

Изобретение относится к медицине, а именно: к ортопедической стоматологии и может быть использовано при подготовке зубов для протезирования.

Известен способ препарирования зубов, который заключается в том, что диском на больших оборотах делают 2 - 3 вертикальных углубления, начиная от пришеечной части зуба с вестибулярной стороны до начала зубного бугорка. Затем алмазной колосовидной головкой намечают уступ с вестибулярной и небной поверхностей коронки зуба, алмазным диском с режущим краем снимают край апроксимальной поверхности коронки зуба до уступа. Лишь только после этих этапов препарирования алмазными камнями и фасонными головками снимают эмаль зуба до дна произведенных вертикальных углублений. После этого дополнительно укорачивают режущий край зуба с учетом движений нижней челюсти, припасовывают кольцо и окончательно формируют уступ. Положительный эффект способа состоит в профилактике осложнений, меньшей болезненности и с меньшей затратой времени [1].

Указанный способ является наиболее близким к заявляемому по технической сущности и достигаемому результату и выбран нами в качестве прототипа.

Недостатком прототипа и других известных способов является то, что они травматичны, т.е. недостаточно предупреждают травмирование пульпы, при препарировании зубов при их подготовке под зубные протезы.

В основу изобретения положена задача предупреждения травмирования пульпы зуба.

Задача, положенная в основу изобретения, решается путем щадящего, этапного сошлифывания твердых тканей зуба с живой пульпой с выполнением бороздок дозированных по направлению, количеству и глубине. В известном способе препарирования зубов, включающем выполнение дозированных углублений-бороздок с применением набора фасонных алмазных головок, согласно изобретению, препарирование осуществляют в два этапа, с перерывом между ними в 30 дней. Причем на втором этапе создают уступ на вестибулярной поверхности зуба непосредственно у края десны по середине его фасетки, глубиной 1мм. Далее параллельно десневому краю вправо и влево препарируют борозду глубиной 1мм на вестибулярной поверхности зуба и 0,5мм на оральной его поверхности. После чего на вестибулярной поверхности наносят насечки, идущие параллельно оси зуба с глубиной 1мм у шейки зуба и 2мм в надэквадориальной зоне. Отступая от этой борозды на 2 - 3мм выполняют еще по одной борозде справа и слева. На оральной поверхности глубина выполненных бороздок у вершины и в надэквадориальной зоне наполовину меньше. Затем сошлифовывают контактные поверхности. Препарирование заканчивают нивелированием всех острых углов.

Способ осуществляют следующим образом.

На первом этапе препарирования сошлифовывают твердые ткани зуба до эмалево-дентинной границы, что является стимулятором выработки репаративного дентина, являющегося физиологическим фактором защиты пульпы зуба от травмирования. Препарирование осуществляют по аналогии с препарированием как под штампованные металлические коронки. Фиксируют временные коронки на Репин.

Через 30 дней возникает слой репаративного дентина по всей поверхности пульповой камеры в пределах 20 - 25мкм.

Вторым этапом препарирования является сошлифовывание твердых тканей зуба в пределах 1,5мм для изготовления цельнолитой несъемной конструкции.

Этот этап препарирования заключается в следующем. Под инфильтрационной анестезией сошлифовывают твердые ткани по следующей методике. Препарирование начинают с создания уступа. На вестибулярной поверхности зуба непосредственно у края десны по середине фасетки зуба шаровидной алмазной головкой диаметром 1мм делают углубление так, чтобы фасонная головка полностью погрузилась в твердые ткани зуба.

Далее, параллельно десневому краю вправо и влево препарируют борозду глубиной 1 мм с помощью шаровидной фасонной головки диаметром 1 мм. Для этого устанавливают фасонную головку в сделанное углубление, перпендикулярно к оси зуба и прерывистыми движениями вначале в медиальную, а затем в дистальную сторону производят сошлифовывание тканей. При этом следят, чтобы шаровидная головка была точно погружена на всю ее глубину (т.е. на 1мм).

Произведя углубление на вестибулярной поверхности, приступают к оральной поверхности зуба. Методика, препарирования этой поверхности точно такая же, как и на вестибулярной поверхности, с тем отличием, что погружение фасонной головки производят на половину ее величины (0,5мм).

Затем наносят насечки, идущие параллельно оси зуба, для этого используют обратно-усеченную конусовидную алмазную фасонную головку с диаметром у вершины 1мм, а у основания - 2мм.

Фасонную головку данной конструкции устанавливают посередине фасетки зуба, строго параллельно его оси. Вершину фасонной головки устанавливают у той точки, где выполнено первоначальное углубление шаровидной алмазной головкой.

Обратно-усеченную конусовидную алмазную фасонную головку погружают в твердые ткани зуба так, чтобы вершина погрузилась на 1мм (т.е. до ее полного погружения в твердые ткани зуба), а основание погрузилось на 2мм в надэквадориальной зоне.

Отступая от этой борозды на 2 - 3мм делают еще по одной борозде справа и слева.

На оральной поверхности по такой же методике делают 3 бороздки с той лишь разницей, что погружают обратно-усеченную конусовидную алмазную фасонную головку наполовину ее толщины.

Сошлифовывание контактных поверхностей производят по следующей методике. Устанавливают обратно-усеченную конусовидную алмазную фасонную головку, используемую ранее так, чтобы ее внешняя поверхность совпадала с наружным краем контактной поверхности и производят сошлифовывание твердых тканей зуба, продвигая абразив по направлению от вестибулярной к оральной поверхности.

На режущей или жевательной поверхности производят насечки шаровидной фасонной алмазной головкой, которые начинают от насечек с вестибулярной и плавно переходят в насечки, сделанные на оральной поверхности.

В дальнейшем, используя цилиндрическую алмазную фасонную головку диаметром 2 - 3мм сошлифовывают твердые ткани зуба на вестибулярной и оральной поверхностях до глубины насечек.

На жевательной поверхности или режущем крае сошлифовывают ткани до глубины насечек с помощью чечевицеобразных фасонных головок.

Углубление кругового уступа производят пламевидной фасонной головкой под углом в 135°, строго следя за состоянием десневого края в целях нанесения наименьшего травматического действия слизистой оболочке.

Препарирование оканчивают нивелированием всех острых углов. Культю зуба покрывают временной коронкой, фиксированной на Репине. Изготовление цельнолитых несъемных конструкций протезов, облицованных керамикой или пластмассой, производят по общепринятой методике.

Пример клинического применения способа препарирования зубов с живой пульпой под опорные элементы цельнолитой несъемной конструкции протеза.

Больная Е., 1954 г.р., история болезни №2079 обратилась на кафедру ортопедической стоматологии ХГМУ 8.01.96г. с жалобами на отсутствие зубов на в/ч и н/ч, нарушение норм эстетики, невозможность полноценного пережевывания пищи.

Объективно обнаружили. Лицо симметрическое, носогубные складки выражены умеренно, нижняя треть лица в пределах нормы.

Клиническая зубная формула:

00 ПП	ПП0000
87654321	123445678
87654321	123445678
	ПОПП

Прикус снижающийся, деформированный.

ЗОМ исследование: 6 - 4мкА; 3 - 5мкА; 3 - 4мкА; 4 - 6мкА; 4 - 3мкА; 6 - 4мкА; 7 - 3мкА.

На рентгенограмме патологических изменений не обнаружено.

Слизистая без видимых патологических изменений.

После обследования установлен диагноз: вторичная частичная адаптация, дефект зубного ряда в/ч П кл. 1 п/к по Кеннеди, дефект зубного ряда н/ч III кл. по Кеннеди, потеря жевательной эффективности 52% по Агапову, нарушение норм эстетики, зубы потеряны в результате осложненного кариеса, развившегося в течение 12 лет, осложненная деформацией зубных рядов.

Назначено следующее лечение. Нормализация окклюзии и артикуляции, замещение дефектов зубных рядов на н/ч мостовидными протезами на 4Х67 на верхней челюсти 6ХХ3 34. Постановление неограниченного дефекта зубного ряда в/ч слева частичным съемным протезом.

На первом этапе препарирования 11.01.96 сошлифовали твердые ткани зуба по аналогии с препарированием под металлическую штампованную коронку. Изготовили временные коронки из пластмассы Синма-М по общепринятой технологии. Фиксировали временные коронки на цинкоксиэвгеноловую пасту.

Через 30 дней 12.2.96г. осуществили следующий этап препарирования. Под анестезией sol. Осфосаин 2% 2мл производили препарирование. На вестибулярной поверхности зуба непосредственно у края десны посередине фасетки зуба, шаровидной алмазной головкой диаметром 1мм делали углубление так, чтобы фасонная головка полностью погрузилась в твердые ткани зуба.

Параллельно десневому краю вправо и влево препарировали борозду глубиной 1мм с помощью шаровидной фасонной головки диаметром 1мм. Для этого устанавливали фасонную головку в сделанное углубление перпендикулярно к оси зуба и прерывистыми движениями, вначале в медиальную, а затем в дистальную сторону производили сошлифовывание тканей. Препарировали углубление на оральной поверхности по аналогии с вестибулярной, с тем отличием, что погружали фасонную головку на 0,5мм.

Следующим этапом препарировали насечки, идущие параллельно оси зуба, для этого использовали обратно-усеченную конусовидную алмазную головку с диаметром у вершины 1мм, а у основания 2мм.

Обратно-усеченную конусовидную алмазную фасонную головку погружали в твердые ткани зуба так, чтобы вершина погрузилась на 1мм (т.е. до ее полного погружения в твердые ткани зуба), а основание на 2мм в надэкваториальной зоне, отступив от этой борозды на 2 - 3мм, делали еще по одной борозде справа и слева.

На оральной поверхности производили такую же манипуляцию с той лишь разницей; что погружали головку на половину.

Для препарирования контактных поверхностей устанавливали обратно-усеченную фасонную головку, используемую ранее так, чтобы ее внешняя поверхность совпадала с наружным краем контактной поверхности и производили сошлифовывание твердых тканей зуба, продвигая образив от вестибулярной к оральной поверхности.

На режущей или жевательной поверхности производили насечки шаровидной фасонной алмазной головкой на глубину ее рабочей поверхности. Сошлифовывали твердые ткани зуба на всех поверхностях до глубины насечек с помощью цилиндрической алмазной фасонной головки диаметром 2 - 3мм. На жевательной поверхности препарировали чечевицеобразной фасонной головкой.

Углубление кругового уступа производили пламевидной фасонной головкой под углом 135°, строго следя за состоянием десневого края. В целях более качественного препарированием уступа производили ретракцию десневого края ретракционной нитью.

Препарирование оканчивали нивелированием острых углов. Культю зуба обрабатывали композицией фторлака и этония в пропорции 97 : 3 на 30мин. Покрывали временной коронкой из пластмассы. Сивма-М на эвгеноловой пасте. Изготовление металлокерамического протеза осуществляли по общепринятой

технологии.

Перед окончательным фиксированием металлокерамических протезов производили обследование больной. 20.02.96г. Больная жалоб не предъявляла. Особенностей при осмотре лица и полости рта не обнаружено.

ЭОМ исследования опорных зубов: 6<sup>|</sup> - 5мкА; 3<sup>|</sup> - 7мкА; 3<sup>|</sup> - 3мкА; 4<sup>|</sup> - 5мкА; 4<sup>|</sup> - 3мкА; 6<sup>|</sup> - 5мкА; 7<sup>|</sup> - 4мкА. Окончательную фиксацию произвели цементом Унифас.

Через неделю больную вызывали для контрольного обследования. Жалоб не предъявляла. При осмотре патологии не выявлено. На рентгенограмме патологических изменений не обнаружено.