резывания зубов может зависеть от ряда местных факторов, например от глубины залегания зачатков зубов в толще кости, от наличия различных видов зубочелюстных аномалий. Аномалиями принято считать морфофункциональные отклонения в организме от нормы, возникающее вследствие нарушения развития. К аномалиям зубов относят аномалии их формы, размера, структуры, цвета, числа зубов, положения в зубном ряду, сроков прорезывания [2].

В зависимости от того, на каком этапе развития зубов на них воздействовали повреждающие факторы, определяются тяжесть патологии и ее выраженность. В период закладки и образования зубных зачатков возможны отклонения в сторону их количественного увеличения или уменьшения, что приводит к аномалиям числа зубов: гиперодонтии либо гиподонтии и даже полной адентии молочных и постоянных зубов. При нарушениях образования и дифференцировки тканей зубных зачатков формируются зубы неправильной формы. Встречаются аномалии коронки, корня и зуба в целом. Среди многообразия аномалий формы зубов некоторые имеют характерную клиническую картину, которая позволяет судить о происхождении аномалий, например зубы Гетчинсона, Фурнье и Пфлюгера при врожденном сифилисе. Аномалии формы зуба довольно разнообразны. Наиболее вариабельна форма резцов, которые могут быть шиловидными, конусовидными, кубовидными, отверткообразными, бочкообразными и т.п. Достаточно распространены аномалии положения отдельных зубов, которые могут располагаться в пределах зубного ряда и вне его. Имеются сведения о расположении зубов в гайморовой пазухе, полости глазницы, полости носа. Среди аномалий положения зубов в пределах зубного ряда известны аномалии в трансверсальном, сагиттальном, вертикальном направлениях, тортоаномалии и транспозиция зубов.

Во время формирования коронки развивающийся зуб остается в том же самом местоположении в кости. Движения возникают от точки развития корня, когда происходит его формирование, и затем зуб начинает перемещаться. Чтобы произошло движение прорезывания, необходимы две вещи: во-первых, сила, чтобы переместить зуб вдоль пути прорезывания; во-вторых, кость и корни временных зубов должны быть удалены с пути прорезывания. Кажется разумным, что сила, созданная увеличением клеточной пролиферации апекса корня, была бы продвигающей для прорезывающегося зуба, но после начала эруптивных движений верхушка корня отключает начавшееся продвижение. Клеточная активность, или дифференциальный кровоток, осуществляет давление на периодонтальную связку, но зуб может прорезаться и без нее. Эти и другие возможности продвигающей силы были рассмотрены Марксом и Шредером (1996) без определенного заключения [3]. Также кажется полностью разумным, что резорбция для очищения пути прорезывания была бы вызвана давлением от эруптивной силы, но Cahill (1980) показал, что вместо этого сначала очищается путь прорезывания, и уже по нему следует зуб [4]. Чтобы очистить путь прорезывания, необходимо управление резорбцией, и, как показали исследования, это не развивающая сила для перемещения зуба, а, возможно, средство управления предстадии прорезывания.

Физиологически процессы смены зубов находятся в прямой зависимости от состояния молочного прикуса, от степени его готовности к смене, поэтому именно в сменном прикусе ортодонты убеждаются в ценности молочного прикуса и необходимости использования различных методов профилактики для сохранения его до физиологической смены постоянными зубами [5]. Таким образом, изучение литературы показывает многогранность процесса прорезывания зубов и позволяет обратить более пристальное внимание на изучение влияния на этот процесс многих факторов, что может быть интересно не только для исследователей, но и для практикующих детских стоматологов и ортодонтов.

Библиографический список

1. Proffit W.R., Frazier-Bowers S.A. Mechanism and control of tooth eruption: overview and clinical implications // Orth. & Cran. Res. 2009. Vol. 12, is. 2. P. 59-66.

2. Персин Л.С. Ортодонтия: Диагностика и виды зубочелюстных аномалий. М.: Инженер, 1996. 270 с.

3. Marks S.C. Jr., Schroeder H.E. Tooth eruption: theories and facts // Anat. Rec. 1996. Vol. 245. P. 374-393.

4. Cahill D.R., Marks S.C. Jr. Tooth eruption: evidence for the central role of the dental follicle // J. Oral. Path 1980. Vol. 9. P. 189-200.

5. Proffit W.R., Vig K.W.L. Primary failure of eruption: a possible cause of posterior open bite // Am J Orthod. 1981. Vol. 80. P. 173-190.

УДК [616.314-089.23 : 616-077 : 615.462 : 678.5]-06-084 (047.6)

Краткое сообщение

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК, ИЗГОТАВЛИВАЮЩИХСЯ ИЗ ПЛАСТМАСС НЕПОСРЕДСТВЕННО В ПОЛОСТИ РТА

С.А. Кречетов *– ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук;* ***А.Ю. Перунов*** *– ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук;* ***А.А. Бизяев*** *– ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук;* ***Я.О. Перунова*** *– ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, студент стоматологического факультета;* ***И.О. Прядильщиков*** *– ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, врач-интерн.*

PREVENTION OF SECONDARY COMPLICATIONS IN THE USE OF TEMPORARY CROWNS ARE MADE OF PLASTIC DIRECTLY IN THE MOUTH

S.A. Krechetov *– Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, Assistant Department of Orthopedic Dentistry, PhD;* ***A.Y. Perunov*** *– Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, Assistant Department of Orthopedic Dentistry, PhD;* ***A.A. Bizyaev*** *- Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, Assistant Department of Orthopedic Dentistry, PhD;* ***Ya.O. Perunova*** *– Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, student of Faculty of Dentistry;* ***I.O. Pryadil'shikov*** *– Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, post-graduate student.*

Дата поступления – 01.02.2011 г. Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

Кречетов С.А., Перунов А.Ю., Бизяев А.А., Перунова Я.О., Прядильщиков И.О. **Профилактика вторичных осложнений при использовании временных коронок, изготавливающихся из пластмасс непосредственно в полости рта // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 304-306.**

Проводилось сравнительное клиническое испытание временных искусственных коронок, изготовленных из акриловых и композитных пластмасс. Материалом послужили данные, полученные при протезировании временными коронками двух групп пациентов: в первой группе для изготовления временных коронок были использованы акриловые пластмассы; во второй – композитные пластмассы.

Ключевые слова: пластмассовые временные коронки, вторичные осложнения.

Krechetov S.A., Perunov A.Y., Bizyaev A.A., Perunova Ya.O., Pryadil'shikov I.O. **Prevention of secondary complications in the use of temporary crowns are made of plastic directly in the mouth // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 304-306.**

Objective: a comparative clinical trial of temporary artificial crowns made of acrylic and composite plastics. Material the data obtained in prosthetics Temporary crowns of two groups of patients in the first group for the temporary crowns were used acrylic plastic. In the second group were used composite plastics.

Key words: plastic temporary crowns, secondary complications.

Введение. В современной стоматологической практике получили широкое применение пластмассовые временные коронки. Они используются в случаях лечения различных заболеваний зубочелюстной системы (повышенная стираемость твердых тканей зубов, снижение высоты центральной окклюзии и т.д.), а также при изготовлении эстетических стоматологических конструкций, требующих значительного сошлифовывания твердых тканей зубов. Поэтому достаточно остро обозначается проблема возникновения вторичных осложнений при их изготовлении и использовании в полости рта. К вторичным осложнениям относятся гингивиты, аллергические реакции, поломки конструкций, изменение цвета искусственных коронок, ухудшение гигиены полости рта, возникновение вторичного кариеса при нарушении краевого прилегания.

В настоящее время применяют несколько видов пластмасс для изготовления искусственных коронок непосредственно в полости рта, в основном это акриловые и композитные пластмассы. Среди акриловых выделяем самый массовый – акрилоксид [1], примером композитных пластмасс возьмем Protemp-4.

Цели исследования: провести сравнительное клиническое испытание временных искусственных коронок, изготовленных из акриловых и композитных пластмасс; дать гигиеническую оценку коронок, изготовленных из акриловых и композитных пластмасс; оценить краевое прилегания коронок из акриловых и композитных пластмасс; оценить прочность и износостойкость коронок из акриловых и композитных пластмасс при достаточно длительной эксплуатации; оценить качество реставрации коронок из акриловых и композитных пластмасс; отметить наличие или отсутствие аллергических реакций.

Методы. Для оценки состояния краевого пародонта применяли папиллярно - маргинально - альвеолярный индекс [2]. Наличие аллергических реакций, вторичного кариеса, поломок, изменения цвета конструкций выявлялось с помощью объективного наблюдения.

Для изготовления временных коронок применяли стандартную одномоментную прямую технику, пользуясь методом обжима материала в заранее приготовленном оттиске. С этой целью до препарирования зуба снимали оттиск силиконовой массой. Препарировали зуб под определенный вид постоянной коронки и получали рабочий оттиск [3, 4].

Ответственный автор: Кречетов Сергей Александрович.
Адрес: 410010, г. Саратов, ул. Аткарская, 66а, кв. 71.
E-mail: krechet-sergei@yandex.ru.

Затем предварительный силиконовый оттиск высушивали и замешивали пластмассу, этой массой заполняли в оттиске отпечаток отпрепарированного зуба. Оттиск фиксировали в полости рта. После самоотверждения, когда пластмасса достигала резиноподобной консистенции, примерно через 6,5-7 минут от начала замешивания, оттиск легко извлекали из полости рта. Полученные коронки извлекали из оттиска и полировали. Временные коронки фиксировали с помощью безэвгенольного цемента для временной фиксации Temp Bond NE фирмы Kerr.

Результаты. Для решения вопроса о целесообразности применения временных коронок, изготавливающихся из композитных пластмасс с целью профилактики вторичных осложнений, было обследовано 20 пациентов. Все пациенты были разделены на две группы: в первой группе (10 пациентов) при протезировании временными коронками были использованы акриловые пластмассы; во второй группе (10 пациентов) – композитные пластмассы.

Функциональные результаты протезирования оценивали как по результатам осмотра и опроса пациентов, так и с использованием методов оценки краевого пародонта, в течение трех месяцев (таблица).

Функциональные результаты протезирования

Пластмасса	1 месяц					2 месяца					3 месяца				
	ПМА	Изменение цвета	Поломка	Кариес	Аллергические реакции	ПМА	Изменение цвета	Поломка	Кариес	Аллергические реакции	ПМА	Изменение цвета	Поломка	Кариес	Аллергические реакции
Акриловая	3	2	0	0	0	5	3	0	1	0	7	5	2	2	1
Композитная	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Выводы. Как показали результаты нашей клинической работы, в группе пациентов, использующих временные коронки из акриловой пластмассы, в процессе лечения отмечено следующее: нарастание индекса ПМА; поломки конструкций; возникновение кариеса; кроме того, пациенты предъявляли жалобы на привкус пластмассы в полости рта и изменение цвета конструкций, также нарастающие с течением времени; отмечен случай аллергической реакции на акриловую пластмассу.

В группе пациентов, использующих коронки из композитной пластмассы, отмечен один случай повышения индекса ПМА.

Считаем, что материал фирмы «3M Espe» Protemp-4 для изготовления временных коронок полностью отвечает всем современным требованиям, позволяет получить отличные эстетические и функциональные результаты, прост в работе и может широко использоваться в стоматологической практике.

Библиографический список

1. Левкина В.А. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Архангельск: Северный ГМУ, 2001. 30 с.

2. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: Медицина, 2003. 50 с.

3. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология. М.: Медицина. 2003. 174 с.

4. Massironi D. Точность и эстетика. Milan; M.: Quintessenza Editioni Srl., 2008. 84 с.

УДК 616.314-089.87-089.819.843:616.716.8-007.23-07(045) Краткое сообщение

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ В СВЯЗИ С ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

В.Ю. Никольский *– ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой стоматологии, доктор медицинских наук;* ***Л.В. Вельдяксова*** *– «Клиника Доктора Кравченко», г. Самара, врач-стоматолог;* ***А.Е. Максютов*** *– «Стоматологическая Студия», г. Москва, врач-стоматолог.*

ASSESSMENT ATROPHY JAWBONE AFTER TOOTH EXTRACTION IN CONNECTION WITH DENTAL IMPLANTATION

V.Yu. Nikolsky *– Kirov State Medical Academy, Head of Department of Dentistry, Doctor of Medical Science;* ***L.V. Vel`dyaksova*** *– Samara, Doctors Kravchenko Clinic, Stomatologist;* ***A.E. Maksyutov*** *– Moscow, Dental Studio, Stomatologist.*

Дата поступления – 01. 02. 2011 г. Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

Никольский В.Ю., Вельдяксова Л.В., Максютов А.Е. **Оценка степени атрофии костной ткани челюстей после удаления зубов в связи с дентальной имплантацией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 306-307.**

Приводится клинически обоснованная классификация степеней атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей в соответствии с определёнными стратегиями дентальной имплантации.

Ключевые слова: атрофия альвеолярного отростка, дентальная имплантация.

Nikolsky V.Yu., Vel`dyaksova L.V., Maksyutov A.E. **Assessment atrophy jawbone after tooth extraction in connection with dental implantation // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 306-307.**

This article provides a clinically grounded classification of degrees of atrophy of the bone the alveolar processes of jaws in accordance with specific strategies for dental implantation.

Key words: atrophy of alveolar bone, dental implantation.

На основе собственного клинического опыта и с учетом литературных данных представляется целесообразным провести рабочее разграничение больных в зависимости от степени и вида атрофии альвеолярных отростков челюстей после удаления зубов. Главным принципом разделения является соответствие атрофических изменений определенному, подходящему для данной ситуации варианту стратегии дентальной имплантации.

I степень атрофии – незначительная. К этой степени относятся все варианты практически полного сохранения объема альвеолярных отростков челюстей, максимально близкого к его интактному состоянию. Такие клинические ситуации возможны только при непосредственной и ранней дентальной имплантации либо при подготовленном отсроченном методе, когда одномоментно с удалением зуба выполняется пластика его альвеолы. Только незначительная костная атрофия или ее отсутствие допустимы при зубном протезировании с опорой на имплантаты во фронтальных отделах челюстей, особенно верхней, для обеспечения должного косметического результата лечения.

Типичное клиническое решение при незначительной степени костной атрофии заключается в установке винтовых дентальных имплантатов оптимального размера. По нашему мнению, для моляров верхней и нижней челюстей безусловная степень гарантии обеспечивается соотношением диаметра и длины не меньше, чем следующие варианты: 4,0 – 14 мм и 4,9 – 12 мм. Для центральных верхних резцов, а также клыков и премоляров обеих челюстей оптимальные параметры составляют 3,75 – 14 и 4,0 – 12 мм. Нижними пределами наиболее приемлемых размеров имплантатов для верхнего бокового и обоих нижних резцов являются 3,25 – 14 и 3,75 – 12 мм.

II степень атрофии – умеренная. Эта градация означает такие размеры альвеолярного отростка челюсти, которые позволяют установить винтовой дентальный имплантат, способный обеспечить высокую степень гарантии его долговременного и эффективного функционирования, однако при этом размерные параметры имплантата не совпадают с оптимальными вариантами и поэтому в ряде наблюдений дают осложнения, связанные с биомеханической перегрузкой костной ткани. Диапазон конкретного проявления названных осложнений может колебаться от незначительной краевой костной резорбции, легко купирующейся соответствующими костнопластическими вмешательствами, до дезинтеграции имплантата. Принципиально важно, что количество этих осложнений не превышает определенного допустимого предела – не более 7-10% через 5-10 лет.

К умеренной степени атрофии относятся все клинические ситуации, когда существует возможность установить разборный винтовой имплантат хотя бы минимального диаметра (3,25 мм) и минимальной длины (8-10 мм). Уровень гарантии и степень долго-

Ответственный автор – Никольский Вячеслав Юрьевич.
Адрес: 443001, г. Самара, ул. Ленинская, 240, кв. 58.
Тел.: 89608228668.
E-mail: nikolsky@vgt.ru