

ОСОБЕННОСТИ РЕТРАКЦИИ ДЕСНЕВОГО КРАЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТОНКИМ АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ГРЕБНЕМ И ТОНКИМ БИОТИПОМ ТКАНЕЙ

Ретракция десны представляет собой фармако-механическое расширение зубодесневой бороздки (от англ. retraction – отведение, смещение, оттягивание) [4, 6]. В современной стоматологии показаниями к проведению ретракции являются клинические ситуации, требующие обеспечить доступ к операционному полю (при реставрациях полостей V класса, оперативном формировании поддесневого уступа) [2, 7]. Кроме того, расширение десневой бороздки проводится для отображения поддесневой части зуба при получении оттисков с помощью безводных эластомерных материалов и для создания условий при цементировке зубных протезов [1, 5].

При реставрации полостей V класса и формировании поддесневого уступа отведение десны позволяет разместить реставрационный материал поддесневым краем и исключить травму при выполнении оперативного вмешательства. Важная роль отводится ретракции десны при изготовлении оттисков с помощью безводных эластомерных оттискных материалов. Современные технологии получения негативного отображения протезных тканей при изготовлении несъемных зубных протезов предусматривают размещение оттискного материала поддесневым краем [14, 15]. Наличие отпечатков десневой бороздки в оттиске обеспечивает отображение на модели поддесневой поверхности зуба. Видимый на модели край реставрации гарантирует точность краевого прилегания протеза [3, 8].

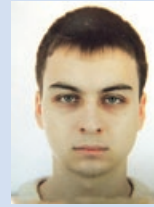
Ретракция зубодесневой бороздки – это комплекс мер, направленных на временное расширение зубодесневой бороздки в вертикальном и горизонтальном направлении за счет оттеснения и уменьшения объема тканей десны, остановку или предупреждение кровотечения и уменьшение выделения десневой жидкости [1, 5, 9].

Показаниями к ретракции являются:

- получение оттиска зубного ряда при изготовлении не прямой реставрации с конечной линией препарирования, расположенной рядом или под десной;
- цементировка реставрации с конечной линией препарирования, расположенной рядом или под десной;



Григорьев С.С.
д.м.н., доцент,
ГБОУ ВПО УГМА,
г. Екатеринбург



Ефремов Н.В.
студент стоматологического
факультета ГБОУ ВПО УГМА,
г. Екатеринбург,
svet_anel11@mail.ru

Резюме

Существует много материалов и методик ретракции десневой бороздки. В данном исследовании авторы предложили свой протокол ретракции с использованием ретракционной пасты, исходя из концепции высокоточного протезирования и желаемого результата – отображения уступа и заступной зоны на оттиске. Необходимы научные исследования клинической эффективности и показаний к применению ретракционных паст, разработка методических рекомендаций по их применению.

Ключевые слова: ретракция десны, тонкий биотип десны.

THE METHOD OF GINGIVAL RETRACTION IN PATIENTS WITH THIN ALVEOLAR RIDGE AND THIN TISSUES BIOTYPE

Grigoriev S.S., Efremov N.V.

The summary

Only impress retraction paste should be used in patients with a thin biotype of mucosa and the low position of the alveolar ridge for gingival retraction. Application of this technique allows to achieve high-quality produce negative display to be solid tissue.

Keywords: gum retraction, thin tissue biotype.

– пломбирование кариозных полостей 2 или 5 класса по Блэку.

При размещении края коронки в пределах биологической ширины возможны два различных ответа окружающих тканей. Если альвеолярная кость, окружающая зуб, слишком тонкая, то обычно происходит резорбция костной ткани и рецессия десны с восстановлением нормальной биологической ширины [10, 12]. В другом случае при глубоком расположении края коронки наблюдается постоянное воспаление десневых тканей и образование пародонтальных карманов.

Различают два биотипа десны: толстый и тонкий. Прикрепленная десна, которая располагается непосредственно над альвеолярной костью, варьирует по толщине у разных людей и у разных зубов [11, 13].

Тонкий слой альвеолярной кости располагается с губной стороны зубов, соответственно перекрывающая его прикрепленная десна будет тонкой. В результате травмы десны от реставрационных процедур будет происходить рецессия десны с обнажением цементно-эмалевой границы и поверхности корня. Для тонкого биотипа характерно значительное обнажение клинических коронок зубов, выраженная фестончатость десны, зубы чаще имеют треугольную форму.

Низкое положение альвеолярного гребня наблюдается, если расстояние до альвеолярного отростка более 3 мм с вестибулярной стороны и более 4 мм – с проксимальных сторон. Сочетание низкого положения альвеолярного гребня и тонкого биотипа тканей пародонта имеет наименее предсказуемый результат конечного положения десны после травмы. Заживление может проходить неполноценно, возможны рецессия маргинальной десны, дефекты десневых сосочков с образованием просветов между коронками [8, 16].

Таким образом, излишняя ретракция мягких тканей десны приведет к травме соединительно-тканного прикрепления и создаст впоследствии риск неконтролируемой рецессии, особенно если у пациента тонкий альвеолярный гребень и тонкий биотип тканей.

Материалы и методы исследования

Проведено клиническое обследование и лечение 34 пациентов. Выполнена ретракция десневого края: одиночные коронки – 26, керамические вкладки – 12 и в 8 случаях ретракция десны выполнена на трех и более зубах одновременно. Все оттиски проверялись визуально и при 3-кратном увеличении. Таким же образом проводилась оценка рабочих моделей.

Результаты исследования и их обсуждение

В своей работе мы использовали с целью ретракции десневого края материал Gingi Trac (Centrix). Использование данного материала обеспечивает комбинированную ретракцию, т.е. увеличение пасты в объеме в процессе химической реакции и механическое расширение десневой бороздки сочетается с воздействием гемостатических препаратов. Gingi Trac вначале имеет мягкую и пластичную консистенцию, вступает в реакцию после смешивания с катализатором и, взаимодействуя с кислородом воздуха и ротовой жидкостью, принимает твердую, эластичную консистенцию. Применение ретракционной пасты не наносит травму тканям десны, в отличие от ретракционных нитей, и считается наиболее щадящим способом ретракции. Не требует выполнения местной анестезии и наличия дополнительного дорогостоящего оборудования. Применение ретракционной пасты исключает риск рецессии десны и резорбции костной ткани, связанных с повреждением эпителиального прикрепления. Кроме того, экономит время врача на ретракцию десны не менее 50% от стандартной процедуры с ретракционными нитями и снижает травму мягких тканей.

Паста представляет собой силиконовый эластомер, который вулканизируется при комнатной температуре; паста состоит из двух компонентов: полидиметилсилоксановой базы и катализатора на основе олова. При взаимодействии базы и катализатора происходит реакция высвобождения водорода. Появление газа внутри силиконовой матрицы приводит к увеличению пасты в 4 раза от исходных размеров. В то же время паста сохраняет твердую эластическую консистенцию и воспроизводит топографические детали как оттисковой материал.

До препарирования удалялись над- и поддесневые зубные отложения. Препарирование выполнялось атравматично для десны с сохранением «биологической ширины» зуба. Если «биологическая ширина» была нарушена из-за поддесневого разрушения зуба, выполнялась операция удлинения коронковой части. Во всех случаях изготавливались временные пластмассовые коронки с двойной перебазировкой – это позволяло добиться точного прилегания. Второй раз наливается небольшое количество жидко замешанной пластмассы непосредственно на уступ зуба и надевается временная коронка. Чем меньше количество пластмассы, тем меньше усадка и искажения – этим достигается очень точное прилегание коронки в краевой области. Край временной коронки тщательно обрабатывали и полировали. При этом временная коронка изготавливалась и фиксировалась сразу после препарирования. Во время фиксации временный цемент наносили

только по краю коронки, т.к. излишки цемента не позволят точно установить коронку.

Хорошее прилегание временной коронки достигалось за счет ровного и хорошо отшлифованного уступа. Для этой цели мы использовали торцевые алмазные боры для обработки уступа. Наилучшие результаты позволило нам добиться применение ручных шлифовальных инструментов – chisels.

Оттиск выполняли после заживления тканей десны, но не более чем через неделю. Этот период важен еще и потому, что не успеет раствориться временный цемент, на который фиксируется временная коронка. Это значит, что по краю коронки не будет щели, где может скапливаться зубной налет, и ткани десны будут в более здоровом состоянии.

Выводы

1. При тонком биотипе и низком положении альвеолярного гребня для ретракции перед оттиском рекомендовано использовать только ретракционную пасту.

2. Важно соблюдать время нахождения ретракционной пасты в полости рта – 5 минут с постоянным давлением.

3. Для лучшего проникновения пасты в десневую бороздку желательнее приложить внешнее давление

через временную коронку, поролоновый конус или силиконовый ключ.

ЛИТЕРАТУРА

1. The effect of sulcular width on the linear accuracy of impression materials in the presence of an undercut / H.Baharav, I.Kupersmidt, B.Laufer, H.Cardash // Int J Prosthodont. – 2004. – Sep-Oct. – №17 (5). – P. 585.
2. Dose-related effects of epinephrine on human gingival blood flow and crevicular fluid production used as a soaking solution for chemo-mechanical tissue retraction/ M.Csillag, G.Nyiri, J.Vag, A.Fazekas // J Prosthet Dent. – 2007. – №97 (1). – P. 6-11.
3. Effects of pre-soaked retraction cords on the microcirculation of the human gingival margin / A.Fazekas, F.Csempesz, Z.Csabai // Oper Dent. – 2002. – №27 (4). – P. 343.
4. The effect of gingival retraction procedures on periodontal indices and crevicular fluid cytokine levels: a pilot study / J.Feng, H.Aboyoussef, S.Weiner, S.Singh, J.Jandinski // J Prosthodont. – 2006. – №15 (2). – P. 108-112.
5. The restorative-periodontal interface: Biologic parameters / J.C.Kois // Periodontol. – 2000. – №11. – P. 29-38.
6. Relationship of the Periodontium to Impression Procedures / J.C.Kois, R.T.Vakay // J.Compendium of Continuing Education in Dentistry. – August 2000. – Vol. 21, №8. – P. 684-692.

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ



Лазер Waterlase® MD – представитель принципиально новой лазерной технологии MD с их помощью достигнуты высочайшие клинические результаты в гораздо более приятных для пациента условиях

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Длина волны: 2780 нм
Мощность: 0,1-8,0 Ватт
Частота импульсов: 10-50 Гц
Энергия импульса: 300 мДж
Классификация лазера: IV
Рабочее напряжение: -220V ± 10%
Размеры: 32x66x82 см Вес: 34 кг

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- Гингивэктомия и френектомия
- Препарирование полостей I класса
- Удлинение клинической коронки за счет костной ткани
- Лазерный кюретаж и терапия пародонта
- Челюстно-лицевая хирургия и имплантология
- Терапия корневых каналов и лазер в эндодонтии

Уникальный диодный лазер Biolase

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Размеры: (ДхВ*Ш): 9x18x6 см; Вес: 1 кг
Электропитание 100-240 В, 50/60 Гц, 2 А
Класс лазера 4 Длина волны 940 нм, ±15 нм
Постоянное или импульсное излучение
Длительность импульса: 0,05 мс - 10 сек
Частота импульсов: до 10 кГц
Диаметр световодов: 200, 300, 400 мкм

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- Разрезы для биопсии тканей
- Перикоронотомия над непрорезавшимся зубом
- Удаление фибром
- Френэктомия и френулотомия
- Гингивэктомия
- Гингивопластика
- Операции на деснах
- Гемостаз
- Приживление имплантантов
- Вскрытие и дренаж абсцессов и др.



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН
www.masterdent-ural.ru

г. Екатеринбург
ул. Чкалова, 124

Оформить заказ:
(343) 287-50-50
200-90-55