

НЕОБХОДИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОГО МОЛЯРА ПОСЛЕ ДЕПУЛЬПИРОВАНИЯ ПУТЕМ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ

THE NECESSITY OF INDIRECT RESTORATION OF THE FIRST MOLARS AFTER DEPULPATION

**O. Kostenko
S. Kungurov
E. Glugovskaya**

Summary. This article describes the necessity of indirect restorations of the first molar, with consideration of the peculiarities of the masticatory muscles and changes in the tooth structure after depulpation. In order to investigate the necessity of prosthesis with artificial crowns the radiological data and researches of domestic and foreign scientists in the sphere of orthopedic treatment of the depulped first molar are analyzed.

Keywords: depulped tooth, indirect restoration.

Костенко Оксана Юрьевна

*К.м.н, доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
burckut2016@yandex.ru*

Кунгуров Сергей Викторович

*К.м.н, доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Kungur-s-v@mail.ru*

Глуговская Екатерина Максимовна

*Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
kate_glug@mail.ru*

Аннотация: в данной статье рассматривается необходимость постановки не прямой реставрации на первый моляр, учитывая особенности жевательной мускулатуры, изменения строения зуба после депульпирования. Анализируются рентгенологические данные и исследования отечественных и зарубежных ученых в направлении ортопедического лечения депульпированного первого моляра, с целью выявления необходимости протезирования его искусственными коронками.

Ключевые слова: депульпированный зуб, не прямая реставрация.

Актуальность

Депульпирование — это процедура, при которой удаляется пульпа зуба. Эта процедура может быть необходима в случае глубокой пораженности зуба кариесом, травмы или других причин. После депульпации зуб становится более хрупким и склонным к ломкости. Поэтому, для восстановления функции и эстетики зубной дуги, часто применяется протезирование таких зубов искусственными коронками

Проблема:

Когда зуб становится сильно поврежденным, его пульпа может быть удалена в процессе депульпации. После этого зуб становится хрупким и требует реставрации. Самый распространенный и менее дорогостоящий вариант восстановления депульпированных зубов — композитная реставрация. Однако, поскольку перед развитием пульпита у моляров, образуется кариозный процесс, который только с течением времени доходит до пульповой камеры, и как правило он имеет обширную полость поражения коронковой части зуба. Вследствие чего, данный вид выставления утраченной полости в большинстве случаев не эффективен. [4]

Цель настоящего исследования

Выявить необходимость постановки не прямой реставрации (протезирование искусственными коронками) на депульпированный первый моляр.

Как уже было сказано выше, есть несколько показаний для депульпирования зуба, самым частым из которых является проникновение кариозной инфекции к пульпе зуба, вызывая ее воспаление. Но нужно понимать, что перед тем, как инфекция опустится до канала зуба, она будет поражать его коронковую часть. В большинстве случаев, кариозный процесс, в ходе своего развития, значительно распространяется по окклюзионной поверхности. Вследствие этого, при препарировании пораженных тканей, образуется обширная полость, которую, после пломбирования канала, необходимо будет закрыть.

В настоящее время для определения необходимости установления ортопедической конструкции на депульпированный зуб является индекс Миликевича.

Для определения данного индекса автор использовал стандартную прозрачную пластинку с нанесенной

миллиметровой сеткой и гипсовую модель челюсти. Прозрачную пластинку накладывают на гипсовую диагностическую модель челюсти, к окклюзионной поверхности зуба с дефектом и определяют площадь окклюзионной поверхности и дефекта. В зависимости от этого соотношения определяются показания к замещению дефектов твердых тканей коронки зуба различными видами ортопедических конструкций.

Для расчета индекса Миликевича необходимо площадь полости/пломбы разделить на площадь окклюзионной поверхности коронковой части зуба. Если показатель превышает 0,4 — необходимо закрывать такой зуб искусственной коронкой. [3]

Однако, стоит также обратить внимание на так называемый «эффект рычага».

После препарирования пораженных тканей зуба 1 и 2 класса по Блэку, образуется прямоугольная/квадратная полость. Если схематически нарисовать такой зуб, то мы увидим, что вертикальная линия от устья канала до тканей собственного зуба в 3–4 раза превышает линию, которую можно провести от устья до латеральной/медиальной точки пришеечной части зуба. Таким образом образуется некий «рычаг». [1]

Если мы обратимся к законам физики, то станет ясно, что при совершении жевательных разновекторных движениях зубов антагонистов, стенка такого зуба может сколоться, что приведет к нарушению герметичности полости. В худшем случае уровень скола будет ниже уровня десны. При такой клинической картине данный зуб целесообразно будет удалить.

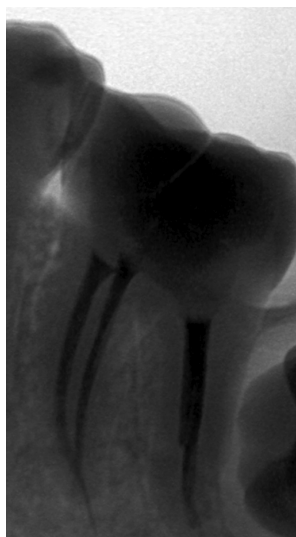


Рис. 1.



Рис. 2.

Особенно важно это учитывать, когда пораженная кариесом полость относится ко 2 классу по Блэку. При сохранении одной стенки собственных тканей зуба, на нее

увеличивается нагрузка при акте жевания, что увеличивает вероятность ее скола.



Рис. 3.



Рис. 4.

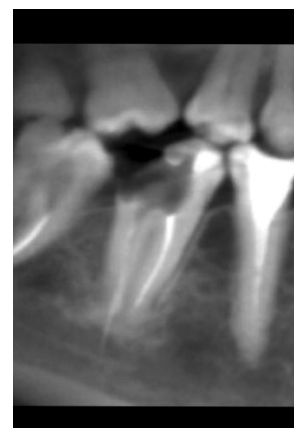


Рис. 5.

Анализируя рентгенологические снимки, мы видим, что депульпированные зубы с кариозной полостью по 1 и 2 классу Блэка с ИРОПЗ 0,3 так же подвержены скалыванию стенки.

Из анамнеза данных пациентов: «Зуб сколол когда пережевывал пищу и зуб на зуб не попал». То есть при небольшом изменении физиологического движения нижней челюсти, депульпированные моляры ИРОПЗ 0,3 так подвержены сколу, несмотря на большую толщину собственных тканей зуба по контактным поверхностям.

Не стоит забывать и о мышцах височно-нижнечелюстного сустава. В акте жевания участвуют три мышцы: temporalis, masseter и pterygoideus internus. Если мы посмотрим на расположение первого моляра, то увидим, что они расположены близко к собственно жевательной мышце. Из этого мы понимаем, что на данные зубы оказывается наибольшее давление при акте жевания, что

в разы увеличивает возможность скола депульпированного зуба. [2]

Для распределения давления на первый моляр, необходимо устанавливать в канал стекловолоконный штифт.

В случае удаления первого моляра, жевательная нагрузка перейдет на кпереди стоящие зубы верхней и нижней челюстей, способствуя деформации прикуса.

Некоторые врачи стоматологи терапевты нашли для себя выход из данной ситуации — выведение моляра из прикуса. Однако, надолго выводить зубы из прикуса нельзя, потому что это может привести к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, а также спровоцировать феномен Попова-Годона. Зубы антагонисты будут смещаться к депульпированному зубу, для появления контакта, деформируя окклюзионную прямую.

Именно соотношение моляров является первым ключом окклюзии. [5]

Материалы и методы

Анализируя исследования отечественных и зарубежных ученых в области протезирования депульпированных моляров искусственными коронками, мы прихо-

дим к выводу, что депульпированные зубы, с полостью ИРОПЗ 0,3, восстановленные путем композитной реставрации, подвержены скалыванию в той же мере, что и моляры с полостями ИРОПЗ 0,4–0,5 1 класса по Блэку.

Анализируя данные рентгенологических снимков, мы видим, что данные моляры, скалываются в 45 % случаев, что подтверждает вышеуказанные исследования.

Также, для распределения нагрузки перед протезированием искусственной коронки, необходимо устанавливать в один из каналов депульпированного зуба стекловолоконный штифт.

Выводы

Опираясь на исследования отечественных и зарубежных ученых в области протезирования искусственными коронками депульпированных моляров, а также на анализ рентгенологических снимков, мы делаем вывод, что важен не только размер отпрепарированной полости зуба, но и соотношение высоты данной полости к ее расстоянию до собственных тканей зуба по пришеечной поверхности.

Данная полость классифицируется независимо от индекса Миликевича.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кеннет М. Харгривз, Луис Г. Берман «Эндодонтия», 11 издание, 2020 г.
2. Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович «Анатомия человека» 12 издание, 2006 г. М.
3. Б.Н. Бынина и А.И. Бетельмана «Ортопедическая стоматология» (2 издание), 1965 г.
4. Леус, П.А. «Кариес зубов. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация», 2007 г.
5. Валерий Загорский, «Окклюзия и артикуляция», 2012 г.

© Костенко Оксана Юрьевна (burckut2016@yandex.ru); Кунгуров Сергей Викторович (Kungur-s-v@mail.ru);
Глуговская Екатерина Максимовна (kate_glug@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»