

Контактный пункт и способы его восстановления

Гавриленко Анастасия Борисовна, Крутько Наталья Дмитриевна

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) Рутковсея Анна Станиславовна, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение

Контактный пункт (КП) – важное анатомическое образование, выполняющее функцию распределения жевательного давления в зубной дуге и защищающее десневой сосочек от воспаления. Воссоздание полноценного контактного пункта необходимо для распределения пищевой массы на обе стороны зуба, стабильности пломб при функциональной нагрузке и устойчивого положения зубов в зубной дуге.

Цель исследования

Изучить способы восстановления контактного пункта и провести сравнительный анализ применяемых методик.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 6 пациентов в возрасте 18-30 лет, обратившихся с целью обследования и лечения на 1-ю кафедру терапевтической стоматологии БГМУ на базе РКСП. Всем пациентам проводилось визуально-инструментальное обследование, осуществлялась индексная оценка стоматологического статуса: ОНI-S – индекс гигиены полости рта (Грина-Вермиллиона, 1964 г.); GI – гингивальный индекс (Loe, Silness, 1963 г.); КПИ – комплексный периодонтальный индекс (Леус П.А., 1995 г.).

Проведено лечение 6 зубов по поводу кариеса дентина (*II класс* по Блэку), которые были разделены на 2 группы. Первую группу, основную (n=3), составили зубы, восстановленные методикой инкрементации. Вторую группу, контрольную (n=3), – зубы, контактный пункт которых восстанавливали классической методикой (сепарационной стенки). Во всех клинических случаях использовали композиционный материал «Charisma» A2.

Этапы методики инкрементации:

I этап: 1) Гигиеническая чистка зуба (паста «Полидент» № 2); 2) выбор цвета реставрации.

II этап: 1) Препарирование полости; 2) промывание; 3) высушивание; 4) фиксация металлической матрицы с помощью деревянного клина.

III этап: 1) Изоляция ватными тампонами; 2) тотальное протравливание эмали («Травекс-37» – 20 с); 3) промывание дистиллированной водой (30 с); 4) высушивание и изоляция рабочего поля; 5) внесение адгезива («Prime&BondNT») в полость и полимеризация (20 с).

IV этап: 1) Внесение на дно и стенки полости текучего композита («CompetenceFlow» A2) и его полимеризация лампой (20с); 2) внесение второй порции композита на придесневую стенку и боковые грани полости без полимеризации; 3) формирование из композита («Charisma» A2) вне полости рта горошины по диаметру полости в области контактной поверхности и её полимеризация; 4) внесение горошины на контактную поверхность и полимеризация всей конструкции (20с); 5) пломбирование полости вокруг этой горошины с восстановлением маргинального гребня и окклюзионной поверхности.

V этап: 1) Удаление матрицы; 2) обработка пломбы, контроль окклюзии, финирирование, полирование пломбы; 3) аппликация фторсодержащих препаратов («Белак-F»); 4) проверка качества реставрации и рекомендации пациенту.

Были определены критерии качества реставраций: визуальный, флоссинг (затруднённое введение, скольжение и выведение со «щелчком»), зондирование краёв пломбы. На повторном приёме пациентов (спустя 3 дня) учитывали данные опроса (жалобы пациента на застревание пищи, разрыв, разволокнение флосса), а также осмотра (воспаление межзубного сосочка).

Результаты

Установлено, что восстановление контактного пункта по методике инкрементации отвечает всем критериям в 100% случаев. Тогда как при классической методике создания контактного пункта положительный результат зарегистрирован в 80% случаев.

Выводы

Таким образом, наиболее целесообразно применять методику инкрементации, направленную на уменьшение полимеризационной усадки.