

АДГЕЗИВНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ — АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ДЛЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

¹ *Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника;*

² *Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Планирование лечения стоматологических пациентов на терапевтическом и ортопедическом приеме предполагает медицинское вмешательство (либо комплекс медицинских вмешательств), направленное на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента.

Существует мнение, что потерю одного зуба нет необходимости считать абсолютным показанием к протезированию. Но, как доказывают научные исследования и показывает клиническая практика, несвоевременное замещение одиночных дефектов зубных рядов приводит в последующем к патологическим изменениям в зубочелюстной системе [1, 4]: в частности, к вертикальной и горизонтальной миграции зубов; травме тканей периодонта вследствие нарушения анатомической и функциональной целостности зубной дуги, неравномерного распределения жевательной нагрузки; образованию зубодесневых карманов, появлению патологической подвижности зубов, ограничивающих дефект; снижению жевательной эффективности; возникновению патологии ВНЧС и др. Этот аспект проблемы достаточно хорошо рассмотрен в литературе, в связи с чем арсенал методов устранения единичных включенных дефектов зубных рядов достаточно разнообразен и представлен ортодонтическими, хирургическими, ортопедическими и терапевтическими методами. Вместе с тем, каждый из

перечисленных методов имеет свои как показания, так и противопоказания, свои преимущества и недостатки.

Важно отметить, что информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство является обязательным предварительным условием любого медицинского вмешательства. Врач-стоматолог должен владеть соответствующими знаниями и навыками, чтобы выделить приоритет между предпочтениями пациента, имеющимися клиническими показаниями (противопоказаниями) и предложить наиболее рациональный план лечения.

Адгезивные мостовидные протезы, будучи популярными в 90-х годах, остаются востребованными и в настоящее время [1, 2, 5]. Однако следует заметить, что при прочих равных условиях сейчас предпочтение зачастую отдают установке имплантата с последующим протезированием. Адгезивные протезы в этом случае устанавливают как «временные» на срок интеграции имплантата. Вместе с тем необходимо отметить, что современные композиты, адгезивные и армирующие системы определяют возможность индивидуализированного подхода к устранению малых включенных дефектов зубных рядов [3].

Цель работы: клиническое исследование эффективности протезирования малых включенных дефектов зубных рядов адгезивными мостовидными протезами, изготовленными прямым методом.

Объекты и методы. Клиническое исследование эффективности протезирования малых включенных дефектов зубного ряда во фронтальном и боковом отделах адгезивными мостовидными протезами, изготовленными прямым методом, проводили у 17 пациентов (возраст от 18 до 25 лет). Общий срок клинического наблюдения от 1 года до 3 лет. Причиной обращения пациентов за стоматологической помощью по восстановлению целостности зубного ряда было отсутствие зуба в зубной дуге по причине травмы или удаления в соответствии с планом санации полости рта. Одиночные включенные дефекты как III, так и IV классов по Кеннеди замещали адгезивными мостовидными протезами, армированными лентами из стекло- и полиэтиленового волокна. Из композиционных материалов применяли наногибриды с адгезивной системой V поколения. Воссоздание искусственного зуба на стекловолоконной основе выполняли из того же композита. Следуя существующим рекомендациям, строго подходили к выбору опорных зубов, а именно: ИРОПЗ < 0,5; клинические коронки высотой > 5 мм; устойчивые опорные зубы; постоянный прикус. Общее обязательное условие — хорошая гигиена полости рта.

Полости в опорных зубах формировали с конвергирующими стенками. Армирование протезов проводили 2–3 лентами, уложенными под углом друг к другу. Во всем ином следовали общепринятому алгоритму прямого изготовления адгезивных волоконных мостовидных протезов.

Клиническую оценку протезов проводили по мере обращения пациентов в клинику с целью профосмотра или санации полости рта.

Результаты. Трехлетнее клиническое наблюдение свидетельствует об обнадеживающих отдаленных результатах. Ни у кого из пациентов не наблюдали вторичного кариеса. Считаем, что этому способствовали хорошая гигиена, обусловленная использованием дополнительных средств (зубные ёршики, ирригаторы), регулярные визиты пациентов с целью профилактического осмотра и проводимая нами в полном объеме профессиональная гигиена полости рта. Дебондинг адгезивного протеза также не отмечали. На наш взгляд, это является результатом тщательного выполнения каждого этапа изготовления адгезивной конструкции. В каждом клиническом случае индивидуализировано подходили к дизайну ретенционных полостей и воссозданию анатомической формы утраченного зуба и окклюзионных поверхностей опорных зубов. У трех пациентов обнаружены сколы композита, появление которых пациенты связывают с приемом твердой пищи по причине «забыли о наличии эстетического мостовидного протеза в полости рта». Деформированные участки были восстановлены. Повторных повреждений в дальнейшем не наблюдалось.

Заключение. Принимая решение о замещении дефекта зубного ряда путем изготовления адгезивного мостовидного протеза, необходимо убедиться в ответственном отношении пациента к рекомендациям по уходу за полостью рта, в понимании таких важных факторов, как профилактика и своевременное лечение. В дальнейшем это будет способствовать хорошим отдаленным результатам лечения.

Изготовление волоконных адгезивных мостовидных протезов, по сути — разновидность микропротезирования, является простой, эстетически эффективной методикой лечения, требующей на всех этапах очень аккуратного выполнения манипуляций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворникова, Т. С. Волоконное армирование в повседневной клинической практике. Часть II. Создание адгезивных мостовидных протезов / Т. С. Дворникова // Институт стоматологии. 2009. № 45. С. 31–33.
2. Радлинский, С. В. Адгезивные мостовидные конструкции / С. В. Радлинский // ДентАрт. 1998. № 2. С. 28–40.
3. Чернявский, Ю. П. Современные подходы к устранению малых дефектов зубного ряда / Ю. П. Чернявский, В. П. Кавецкий // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2011. Т. 10, № 1. С. 146–148.
4. Jenkins, C. B. G. Etch-retained anterior pontics. A 4-year study / C. B. G. Jenkins // Brit. Dent. J. 1978. С. 144–208.
5. Murakami, I. Relationship of surface area and design to the bond strength of etched cast restorations : an in vitro study / I. Murakami, G. Barrack // J. Prosth. Dent. 1985. Vol. 56. С. 539–545.