

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневич

13.04.2012 г.

Регистрационный № 021-0212

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ,  
ПОКРЫТЫХ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

Д-р. мед. наук, проф. И.К. Луцкая, О.Г. Зиновенко, Т.А. Запашник

Минск 2012

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ:**

1. Стоматологическая установка.
2. Рентгенологический аппарат.
3. Стандартный набор стоматологических инструментов.
4. Зонды зубные стоматологические:
  - изогнутый, длина рабочей части 15–20 мм;
  - изогнутый с подсечкой, правый;
  - изогнутый с подсечкой, левый.
5. Периодонтальный градуированный зонд с закругленным кончиком.
6. Набор инструментов для ручного препарирования.
7. Охлаждающий аэрозоль.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

*Абсолютные:* пациенты, пользующиеся несъемными ортопедическими конструкциями 5 и более лет.

*Относительные:* пациенты, имеющие несъемные ортопедические конструкции в полости рта.

*Особые категории пациентов:* обследование беременных проводят с исключением рентгенографии из-за возможного негативного влияния на плод.

**Определение стоматологического статуса** согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), включает три части: внеротовую область головы и шеи, около- и внутриротовые мягкие ткани, зубы и ткани пародонта и осуществляется в соответствии с «Клиническими протоколами диагностики и лечения стоматологических больных». Обязательно выясняется длительность ношения несъемных ортопедических конструкций в полости рта, первичное или повторное протезирование, причина постановки искусственных коронок (кариозная болезнь, наследственные заболевания зубов, травма, эстетические нарушения, опора несъемных или съемных протезов и т.д.). С помощью наводящих вопросов у пациента собирается анамнез зубов, находящихся под искусственной коронкой, вид ранее проведенного лечения и его результаты.

При наличии жалоб на боль учитывается характер и выраженность болевых признаков, их длительность, причина возникновения, время появления, локализация и иррадиация боли. При отсутствии боли любого характера особое внимание уделяется наличию жалоб на неприятный запах изо рта, попадание пищи под искусственную коронку, подвижность коронки, оголение корня запротезированного зуба, стираемость по жевательной поверхности ортопедической конструкции, завышение прикуса, воспаление и кровоточивость десны вокруг коронки.

**Обследование зубов, покрытых несъемными ортопедическими конструкциями.** Проводится визуальный осмотр и зондирование искусственных коронок и несъемных ортопедических конструкций. При оценке состояния искусственных коронок определяется их соответствие

анатомической форме восстанавливаемого зуба, осматриваются контактные пункты с соседними зубами и окклюзионные контакты с антагонистами, выявляется целостность коронок, отсутствие складок, трещин, разрывов, сколов. Определяется выраженность экватора, закругленность и умеренная выраженность бугров жевательных зубов. При наличии во рту у пациента мостовидных протезов, кроме определения состояния искусственных коронок, проводится осмотр промежуточной части протеза. Осматривается промывное пространство в боковых отделах, отсутствие острых углов, резко выраженных бугров, гладкость поверхности.

По необходимости (наличие жалоб на чувство дискомфорта при пережевывании пищи, жевание на одной стороне, присутствие обильного зубного налета и камня на одной стороне зубочелюстной системы, боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе) приглашаются на консультацию ортодонт, ортопед, хирург-стоматолог.

Следующим этапом является зондирование шейки покрытого искусственной коронкой зуба. Для этой цели применяется зонд зубной изогнутый, при наличии сомнений — зонд зубной изогнутый с подсечкой, правый или левый. При осмотре и зондировании определяется длина искусственной коронки (длиннее, короче или совпадает с клинической коронкой зуба). Выявляется глубина погружения края коронки в зубодесневую борозду (доходит до края десны, погружена на 0,2–0,5 мм, погружена более чем на 0,5 мм). Оценивается состояние края искусственной коронки (плотно прилегает к шейке зуба, зонд входит между коронкой и зубом в нескольких участках — отдельные зазоры, зонд входит между коронкой и зубом по периметру искусственной коронки). При выявлении шероховатости, застревании кончика зонда, даже при отсутствии клинических симптомов, регистрируется наличие кариозного дефекта под искусственной коронкой.

Для уточнения диагноза и определения чувствительности зуба под искусственной коронкой проводится термодиагностика. В качестве хладагента можно применять аэрозоль, направляя тонкую струю на придесневую область обследуемого зуба. Кратковременная боль может свидетельствовать об оголении шейки зуба, расцементировке искусственной коронки, кариесе; лительная приступообразная боль — о воспалении пульпы зуба. Уменьшение болевой реакции под воздействием хладагента происходит при развитии гнойных процессов в пульпе. Отсутствие реакции возможно при ранее проведенном эндодонтическом лечении, облитерации полости зуба, некрозе пульпы, апикальном периодонтите.

Для подтверждения диагноза проводится горизонтальная и вертикальная перкуссия зуба под искусственной коронкой. Положительная реакция на перкуссию и степень ее выраженности определяют наличие и тяжесть воспалительного процесса в периодонте.

Определяется степень подвижности зуба под искусственной коронкой (пальпаторно или используется пинцет).

Проводится обследование десны (цвет, размер, контур, форма, текстура поверхности, позиция, консистенция, кровоточивость) в области зуба,

покрытого несъемной ортопедической конструкцией. Для оценки состояния зубодесневого прикрепления используется градуированный периодонтальный зонд с закругленным кончиком. Погружение периодонтального зонда более чем на 1 мм во фронтальном отделе, более чем на 3 мм в области жевательных зубов, свидетельствует о нарушении целостности зубодесневого прикрепления.

**Рентгенологическое исследование** относится к дополнительным методам обследования. При наличии у пациента множественных искусственных коронок, большой протяженности несъемных ортопедических конструкций, при длительности ношения более 5 лет, проводится ортопантомография (панорамный рентгено снимок). С помощью этого метода обследования получается информация о состоянии зубных рядов в целом, о структуре костной ткани, о периапикальной патологии, выясняется наличие деструктивных процессов в альвеолярной кости, периодонтальных карманов, скрытого кариеса, нависающих краев пломб, коронок. Близкофокусная контактная рентгенография (прицельные дентальные снимки или радиовизиография) применяется при наличии одиночных коронок с дефектами, выявлении жалоб или отдельных симптомов, положительной перкуссии в области зуба под искусственной короной. По прицельным рентгено снимкам уточняют деструктивные периапикальные изменения костной ткани, определяют уровень резорбции кости, наличие кариозной полости ниже края искусственной коронки, качество проведенного ранее эндодонтического лечения.

**Окончательный диагноз** устанавливается после снятия искусственной коронки с обследуемого зуба.

#### **Тактика врача в выборе метода лечения**

***Искусственная коронка не снимается с обследуемого зуба в следующих случаях:***

1. Окончательным является диагноз «кариес-КО2.», выбирается соответствующий метод лечения при расположении кариозной полости:
  - в области корня зуба при рецессии десны;
  - на вестибулярной (щечной) или язычной (небной) поверхности в придесневой области не глубже 1–2 мм под край искусственной коронки;
  - в придесневой области одиночно стоящего зуба не глубже 1–2 мм под край искусственной коронки;
  - щелевидная кариозная полость в ранее пролеченном эндодонтически зубе.

2. Пациент категорически отказывается от снятия искусственной коронки с обследуемого зуба по причине плохого состояния здоровья, страха перед препарированием, нежелания повторного протезирования, съемного протезирования, беспечного отношения к собственному здоровью. В таких случаях кариес дентина лечится доступом со стороны края коронки. Осложненный кариес может быть пролечен при возможности трепанации искусственной коронки и обеспечении доступа к корневому каналу зуба.

Оптимальный способ корректной постановки диагноза и выполнение полного объема лечебных манипуляций возможны после снятия искусственной коронки.

Препарирование эмали осуществляется алмазными борами средней зернистости с последующей обработкой поверхности мелкозернистой алмазной крошкой. Дентин обрабатывается твердосплавными борами, преимущественно шаровидной формы.

Расширяются показания к ручному препарированию: инструментами для ручного иссечения дентина обрабатываются полости, расположенные в области корня зуба или распространяющиеся на 1–2 мм под край искусственной коронки. Вручную удаляется размягченный дентин, который снимается пластинами при распространении кариозного процесса по плоскости.

При объеме разрушения менее 80% после эндодонтического лечения зуб восстанавливается с применением анкерных штифтов. При разрушении коронки зуба более 80%, при низких клинических коронках для укрепления опорного зуба применяются литые штифтовые культевые вкладки. Терапевтическое лечение включает эндодонтию и подготовку канала под ортопедическую конструкцию.

Эндодонтическое лечение проводится с применением анестезии методами витальной и девитальной экстирпации (по показаниям). При механической обработке корневых каналов используется техника Step back, Crown Down и методика сбалансированных сил. Медикаментозная обработка каналов проводится сочетанным использованием ЭДТА в виде 15–17% геля и 3% раствором гипохлорида натрия, по показаниям применяют 0,05%, 2,0% раствор хлоргексидина биглюконата. В процессе лечения осуществляется временное пломбирование корневых каналов препаратами гидроокиси кальция. Каналы пломбируют методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи с использованием силеров, в основе которых содержится цинкоксидэвгенол, эпоксидные смолы. Расширяются показания для применения в качестве силеров стеклоиономерных цементов, которые способны укреплять стенку корневого канала.

После рентгенологического контроля уровня заполнения корневого канала пломбировочным материалом осуществляется реставрация коронки зуба. Решение о методе восстановления зуба принимает врач-ортопед.

Для пломбирования кариозных полостей, расположенных в придесневой области, ниже уровня десны, применяется конденсируемый (пакуемый) стеклоиономерный цемент повышенной прочности, гибридный стеклоиономерный цемент тройного отверждения. Для заполнения кариозных полостей, расположенных выше экватора зуба, применяются светоотверждаемые микрогибридные композиты.

Пролеченные зубы покрываются восстановительными, опорными, фиксирующими коронками. Для фиксации искусственных коронок на запломбированных зубах рекомендуется использовать стеклоиономерные цементы.

Оценку качества проведенного лечения и протезирования проводят через 6, 12 мес. и 5 лет.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Не выявлены.