

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОНОК ДЛЯ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В МОЛОЧНОМ И СМЕННОМ ПРИКУСЕ У ДЕТЕЙ

Зубков Константин Андреевич

студент ВолгГМУ, РФ, г. Волгоград

Маряшина Анастасия Андреевна

студент ВолгГМУ, РФ, г. Волгоград

Папшуова Диана Мухарбиевна

студент СтГМУ, РФ, г. Ставрополь

Арзуманян Маргарита Арсеновна

студент СтГМУ, РФ, г. Ставрополь

Нагорянский Виктор Юрьевич

ординатор кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ, РФ, г. Ставрополь

Машков Александр Владимирович

научный руководитель, канд. мед. наук, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ВолгГМУ, РФ, г. Волгоград

Кузнецова Оксана Владимировна

научный руководитель, ассистент кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ, РФ, г. Ставрополь

Жевание – основная функция зубочелюстной системы, выполнение которой возможно благодаря особой анатомической форме боковых зубов. От их биометрических характеристик зависит также жевательная эффективность. Физиологическое стирание обеспечивает скольжение нижней челюсти и сохраняет зубы и сустав. Таким образом, пространственные взаимоотношения и временной (возрастной) фактор определяют формирование индивидуально- типологических особенностей жевания. При не правильном взаимоотношении зубов во временном прикусе, изменяется взаимоотношение челюстей и соответственно жевательная эффективность.

Необходимость сохранения временных зубов у детей обусловлена их важной ролью в процессе становления высоты прикуса, в правильном формировании зубных рядов, в обеспечении нормального развития челюстей, своевременного прорезывания и правильного расположения постоянных зубов в альвеолярном отростке, нормального развития речи, функции жевания и глотания и в предотвращении вторичных зубочелюстных деформаций в виде укорочения зубной дуги, возникновения дентоальвеолярного удлинения, смещения зубов, ограничивающих дефект, укорочение зубного ряда, а также в профилактике внутрикостного перемещения зачатков постоянных зубов, что нарушает процесс возрастной дифференциации элементов височно-нижнечелюстных суставов, функциональных и морфологических изменений, препятствует созданию благоприятных условий для правильного формирования жевательного аппарата: возникает ретенция, изменяется положение отдельных зубов, формируется патологический прикус. Основной целью протезирования полости рта у детей

является профилактика деформаций челюстей и окклюзионной поверхности зубных рядов.

Цель исследования: определение эффективности использования коронок из нержавеющей стали у детей в возрасте 5-10 лет на первых временных молярах. Сравнение результатов лечения коронками из нержавеющей стали и стандартным лечением первых временных моляров пломбировочными материалами.

Практическая часть.

Для исследования были созданы 2 группы детей 5-10 лет, в количестве 100 человек со схожими признаками поражения зуба:

- Кариозный процесс затрагивающий несколько поверхностей зуба
- Субкомпенсированная и декомпенсированная степень кариеса по Т.Ф. Виноградовой.
- Временный зуб, который не будет рассасываться от 3 до 6 лет
- После травмы зуба, вызвавшей перелом, затронувший большую часть коронки.

В первую группу вошли дети в количестве 50 человек, которые были лечены пломбировочным материалом.

Во вторую группу вошли дети в количестве 50 человек, которые были отпротезированы коронками из нержавеющей стали.

Преимуществами коронок из нержавеющей стали является:

- Повторение анатомической формы временных моляров.
- Имитация анатомической высоты, формы, окклюзионной поверхности.
- Подогнутость в придесневой части, для обеспечения хорошей ретенции.

Жевательную поверхность моляров, которые должны быть покрыты постоянными коронками, сошлифовывают настолько, чтобы можно было восстановить высоту и форму бугров. По окружности эти зубы обычно не препарируют, так как линия их экватора у детей находится на уровне десневого края. Сепарация зубов достигается путем их раздвижения.

В процессе изготовления постоянных коронок требуются тщательная моделировка зубов и хорошая штамповка коронок. Подходящим материалом для детских коронок на боковые зубы служит хромоникелевая сталь ввиду ее прочности, легкости, гигиеничности и общедоступной стоимости. При препарировании с окклюзионной поверхности убирается 1,5 мм ткани зуба. Мезиальные и дистальные контакты разобщаются, и стенка зуба от окклюзионного до придесневого уровня должна быть гладкой, без плеч и уступов. Все кариозные поражения убираются, углы сглаживаются. Даже при большой потере высоты клинических коронок зубов, установить на них коронку из нержавеющей стали возможно. Коронки из нержавеющей стали не являются плотно прилегающими, поэтому препарирование может быть не очень точным. В придесневой области стенки должны быть гладкими, без зазубрин и уступов. Коронки из нержавеющей стали достаточно гибкие, чтобы адаптироваться к небольшим выпуклостям. Десневой край коронки должен заходить под десну примерно на 1 мм. Правильный размер коронки выбирается измерением мезио-дистальной ширины между контактными пунктами с соседними зубами каверномером. Если зубы отсутствуют, должна быть замерена мезио-дистальная ширина зуба с противоположной стороны. При правильной посадке коронки раздается характерный щелчок. Обычно необходимо приложить давление для полной посадки коронки. Маргинальная десна должна слегка побледнеть при правильной посадке коронки. Край коронки должен заходить на 1 мм под десну, чтобы обеспечить хорошую ретенцию и оптимальную фиксацию на цемент. После припасовки коронки, ее края должны быть сглажены полировочным камнем и затем окончательно отполированы резиновым диском. Коронки из нержавеющей стали плотно прилегают к зубу только в

придесневой части, поэтому должно быть замешано чуть больше цемента, чем обычно. В завершении коронка проверяется на окклюзию. Временный прикус обладает уникальной особенностью адаптироваться к завышению прикуса в 1мм без побочных эффектов.

Для оценки стоматологического статуса заполнялась зубная формула, оценивалось состояние пародонта (индекс СРІТN), слизистой оболочки полости рта, производилась окклюдзография. После лечения контрольные группы в течении 6 месяцев были под наблюдением. Явка для пациентов составляла 7, 28 дней, 2, 4, 6 месяцев. В процессе осмотра опрашивались жалобы пациентов, делались окклюдзограммы и сравнивались с предыдущими результатами. **Мониторинг в процессе работы.**

При проведении профилактического осмотра групп после лечения, была выявлена закономерность:

1 группа

После 1 месяца лечения: количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 5 человек. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 8 человек

2 месяца после лечения: количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 3 человека. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 4 человек.

4 месяца после лечения: количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 1 пациента. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 3 пациентов. **6 месяцев после лечения:** количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 2 пациента. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 3 пациентов. **Итоговый мониторинг.** За 6 месяцев с жалобами обратились 11 человек(22%) и замечено нарушение окклюдзионного контакта у 18 пациентов (36%). **2 группа**

После 1 месяца проведенного лечения количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 3 пациента. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 3 пациентов.

За 2 месяца после лечения количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 1 пациента. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 1 пациента.

За 4 месяца после лечения количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 0 пациентов. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 2 пациента.

6 месяцев после лечения: количество жалоб (болезненность при приеме пищи, жалобы на эстетику, выпадение пломбы) составила 1 пациента. Заметное нарушение окклюдзионного контакта у 1 пациента. За 6 месяцев с жалобами обратились 5 человек(10%) и замечено нарушение окклюдзионного контакта у 7 пациентов.

Вывод. Проведенное исследование доказывает неоспоримое преимущество применения коронок из нержавеющей стали у детей. Коронки хорошо соответствуют прикусу также способствует поддержанию здорового состояния десны.

Список литературы:

1. Линченко И.В., Стекольников Н.В., Машков А.В., Пчелин И.Ю., Буянов Е.А. Современные методы изучения биометрических характеристик окклюдзионной поверхности боковых зубов. Фундаментальные исследования. 2014. № 10-7. С 1346-1350. Линченко И.В., Стекольников

Н.В., Машков А.В., Пчелин И.Ю., Буянов Е.А.

2. Машков А.В., Шемонаев В.И., Бадрак Е.Ю. Разработка исследовательского модуля для анализа биометрических характеристик окклюзионных контактов и околоконтактных зон антагонизирующих зубов. Кубанский научный медицинский вестник № 1, 2015 г С. 88-91

3. Машков А.В., Зубков К.А., Саркитова Ф.С. Определение преимущественной стороны жевания и функциональной активности полушарий головного мозга у студентов стоматологического факультета. XXIX студенческая международная заочная научно-практическая конференция « молодежный научный форум: естественные и медицинские науки», 2015. С. 2-4.