

Тесля О. В., Раюнец О. А.

ПРАВИЛА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «РЕСТАВРАЦИЯ — ПЕРИОДОНТ»

Научный руководитель ассистент. Володько А. А.

3-я кафедра терапевтической стоматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

В своей повседневной клинической практике многие врачи традиционно придесневой край реставрации погружают под десну. Такой подход основывается на том, чтобы получить наилучший эстетический эффект. Однако, при таком подходе упускается из виду основное требование современной восстановительной и эстетической стоматологии — достижение здорового периодонта. На этот факт обратили внимание практикующие врачи-стоматологи и исследователи: просматривается связь между поддесневым расположением границ реставрации и возникновением гингивита или периодонтита. В своем исследовании Larato DC (1969) выявил признаки гингивита в области 83% искусственных коронок (из 219) с поддесневым расположением краев и только у 21% (из 327) реставраций, края которых находились на уровне десневого края или над ним. К схожим результатам в своих исследованиях пришли Lang NP (1984), Silness J (1980), которые отметили, что более глубокое расположение краев реставрации под десной сопровождается более выраженной воспалительной реакцией в тканях периодонта.

Цель данной работы: на основании анализа научной медицинской литературы представить основные правила, позволяющие определить оптимальную границу реставрация-периодонт.

Литературный анализ показал, что повсеместная практика погружения краев реставрации под десну в настоящее время неприемлема, так как это сопровождается нарушением биологической ширины зубодесневого комплекса и, как следствие, приводит к рецессии десны или к развитию хронического воспалительного процесса в тканях периодонта (Maunard JG, Wilson RD, 1979; Smukler H, Chaibi M, 1997). Термин "биологическая ширина", под которым следует понимать расстояние от коронковой точки эпителиального прикрепления до гребня альвеолярного отростка, в научной литературе появился в 60-х годах прошлого столетия. Впервые гистологическое строение и средние размеры "биологической ширины" установил Gargiulo A. et al. (1961). Исследователи пришли к выводу, что это расстояние обычно равняется 2,04 мм и представлено эпителием прикрепления и соединительнотканью прикреплением десны. В 1994 году Vasek et al. также исследовали феномен биологической ширины. Было установлено, что в среднем размер биологической ширины равен 2 мм, так же как и в исследовании Gargiulo A. В более поздних научных работах в биологическую ширину включают и гистологический размер зубодесневой борозды (Kois JC, 1996). В итоге, научным сообществом было принято решение, что край коронки на вестибулярной поверхности должен располагаться на расстоянии не менее 2,5-3 мм от вершины альвеолярного гребня, а в межзубном промежутке на расстоянии 3-4,5 мм, в противном случае возникает риск развития осложнений.

Используя предложенную методику измерения зубодесневого комплекса, врач-стоматолог получает достоверные ориентиры, как правильно расположить край будущей реставрации в придесневой области и обеспечить предсказуемый результат сохранения здорового периодонта.