



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет**



Асоціація стоматологів Дніпропетровської області

Асоціація стоматологів Запорізької області

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична
конференція
«Стоматологія Придніпров'я»**

19 квітня 2019

Дніпро-Запоріжжя

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвєєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

антисептичній обробці корневих каналів 1% спиртовим розчином хлорофіліпту, позаапикальній терапії препаратом живокосту настойки під тимчасову пов'язку (на термін не більше 1 доби). Далі у випадках, коли хворі зуби не турбували під герметичною пов'язкою та не було відмічено загострень (найчастіше через 2-3 відвідування), проводилося тимчасове кількаразове заповнення кореневого каналу пастою (склад пасти: 1,0 г живокосту настойки, 0,5 г гліцерину, до 3,0 г кальцію гідроксиду). Протизапальні та остеорегенеруючі властивості розробленої пасти були вивчені в експерименті на тваринах, а її склад запатентовано. Спочатку пасту залишали під тимчасовою пломбою на 1 тиждень (за відсутності загострення). Наступна її заміна проводилася через 1 місяць, а далі – через 3, 6, 9 і, за потреби, – через 12 місяців від початку лікування з рентгенологічним контролем. При виявленні тенденції до відновлення кісткової тканини, у разі закриття верхівки та завершення формування періодонта ми здійснювали постійне пломбування корневих каналів цинк-оксид-евгенольним силером і гутаперчею. При застосуванні запропонованої нами місцевої терапії спостерігалось швидше стихання запальних явищ порівняно з групою контролю, кількість відвідувань зменшувалася на 1-2 рази, ускладнень і побічних явищ не спостерігалось. Хворі зуби не турбували найчастіше під першою-другою герметичною пов'язкою з живокосту настойкою, посилення болю та повторного загострення патологічного процесу не встановлено у 90,3% випадків (у контрольній групі цей показник становив 62,5 %). Поступове відновлення дефекту кісткової тканини, виявлене рентгенологічно, відбувалося за обох варіантів місцевого лікування, але застосування запропонованого нами способу сприяло переконливо швидшій регенерації кісткової тканини і завершенню формуванню тканин кореня та періодонта постійного зуба. Таким чином вивченні нами клінічні та рентгенологічні показники вказують на позитивні зміни симптоматики загострення хронічного гранулюючого періодонтиту під впливом запропонованого нами місцевого лікування.

Коток Р.Ю.

КУЛЬТЕВЫЕ ВКЛАДКИ - ХОРОШАЯ АЛЬТЕРНАТИВА СОВРЕМЕННЫМ ШТИВТОВЫМ РЕСТАВРАЦИЯМ.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», кафедра стоматологии ФПО.

Различная по своему происхождению патология (кариес, повышенная стираемость тканей зубов, травма) часто приводит к полному разрушению коронковой части зуба, но при этом остаётся устойчивый корень зуба. Ортопедическое лечение зубов с разрушенными коронками позволяет восстановить непрерывность зубных рядов, вернуть им утраченное единство и одновременно до конца использовать сохранившийся пародонт. Корень зуба

может быть использован и в качестве опоры мостовидного протеза, и для фиксации съёмных протезов.[2,4,6].

Современные адгезивные методики прекрасно выполняют свою задачу при восстановлении отдельно стоячих зубов. Однако композиты за упругостью и износостойкостью уступают металлу. Механическая крепость композитных материалов в 14 раз ниже крепости нержавеющей стали. Поэтому методики адгезивной техники не дают возможности решить проблему зубочелюстного аппарата при таких патологиях как: патологическая стираемость, снижение высоты прикуса, бруксизм, аномалии прикуса. [3,5].

В литературе приводится большое количество различных штифтовых конструкций разных фирм, как альтернатива культевым вкладкам. Каждая фирма рекламирует свои реставрационные системы, но когда мы имеем канал многократно препарированный под различные штифтовые системы и имеющий достаточно большие размеры, то оптимальное его использование возможно с помощью создание индивидуальной (конгруэнтной штифтовой системы) - корневой вкладки. Для восстановления разрушенных, особенно ниже уровня десны коронок зубов наиболее подходящими и перспективными остаются культевые вкладки с покрывными коронками. Формируя ложе, под культевую вкладку отталкиваются от конкретных клинических условий и не ограничиваются стандартными наборами. Позитивным свойством есть также возможность заменить покрывную супраструктуру, в случае ее повреждения не вынимая самой вкладки [6].

Культевая вкладка – это штифтовая разборная или монолитная конструкция, которая устанавливается в канал зуба. Она состоит из штифта и культы, которая позволяет имитировать коронковую часть – потом на неё навешивается коронка. Разборные конструкции используются для восстановления зубов с двумя и более корнями.[2].

Лечение с использованием культевой вкладки состоит из следующих этапов:

Первый – обследование корня, чтобы выяснить его состояние и состояние околозубных тканей. Если вдруг обнаружится киста или периодонтит, то требуется уже хирургическое вмешательство.

Второй – пломбирование корня и изготовление культевой вкладки. Вкладку можно отлить из металла или изготовить из керамики, если нужно восстановить передний зуб.

Третий – примерка вкладки. Если всё в порядке, то она фиксируется на постоянный пломбировочный материал на глубине 2/3 канала. Вероятность возникновения кариеса на границе зуба и вкладки исключена. Культевая вкладка позволяет равномерно распределить нагрузку на корень, за счёт опоры на всю поверхность зуба.

Четвёртый – изготовление коронки или моста, которые потом закроют вкладку.

Существуют прямой и непрямой методы изготовления цельнолитой культевой штифтовой вкладки. При прямом методе аналог вкладки

моделируется прямо в полости рта, при непрямом методе врач стоматолог-ортопед передает оттиски зубных рядов с четко проснятым корневым каналом в лабораторию и уже на гипсовой модели зубной техник моделирует аналог вкладки и затем переводит его в металл. До недавнего времени непрямой метод применялся гораздо чаще в связи с тем, что материалом для моделирования аналога вкладки был воск, а извлечь восковую конструкцию из разрушенного зуба в полости рта и передать аналог вкладки в лабораторию, не деформировав его, было весьма проблематично. С появлением гипоаллергенных, беззольных моделировочных пластмасс точность изготовления вкладок резко повысилась, так как стало возможным моделировать аналог вкладки непосредственно в полости рта, извлекать аналог и передавать в лабораторию без деформаций. [1,2,4].

Методика изготовления культевой вкладки

После контроля качества эндодонтического лечения по рентгеновскому снимку мы определяем допустимую длину внутрикорневой части культевой вкладки, апикальная часть корневого канала на 3-5 мм должна оставаться obturированной корневой пломбой. На установленную глубину корневой канал освобождается от корневой пломбы, стенки корневого канала обрабатываются слегка на конус, избегая чрезмерного расширения. Минимальный диаметр штифтовой части культевой вкладки должен составлять 1,5 мм. Толщина стенок корневого канала, как говорилось выше, остается минимум 1,5 мм. Существующие поднутрения стенок корневого канала в верхней трети обрабатываются параллельно основному каналу, снимаются нависающие края. Это способствует повышению устойчивости вкладки к ротации в дальнейшем. Если осталось хотя бы незначительное количество твердых тканей зуба выше уровня маргинальной десны, то можно сформировать на твердых тканях корня уступ под 90°.

Уровень уступа должен находиться на уровне десневого края. Это позволяет избежать к следующему визиту стойкого, практически необратимого наплыва на уступ маргинальной десны. Острые ослабленные края разрушенного зуба срезаются и заполировываются, создается горизонтальная площадка. В пришеечной части корневого канала формируется ретенционная опорная площадка - на низкоскоростном наконечнике толстым фиссурным бором с закругленным кончиком (красное и желтое кольцо). Если зуб разрушен до уровня маргинальной десны, то опорную площадку лучше не формировать и тем самым не ослаблять и без того тонкие стенки корня, но тогда поперечный срез штифтовой части вкладки должен иметь отличную от круглой форму. Это предотвратит возможную в дальнейшем ротацию культевой вкладки. Необходимо учитывать, что будущая коронка должна опираться на уступ, сформированный на корне зуба. Во время препарирования зуба и создания амортизационной площадки, все переходы между стенками необходимо максимально сглаживать – таким образом мы добьемся оптимального прилегания литой конструкции и снимем напряжения в местах изгиба протезного ложа. [2,4,6].