

УДК 616.31

ИННОВАЦИОННЫЕ ТОЧКИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДИЗАЙНА КРАЕВОГО ПАРОДОНТА, ДОСТУПНЫЕ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ

Мадай Д.Ю.^{1,2}, Гривков А.С.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия (199034, Санкт-Петербург, Университетская наб. д.7-9), e-mail: dmitrij.madai@yandex.ru

²Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия (173003, Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д.41)

Предложен способ планирования дизайна краевого пародонта у пациентов с неудовлетворительной эстетикой десны, с учетом параметров биологической зоны индивидуума. Данный способ является комплексным инструментом, который доступен любому врачу, работающему в поликлиническом звене. Разработана формализованная карта для регистрации размеров биологической зоны. А также предложен направляющий хирургический шаблон для реализации дизайн проекта краевого пародонта.

Ключевые слова: биологическая зона, эстетика, планирование, дизайн – проект.

INNOVATION IN MARGINAL PERIODONTIUM DESIGN PROJECT AVAILABLE TO A PHYSICIAN IN CHARGE

Madai D. Ju.^{1,2}, Grivkov A. S.²

¹ Saint Petersburg State University Saint Petersburg, Russia (199034, Saint Petersburg, University embankment, House 7-9), e-mail: dmitrij.madai@yandex.ru

²Novgorod State University after Iaroslav-the-Wise, Novgorod the Great, Russia (173003, Novgorod the Great, Bolshaia Saint-Petersburgskaia street, House.41)

Abstract

The marginal periodontium design project is suggested in patients with unsatisfactory esthetics of gingival taking into account parameters of biological zone. This method is a complex one available to any out-patient clinic physician. A formalized record is designed to monitor the size of biological zone. A surgical former to implement design project of marginal periodontium is suggested as well.

Keywords: biological zone, esthetics, planning, design project.

Введение

Красивая улыбка – баланс эстетики зубов и краевого пародонта, а также гармония взаимоотношений между собой [1,3].

Максимальная картина десны или непропорциональный размер зубов - эстетический недостаток или как следствие патологии [2, 3]

Большое значение, преподаваемое средствами массовой информации и пациентами, к нормативам эстетической улыбки, которые требуют инновационных подходов к оказанию стоматологической помощи [3]..

В литературе уделяется мало внимания принципам планирования и формирования десневого контура при протезировании ортопедическими конструкциями. А достижение естественного внешнего вида возможно только при правильной работе с мягкими тканями [3,4].

Вопрос планирования дизайна краевого пародонта и изучения клинических способов создания статического состояния десны при протезировании эстетическими ортопедическими конструкциями требует иных подходов [3,4].

Для повышения качества планирования комплексного лечения пациентов с неудовлетворительной эстетикой краевой десны необходимо:

1. Систематизировать метод определения параметров «биологической зоны».
2. Разработать формализованную карту параметров «биологической зоны».
3. Создать направляющий, хирургический шаблон для инвазивной коррекции краевого пародонта
4. Разработать рекомендации для практического здравоохранения.

Для правильного прогнозирования ортопедического лечения, врач-стоматолог должен хорошо представлять и видеть конечный результат своей работы. В современной эстетической стоматологии имеются отработанные технологии, например: wax – up, set – up, силиконовые ключи. Построение будущих пропорций искусственных реставраций, осуществляется на основе пожеланий пациента, параметрических данных, основных и дополнительных методов обследования.

Современные подходы к планированию эстетической реабилитации краевого пародонта, требуют определения индивидуальных значений биологической ширины (biological width) в зоне коррекции на основании исходных биологических данных.

В 1998 г. Gargiulo A. et al. [5] впервые установил при исследовании на удаленных зубах гистологическое строение и средние размеры "биологической ширины". По его данным, средние размеры биологической ширины составили:

- прикрепленная соединительная ткань 1,07 мм,
- прикрепленный эпителий 0,97 мм
- размер десневой бороздки - 0,69 мм.

Впервые Kois [7] описал использование пародонтологических параметров при планировании ортопедического лечения и способ определения контура края альвеолярного гребня. Именно этот автор продемонстрировал целесообразность зондирования кости перед проведением протезирования.. Он ввел термин биологическая зона: сочетание соединительнотканного прикрепления, прикрепленного эпителия и десневой бороздки апикальное края коронки. Апикальное распространение края коронки должно быть как минимум 2,5 мм от альвеолярного гребня: 1 мм соединительнотканного прикрепления, 1 мм прикрепленного эпителия и 0,5 мм бороздки апикальное края реставрации. [6] Эта концепция особенно важна при препарировании зуба под коронку после операции удлинения коронковой части зуба, т.к. после пародонтальной хирургии полное восстановление пародонта может происходить от 6 недель до 2 лет. Так же известно, что нарушение биологической ширины приводит к развитию гингивита и пародонтита даже при тщательной гигиене полости рта. Тапнов и соавт. выявили обратную зависимость вероятности заполнения десневым сосочком межзубного пространства от расстояния между межзубным контактом и альвеолярным гребнем [7]. В прошлом стоматологи обращали внимание на локализацию контактного пункта исключительно по соображения попадания пищи в межзубное пространство и с учетом данного обстоятельства проводили протезирование, в том числе передней группы зубов. Корональная граница межзубного контакта предопределяется эстетическими критериями, а апикальная зависит от расстояния до альвеолярной кости.

Методика определения параметров биологической зоны - "трансгингивальное" зондирование.

Мы предлагаем производить замеры в наиболее значимых зонах краевого пародонта: в области медиальных и дистальных десневых сосочков с вестибулярной и язычной стороны, в области зубодесневого прикрепления по нижнему краю свободной части десны с вестибулярной и оральной стороны. Для этого можно использовать иглу для

караульного шприца, силиконовый «стопик», эндодонтическую линейку. Под аппликационной анестезией проводят «трангингивальное» зондирование альвеолярного гребня. Затем следует перенести данные об измерениях в формализованную карту. (рис.2).

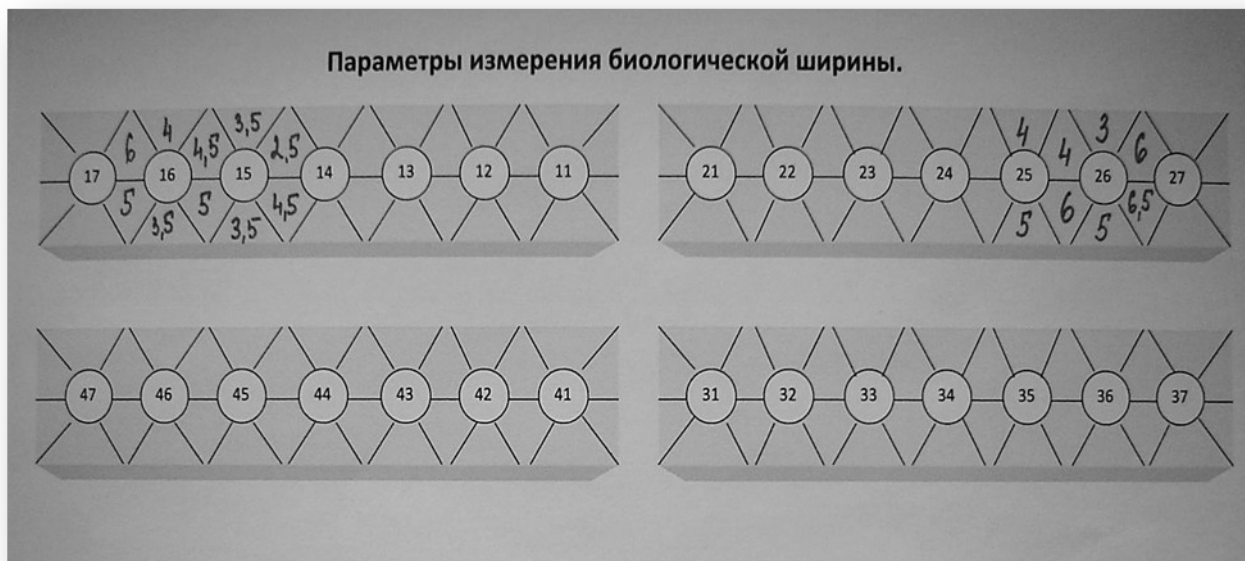


Рис. 2. Формализованная карта параметров биологической зоны.

На основании этой карты можно отметить размеры биологической зоны на диагностические модели (рис 3,4).





Рис. 3,4. Размеры биологической зоны на диагностических моделях.

С учетом этих ориентиров и руководствуясь правилом (Tarnow et al), (рис. 5) произвести восковое моделирование будущего контура десневой манжетки (рис.6,7.), а также выбрать тактику хирургического вмешательства.

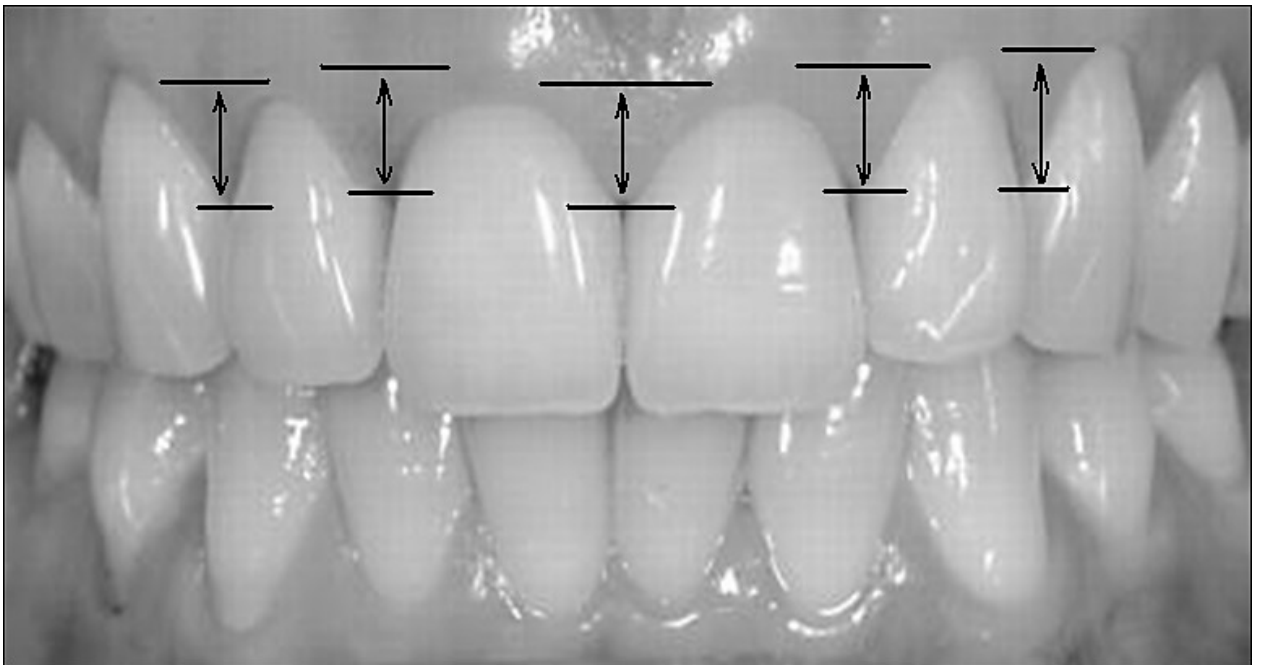


Рис. 5. Зависимость регенерации десневых сосочков от расстояния между краем межзубной перегородки и апикальной границей контактного пункта. (Tarnow et al).

○ < 5 mm 100%

- 5-7 mm 65 %
- > 7 mm 27 %

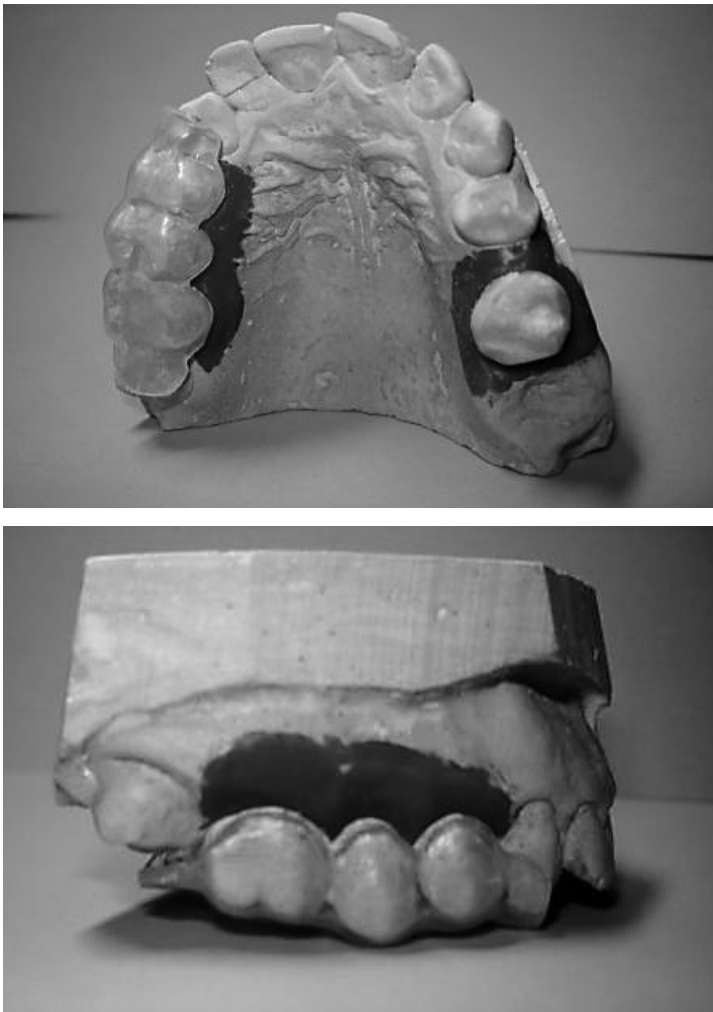


Рис.6,7. Восковое моделирование будущего контура десневой манжетки, хирургический шаблон, изготовленный термо-вакуумным методом.

Восковая дизайн-модель позволяет изготовить направляющий хирургический шаблон для инвазивной коррекции краевого пародонта, шаблон для изготовления временных конструкций, при помощи которых формируется конечная форма десневого контура.

Вывод.

По нашему опыту планирование "розовой эстетики" с учетом индивидуальных параметров биологической зоны не только возможно, но и необходимо, для получения эстетически-выгодного результата.

Литература.

1. Г. Гюрель. Керамические виниры. Искусство и наука. Москва, Азбука, 2007. С. 36-37.
2. Ганжа И.Р., Модина Т. Н., Хамадеева А. М. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения. Самара, ООО ИПК «Содружество», 2007.С. 52-54.
3. Мадай Д. Ю., Гривкков А.С. Параметры «биологической зоны» - как отправная точка в планировании дизайна краевого пародонта // [Электронный ресурс] Режим доступа: [http\[Coogole\]//www.novsu.ru/blogs/mdu](http://www.novsu.ru/blogs/mdu)
4. Массирони. Д. Точность и эстетика. Москва, Азбука, 2008. С. 83-85.
5. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B: Dimensions and relations of the dentogingival junctions in humans. J. Periodontol. 1998. Vol.32. P.261-267.
6. Vacek JS, Gher ME, Assad DA, et al: The dimensions of the human dentogingival junction. Int J. Periodontics RestoratiVe Dent. 1994. Vol.14. P.154-165.
7. Kois JC: Altering gingival levels: the testorative connection. I. Biologic variables. J Esther Dent.1994. Vol. 6. P.3-9.
8. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P: The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. J Periodontol. 1992. Vol 63. P.995-996.