ретракции и через 30 минут это происходило только через 4 минуты, через неделю, нормализация показателей была замедлена в два раза. **Во второй группе** повреждение было минимальным, поэтому травма не определялось ни визуально, ни по нарушениям микроциркуляции: существенных сдвигов Vas не произошло. После воздействия холода Vas достоверно снизилась в среднем на 25,03%. Для ее восстановления после холодной пробы на втором и третьем этапах исследования требовалось 4 минуты (в два раза дольше, чем до препарирования). Через неделю величина Vas и время соответствовали аналогичным показателям до исследования. **В третьей группе** (при поддесневом уступе) колебания значений Vas были самыми заметными: сразу

после препарирования от $0,723 \pm 0,012$ см/сек Vas выросла до $0,868 \pm 0,016$ см/сек, через 30 минут слегка снизилась до $0,857 \pm 0,015$ см/сек. Через неделю у большинства обследуемых она нормализовалась, но в среднем была повышена, составляя $0,787 \pm 0,032$ см/сек, Исключение составили 2 пациента, у которых по-прежнему выявлялись отчетливые сдвиги микроциркуляции. При более детальном опросе и осмотре выяснилось, что у одного из них нарушилась фиксация временного пластмассового протеза, а у второго обнаружен обильный зубной налет в результате погрешностей гигиены. Таким образом, среднее значение Vas осталось повышенным даже через неделю. Восстановление показателя произошло через 12-14 дней. При исследовании реактивности после пробы среднее значение Vas достоверно снизилось на 24,88%. Время восстановления в этой группе было самым длительным. Различия между опытными и контрольной группами стали статистически значимыми после препарирования и ретракции сразу после вмешательства, через 30 минут и через неделю (при $P > 0,05$). Существенной оказалась разница не только в величине показателей микроциркуляции, но и во времени их восстановления после холодовой пробы.

Анализ колебаний показателей в зависимости от типа десны показал более существенные изменения и медленное восстановление при тонком биотипе и высоком положении альвеолярного гребня, особенно при поддесневом уступе, даже при минимальном его погружении.

Выводы:

Наши исследования подтвердили, что препарирование зубов и ретракция десневого края могут оказать травматическое воздействие на пародонт [2,3,4,5]. Сдвиги показателей кровообращения зависят от степени травмы, которая определяется уровнем расположения уступа. Ятрогенная травма и воспаление (как ее результат) могут привести к возникновению рецессий десны. Поэтому снимать оттиски в день оперативной подготовки зуба можно только при препарировании уступа на уровне десневого края и выше его. Не смотря на то, что в 86,67% случаев показатели микроциркуляции

у пациентов с поддесневым уровнем расположения уступа через 1 неделю после препарирования близки к нормальным, окончательное решение о времени получения рабочего оттиска врач должен принимать индивидуально, оценивая состояние десневого края, учитывая степень нанесенной травмы, скорость репаративных процессов, уровень гигиены и другие общие и местные факторы.

Литература:

1. Белоусов, Н.Н. Возможности доплерографического исследования регионального кровотока в стоматологии // Материалы XXIII и XXIV Всероссийской научно- практической конференции. – М.: 2010. – С.204-205.
2. Брагин, Е.А. Тактика зубодесневого сохранения при протезировании несъемными зубными протезами // Стоматология. – 2003. – №4. – С.44- 47.
3. Прянишникова, Т.К. Динамика микроциркуляторных изменений в области пародонта опорных зубов при ортопедическом лечении ограниченного дефекта зубного ряда (: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / – ЦНИИС. – М., 2005. – 28 с.
4. Ряховский, А.Н, Ерошкина Е.А., Уханов М.М. Ретракционные пасты. Клинический обзор // Панорама ортопедической стоматологии. – 2008. – №2. – С.3 -14.
5. Kois, J.C., Vakay R.T Relationship of the periodontium to impression procedures // J. Compendium of Continuing Education in Dentistry. – 2000. –Vol.21. – № 8 Aug. –P.684-692.