

2001075305

МПК⁷ А6І С 7/00

Спосіб ортопедичного лікування дітей при патологічній стертості зубів.

Спосіб , що заявляється , відноситься до медицини , а точніше до ортопедичної стоматології і призначений для ортопедичного лікування дітей з патологічною стертістю зубів.

Одною з причин дефектів коронкової частини зубів у дітей є патологічна стертість твердих тканин різного генезу, в особливості синдром Стейнтона-Капдепона, при якому спостерігається різке стирання емалі та дентину. Це захворювання в порівнянні з каріозним враженням зубів зустрічається значно менше, разом з тим воно пов'язане з рядом проблем при виборі способу лікування.

При незначній втраті твердих тканин спеціалісти рекомендують проводити курс ремінералізуючої терапії з використанням екзо-та ендогенної дії,(1)

Однак при значній відсутності твердих тканин , цього не достатньо. В таких випадках клініцисти рекомендують пломбувати зуби склоіономерними цементами (2), але і цей метод лікування не вирішує проблеми, за складності фіксації такі пломби недовговічні.

Відомий спосіб ортопедичного лікування стертості зубів при синдромі Стейнтона-Капдепона(3) що включає виготовлення штампованих металевих коронок на всі зуби – антагоністи. При значному та повному руйнуванні коронкової частини зубів таке ортопедичне лікування малоефективне, тому, що при зруйнованій коронковій частині зуба на $\frac{1}{2}$ висоти коронки та більше, значно понижується висота прикусу, що негативно впливає на функцію жування, спостерігається порушення мовної функції, а також потерпає естетика обличчя і нерідко приводить до патологічних змін в скронево-нижньощелепному суглобі. Для усунення вищеперерахованих порушень потрібно провести протетичне підвищення прикусу з правильним міжоклюзійним співвідношенням.

Існує спосіб ортопедичного лікування,(4) в якому при наявності повної стертості коронкової частини зуба покривають надкореневу його частину металевим штампованим ковпачком, а потім виготовляють часткові або повні знімні протези. Однак при стертості зубів на рівні ясен виготовити таку конструкцію зубних протезів дуже складно, тому, що відсутні належні умови для фіксації штампованих ковпачків. Крім того для підвищення висоти прикусу та перебудови міостатичного рефлексу необхідно виготовити пластмасові капи на термін від 3-х, до 4-х, місяців. Таким чином даний спосіб має ряд суттєвих недоліків, а саме:- складність виготовлення та фіксації штампованих металевих ковпачків; можливе травмування крайового пародонту при припасовці ковпачків; шкідлива дія пластмасових кап та протезів на слизову порожнину рота; необхідність зміни знімних протезів, та постійна корекція пластмасових кап при перебудові міостатичного рефлексу.

Найближчим аналогом-прототипом способу, що

заявляється є спосіб виготовлення культових штифтових зубів з подальшим покриттям їх пластмасовою , комбінованою , металевою абож фарфоровою коронкою. При цьому корінь зуба повинен бути стійким та лікованим ,кореневий канал необхідно розкрити на глибину 8-10 мм. І розширити у шийки зуба не менше 2 мм. на товщину штифта. Однак приступати виготовляти штифтовий зуб при патологічній стертості в особливості при синдромі Стейнтон – Капдепона необхідно після ретельної оцінки можливості ендодонтичної підготовки корневих каналів, яка не завжди можлива. В переважній більшості випадків аномалії розвитку дентину проявляються в порушенні форми коренів та облітерації корневих каналів, що не дозволяє виконати таке ортопедичне лікування. /5/.

Враховуючи усі ці дані нами розроблений оригінальний спосіб ортопедичного лікування патологічної стертості зубів у дітей при синдромі Стейнтон –Капдепона.

Задача, що вирішується , полягає в тому ,що даний спосіб виключає травмування крайового пародонту, необхідність виготовлення пластмасових кап, дає можливість застосування в різні вікові періоди з урахуванням ступеню формування коренів.

Поставлена задача згідно винаходу досягається тим , що проводять обстеження пацієнта ,ступінь стертості зубів, виявляють витривалість тканин пародонту до вертикальних навантажень, стан твердих тканин, прикус. Враховують той факт , що при синдромі Стейнтон-Капдепона як праило спостерігається порушення форми коренів та облітерація корневих каналів,чутливість зубів до подразників значно знижена, тому ортопедичне лікування патологічної стертості при повному стиранні коронкової частини зуба проводять в наступній послідовності:використовують

парапульпарні дентальні штифти, які розміщують на стертих зубах за схемою :- на центральних різцях верхньої та нижньої щелепи розміщують три штифти:- по одному на апроксимальних поверхнях, та по одному з оральної, на кликах та премолярах –по чотири штифти :-два на апросимальних поверхнях, та по одному з вестибулярної та оральної сторони, на молярах нижньої щелепи розміщують п'ять штифтів:-по два з язичної сторони, та три зі щічної, на молярах верхньої щелепи – чотири штифти :-по два з кожної сторони.

Для нарощування культі зуба використовують композитний матеріал хімічного ствердження типу Charizma PP F.

При наявності вираженого зниження висоти прикусу ,нарощування зубів проводять послідовно, поетапно, з метою перебудови міостатичних рефлексів. Спочатку на одній щелепі , а потім на іншій .Після нарощування зубів ,проводять препаровку культі під протез , який можна використовувати в дитячому віці.

Даний спосіб ортопедичного лікування патологічної стертості зубів у дітей має ряд переваг на відміну від раніше запропонованих:за допомогою дентальних парапульпарних штифтів і розміщення їх в зубах згідно запропонованої нами схеми, композитний матеріал міцно фіксується до культі зуба;лікування проводиться в скорочені терміни; знімає необхідність виготовлення пластмасових кап для перебудови міостатичного рефлексу при значному зниженні висоти прикусу та виключається можлива токсична дія їх на слизову оболонку порожнини рота ; запропонований спосіб можна використовувати в різні вікові періоди ;можливість виготовлення незнімної конструкції протеза , є основною перевагою даного способу перед існуючими.

Суть винаходу пояснена графічно, де подані етапи способу.
На фіг.1 зображена модель верхньої та нижньої щелепи дитини з синдромом Стейнтона-Капдепона.

На фіг.2 зображено запротезовані зуби верхньої щелепи та нарощені культі нижніх зубів.

На фіг.3 показан остаточний вигляд зубів після протезування.

Запропонований спосіб ортопедичного лікування дітей при патологічній стертості зубів було застосовано в стоматологічній поліклініці НМУ в 35 випадках. Завдяки застосуванню дентальних парапульпарних штифтів і розміщення їх в зубах згідно запропонованої нами схеми, композитний матеріал міцно фіксується до культі зуба. Спосіб дохволяє провести лікування в скорочені терміни, що дозволяє рекомендувати його для широкого впровадження.

Література

1. Виноградова Т.Ф. - Стоматология детского возраста. - М., - Медицина. - 1987. - 141 с.
2. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некротических поражений зубов. // Новое в стоматологии. - 1997. - № 10. - с. 41-43, 55-60
3. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. - М. - Медицина. - 1987. - 141 с.
4. Шарова Т.В., Рогожников Г.И. // Ортопедическая стоматология детского возраста. - М. - Медицина. - 1991. - с. 240-245
5. Криштаб С.И., Стрелковский К.М., Варава Г.М., Ортодонтия и протезирование в детском возрасте. Изд. В.Школа. - 1987. - с. 194-196