

РАДИОХИРУРГИЯ И ПЛОМБИРОВАНИЕ КАПТЕКОМ

Истории болезни

В журнале Dentistry Today. April 2006; cc. 99-101

После того, как в 1973 году д-р Ирвинг Эллман разработал высокочастотный радиоволновой аппарат (радиохирургия), существенно усовершенствовалось удаление десневой ткани с помощью пропускания радиоволн через ткань (электрохирургия). Однако важным является использование подходящего восстановительного материала в фиксированном протезе после радиохирургических манипуляций, поскольку правильно подобранные материалы помогают процессу заживления и могут поддерживать ткань здоровой в последующие годы.

В этой статье представлены 2 клинических случая, показывающих сочетанное применение радиохирургии и пломбирование каптеком (производитель - компания «Precious Chemicals Company»). В этих случаях требовались пломбы из металлокерамики, и металл каптек был выбран вследствие его способности ингибировать накопления зубного камня, биосовместимости и эстетики.

СЛУЧАЙ 1

Мужчина 22 лет пришел на прием после автомобильной аварии, в которой он разбил нижний правый клык и левый боковой резец (рис. 1). Наблюдалось частичное отсутствие ороговевшей прилегающей десны около клыка, поэтому была рекомендована процедура трансплантации ткани. Однако пациент отказался, говоря, что хочет выполнить лечение как можно скорее.

После цементирования штифтов и подготовки зубов был использован аппарат «Сургитрон Dento-Surge 90» (производитель - компания «Ellman International») для приведения в надлежащее состояние тканей десневого края и впадин при подготовке к снятию слепка. Мы использовали новые ультратонкие электроды производства «Ellman International», поскольку с их помощью выполняется эффективный разрез с небольшим боковым нагревом ткани и ее минимальным разрушением.

На рис. 2 видно, что десневой край выровнен и зуб готов для снятия слепка. В этом случае в результате манипуляции была достигнута слегка наддесневая линия конечного уступа. Такая же процедура была выполнена для бокового резца, и зубы были готовы для снятия слепков (рис. 3).

Металл каптек уходит вниз до нижней грани, используя способность материала сводить к минимуму образование зубного камня и помогать в сохранении здоровой ткани. Мы знаем из опыта, что коронки из каптека так хорошо садятся, что рискнули на попытку сделать цементирование во рту с фарфоровой отделкой (рис. 4).

На рис. 5 показана коронка клыка после цементирования и удаления избыточного цемента. Ясно видно, что ткань еще не стабильная, и у нас были некоторые сомнения по поводу десневого смещения из-за недостатка прилегающей ороговевшей ткани. Однако на рис. 6, через год после манипуляции, видно, что десна не только здоровая, но также и что начинает вновь появляться ороговевшая ткань. И это в отличие от соседнего зуба, бокового резца, где наблюдается смещение и нет ороговения.

СЛУЧАЙ 2

Пациент в возрасте 48 лет пришел на прием с сильно смещенным расположением зубов, образовавшимся вследствие нарушающих функции привычек, таких как бруксизм и стискивание зубов. Он хотел восстановить передние зубы. Имела место широкая полоска ороговевшей ткани, что является обычным для пациентов со смещенным расположением зубов (рис. 7). Вследствие этого верхние зубы выступали вперед, оттягивая вниз ткань, а иногда и альвеолярный отросток, что не позволяло нам сделать эти зубы длиннее в направлении к резцовому краю без нарушения нормальной эстетики, функционального и фонетического расположения резцовых краев. Чтобы восстановить зубы и поместить резцовый край в правильное положение, требуется процедура удлинения за счет коронок.

По Стенли (1955), Гаргило (1961) и Коис (1994), расстояние от десневого края до костного отростка составляет 3 мм. Следуя рекомендациям д-ра Коиса, после анестезии мы проверили и обнаружили расстояние в 5 мм от десневого края до костного отростка,

что дает 2 мм избыточной ткани (нижний отросток). Если бы мы не восстанавливали нормальную биологическую ширину, эта ткань после манипулирования с нею выступала бы на 2 мм. Примером этого является верхний левый боковой резец.

Сделав простую гингивэктомию на 2 мм с использованием радиохирургии, мы восстановили нормальную биологическую ширину и в то же самое время получили нормальную структуру зуба, позволяющие восстановить эти зубы до нормального соотношения ширина-длина без нарушения эстетических и фонетических основ (рис. 8, 9).

Я использовал аппарат «Сургитрон Dento-Surge 90» для эксцизии десневой ткани по следующим причинам:

- Он позволяет контролировать кровотечение любой степени.
- Он предотвращает высеивание бактерий в место разреза.
- Рабочий электрод можно изгибать до нужной формы.
- Он выполняет разрез без нажима на ткань.
- Он обеспечивает чистый и улучшенный обзор операционного места.
- Он сводит к минимуму послеоперационный дискомфорт и послеоперационное лечение.
- Он является экономным по затратам.
- Он исключает образование рубцовой ткани.
- Благодаря его высокой частоте (3,8 МГц) происходит меньшее разрушение тканей.

На рис. 10 показаны 4 зуба после разрезов и гингивэктомии. Зубы были готовы к снятию слепка, но даже хотя мы удлинили зубы, они были все еще короткими, особенно правый центральный резец. Это прекрасное показание к использованию коронок из каптека.

Мы решили использовать металл каптек по двум важным причинам. Во-первых, поскольку металлическая основа коронки из каптека очень точно садится на зуб и обеспечивает лучшее удерживание коронок на заготовке зуба. Но при этом следует обратить внимание на осевой конус стенки. Кроме того, очистка внутренней поверхности заготовки из каптека с помощью легкого оксида алюминия и с давлением от 15 до 40 psi сильно увеличивает прочность связывания цемента. Во-вторых, фарфоровое связывание с композитным металлом каптек очень сильное. Оба этих фактора очень важны, поскольку у пациента бруксизм. Кроме того, коронки из каптека можно изготавливать толщиной 0,1 мм без опасения отделения фарфора. Это обеспечивает больше места для изготовления эстетичных металлокерамических коронок.

На рис. 11 показаны постоянные коронки спустя 1 месяц после установки. Реакция ткани на разрезы с помощью радиохирургического аппарата превосходная. На рис. 12, 13 показаны результаты спустя год после манипуляций.



Рис. 1. Пациент поступил со выполненной сломанными нижним правым клыком и левым боковым резцом.



Рис.2. Десневому краю придан контур. Зуб готов для снятия слепков.



Рис. 3. Та же процедура для бокового резца, и зубы готовы для снятия слепков.



Рис.4. Коронки из каптека так десна здоровая хорошо садятся, что мы рискнули появляться сделать цементирование во рту с фарфоровой отделкой.



Рис. 5. Здесь показана коронка клыка после цементирования и удаления избыточного цемента.

Рис. 6. Через год и начинает вновь ороговевшая ткань.



Рис. 7. Присутствует широкая полоска ороговевшей ткани, что



Рис. 8, 9. Простая Гингивэктомия на 2 мм с использованием восстановила нормальную биологическую ширину и в то же

самое время
является обычным для пациентов
зубы
со смещенным расположением зубов.

получена нормальная структура зуба, чтобы восстановить эти
до нормального соотношения ширина-длина без нарушения
эстетических и фонетических основ.



Рис. 10. Показаны 4 заготовки после
установки.
разрезов и гингивэктомии.



Рис. 11. Здесь показаны коронки через 1 месяц после
Реакция ткани превосходная.



Рис. 12, 13. На этих фото показано, что мы успешно достигли того, что планировали в начале лечения.