

МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКИХ НЕУДАЧ И ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБОВ ШТИФТОВЫМИ МЕТОДАМИ

PhD, доцент Ортикова Наргиза Хайруллаевна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Абдураззакова Азиза Бахтиёровна

Студентка III курса стоматологического Факультета Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация. В статье представлены результаты клинико-статистического исследования частоты клинических ошибок и осложнений при восстановлении дефектов коронковой части зубов с использованием штифтовых реставрационных конструкций. Проведено обследование 84 пациентов, у которых оценено состояние 116 зубов, восстановленных с применением эндоканальных штифтовых конструкций. Установлено, что клинические ошибки и осложнения выявлены в $76,3 \pm 1,8\%$ случаев. Наиболее распространёнными ошибками являлись нерациональное использование длины корневого канала ($27,9 \pm 1,9\%$), нарушение топографии корневого канала ($18,8 \pm 1,6\%$) и чрезмерное расширение корневого канала ($9,3 \pm 1,2\%$). Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности дефектов ортопедического лечения и необходимости совершенствования диагностических и лечебных подходов при применении штифтовых конструкций.

Ключевые слова: штифтовые конструкции, реставрация зубов, клинические ошибки, осложнения, ортопедическая стоматология, эндоканальные штифты.

Введение (Актуальность)

Восстановление значительно разрушенных зубов представляет собой важную проблему современной ортопедической стоматологии. После эндодонтического лечения зубы характеризуются снижением механической прочности и повышенной восприимчивостью к функциональным нагрузкам, что требует применения дополнительных ретенционных элементов. Одним из наиболее распространенных методов восстановления коронковой части зуба является использование эндоканальных штифтовых конструкций, позволяющих обеспечить надежную фиксацию ортопедических реставраций и восстановление функциональных характеристик зуба. Выбор конструкции штифта определяется

анатомо-морфологическими особенностями корневых каналов, степенью разрушения коронковой части зуба, состоянием периапикальных тканей и характером окклюзионных взаимоотношений.

Несмотря на внедрение современных технологий и материалов, частота осложнений после восстановления зубов штифтовыми конструкциями остается высокой. Основными причинами неудач являются врачебные ошибки, допущенные на диагностическом, эндодонтическом и ортопедическом этапах лечения. Ошибки могут проявляться в виде нерационального использования длины корневого канала, нарушения оси канала, перфораций корня, нарушений окклюзии и неудовлетворительного эстетического результата. Изучение структуры и частоты клинических ошибок и осложнений является необходимым условием повышения эффективности ортопедического лечения пациентов с дефектами твердых тканей зубов.

Цель исследования. Оценить частоту клинических ошибок и осложнений при восстановлении дефектов коронковой части зубов с использованием штифтовых реставрационных конструкций на основе клинико-статистического анализа результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-статистическое исследование 84 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет, которым ранее было выполнено ортопедическое лечение с применением штифтовых конструкций.

Всего обследовано 116 зубов с восстановленной коронковой частью:

- 80 зубов верхней челюсти
- 36 зубов нижней челюсти.

Клиническое обследование проводилось при искусственном освещении с использованием стандартного стоматологического инструментария.

Применялись следующие методы исследования:

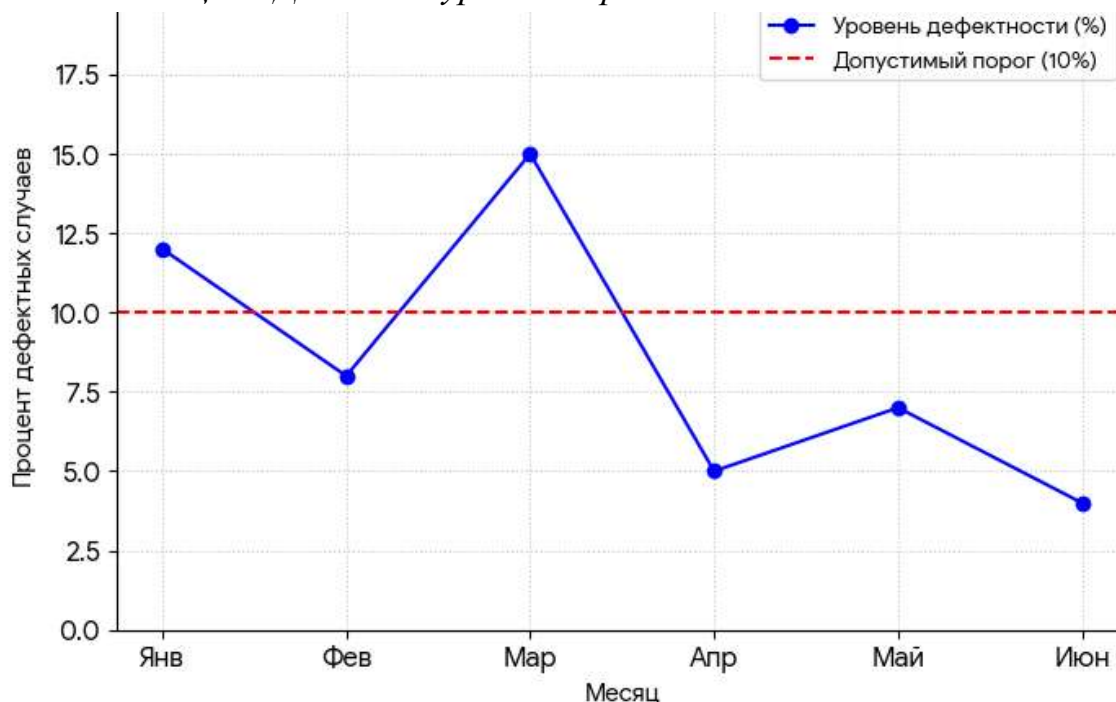
- сбор анамнеза
- клинический осмотр
- зондирование
- оценка состояния тканей пародонта
- анализ окклюзионных взаимоотношений.

Для оценки окклюзионных контактов использовали метод окклюдодиагностики. Всего получено 126 окклюдодиаграмм. Качество ортопедического лечения оценивали с использованием показателя уровня дефектности законченного лечения, основанный на выявлении несоответствий (дефектов) установленным стандартам и протоколам.

Приведем примеры методов расчета:

1. По числу дефектных случаев: Если в законченном лечении пациента выявлен хотя бы один дефект, весь случай считается дефектным
2. По количеству дефектов: Если важно учесть множественные ошибки в рамках одного случая (например, ошибки в документации + технический брак протеза) (Таблица 1).

Таблица 1. Динамика уровня дефектности законченного лечения



Оценивались следующие виды клинических ошибок:

- нерациональное использование длины корневого канала
- нарушение топографии корневого канала
- перфорация корня зуба
- чрезмерное расширение корневого канала
- некачественная фиксация штифта
- некачественная obturation корневого канала
- нарушение окклюзии
- неудовлетворительный эстетический результат
- патология маргинального пародонта
- функциональная перегрузка зуба
- неудовлетворенность пациента результатом лечения.

При отсутствии дефектов показатель уровня дефектности принимался равным нулю. Статистическая обработка проводилась с расчетом средних величин и стандартных ошибок ($M \pm m$). Достоверность различий определяли по критерию Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$.

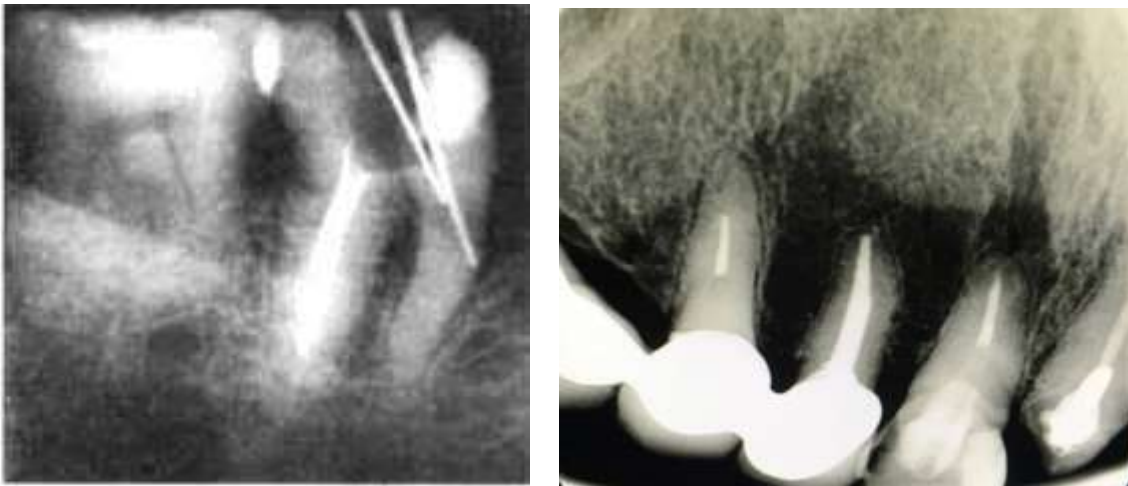


Рисунок 1. Некачественная obtурация корневого канала



Рисунок 2. Нарушение окклюзии и неудовлетворительный эстетический результат

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что клинические ошибки и осложнения при восстановлении зубов штифтовыми конструкциями выявлены в **76,3±1,8% случаев.**

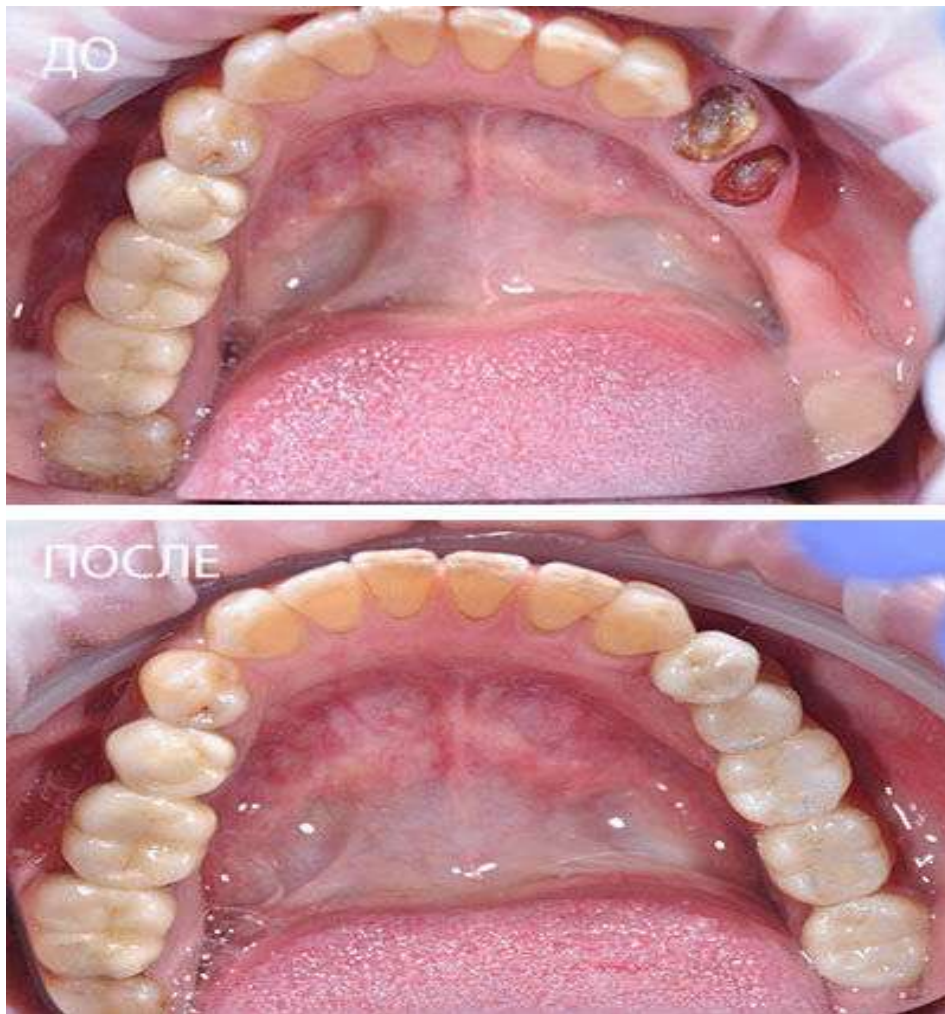


Рисунок 3. Результаты реставрации жевательных зубов, состояние зубов до и после лечения.

Наиболее часто осложнения наблюдались при восстановлении:

- премоляров — $77,5 \pm 3,3\%$
- моляров — $77,2 \pm 3,5\%$.

Наименьшая частота осложнений отмечена при реставрации резцов — $66,5 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$).

Наиболее распространенной клинической ошибкой являлось нерациональное использование длины корневого канала — $27,9 \pm 1,9\%$ случаев.

Частота данной ошибки составила:

- моляры — $35,2 \pm 4,0\%$
- клыки — $29,1 \pm 6,1\%$
- премоляры — $28,1 \pm 3,6\%$
- резцы — $22,0 \pm 2,9\%$.

Нарушение топографии корневого канала выявлено в $18,8 \pm 1,6\%$ случаев.

Чрезмерное расширение корневого канала определялось в $9,3 \pm 1,2\%$ случаев, наиболее часто при восстановлении премоляров — $14,4 \pm 2,8\%$.

Перфорация корня зуба зарегистрирована в $3,6\pm 0,8\%$ случаев, преимущественно при восстановлении моляров — $6,9\pm 2,1\%$.

Некачественное заполнение ложа для штифта цементом выявлено в $8,8\pm 1,2\%$ случаев.

Средний показатель уровня дефектности законченного лечения составил $0,67\pm 0,08$.

Наиболее высокие показатели уровня дефектности отмечены:

- нижняя челюсть — $0,84\pm 0,07$
- моляры — $0,80\pm 0,11$
- премоляры — $0,78\pm 0,05$.

Результаты обсуждения. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности клинических ошибок при применении штифтовых конструкций. Наиболее значимыми факторами развития осложнений являются нарушения эндодонтической подготовки корневого канала и несоблюдение принципов ортопедического лечения. Особое значение имеет нерациональное использование длины корневого канала, приводящее к снижению ретенции конструкции и повышению риска функциональной перегрузки зуба. Нарушение топографии корневого канала и чрезмерное расширение канала существенно повышают вероятность ослабления корня зуба и развития переломов.

Высокие показатели уровня дефектности лечения свидетельствуют о необходимости совершенствования диагностических методов и повышения качества ортопедического лечения пациентов.

Выводы. Таким образом можно выделить следующее:

1. Клинические ошибки и осложнения при восстановлении дефектов коронковой части зубов штифтовыми конструкциями выявляются в $76,3\pm 1,8\%$ случаев.
2. Наиболее высокая частота осложнений отмечается при восстановлении моляров и премоляров, наименьшая — при реставрации резцов.
3. Основными клиническими ошибками являются:
 - нерациональное использование длины корневого канала
 - нарушение топографии корневого канала
 - чрезмерное расширение корневого канала.
4. Показатель уровня дефектности законченного лечения составляет $0,67\pm 0,08$, что свидетельствует о высокой распространенности клинических погрешностей.
5. Совершенствование диагностических и лечебных подходов позволяет снизить частоту осложнений при применении штифтовых конструкций.

Литература

1. Арутюнов А. С., Щупак В. В. Сравнительный анализ результатов напряженно-деформированного состояния штифтовых зубных протезов. Актуальные проблемы стоматологии Сб. тр. Под ред. проф. И. Ю. Лебедеико. М., 2002. С. 6–10.
2. Khairullayevna, O. N. (2025). THE ORIGINS AND FACTORS CONTRIBUTING TO THE DEVELOPMENT OF STOMATORNOBIA IN CHILDREN. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 83(4), 392-397.
3. Малый А. Ю. Проблема унификации подходов к выбору конструкций протезов в клинике ортопедической стоматологии. Актуальные проблемы стоматологии Сб. тр. Под ред. проф. И. Ю. Лебедеико. М., 2002. С. 130–133.
4. Ортикова, Н. Х., & Бакиев, Ш. Ш. (2025). ИНТЕГРИРОВАННЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ СНИЖЕНИИ ПРИКУСА. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 83(4), 380-385.
5. 5.Галиев Р. Г. Многоуровневая оценка качества стоматологического ортопедического лечения. Проблемы стоматологии. 2006.С. 29–35.
6. Онопа Е. Н., Токмакова С. И., Павликов Д. С. Способ рационального пломбирования корневых каналов при лечении патологии твердых тканей зубов с использованием штифтовых конструкций. Удостоверение на рационализаторское предложение 810 от 7.04.06. ГОУ ВПО АГМУ.
7. Ортикова, Н. Х. (2025). СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 83(4), 386-391.
8. Khairullayevna, O. N., KHASANOVICH, I., & Qizi, T. M. B. (2025). ANALYSIS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS IN NEED OF ORTHOPEDIC CARE. Cuestiones de Fisioterapia, 54(3), 4794-4801.
9. Микропротезирование. Реставрация коронковой части зуба современными композитными материалами с применением анкерных штифтов Н.С. Дроботун и др. Новое в стоматологии. 2001. № 3. С. 20–27.