



Е.П. Рыбникова,
Руководитель учебного центра
«TBI Company», преподаватель-клиницист

Кариозные и некариозные поражения твердых тканей пришеечной области зуба

Эта, а также все предыдущие и последующие статьи рубрики «Учебный центр „TBI Company“ представляет» будут включены в книгу Елены Рыбниковой «Атлас комплексных клинических случаев в эстетической стоматологии».

Подробности — на сайте www.stomakursy.ru

Некариозные поражения твердых тканей зубов представляют собой не очень многочисленную, однако разнообразную по клиническому проявлению и происхождению группу заболеваний. Большинство из них изучены недостаточно, что затрудняет проведение профилактики и лечения.

Разнообразие этиологических факторов и соответствующих клинических проявлений предполагает различные тактики лечения при визуально схожих ситуациях. Рассмотрим некоторые из них, имеющие схожую, на первый взгляд, клиническую картину, но принципиальное различие при выборе лечения.

Наряду с некариозными поражениями в пришеечной области, также может возникать кариес (рис. 1).

Для профилактики кариеса V класса, а также лечения на стадии мелового пятна мы рекомендуем выполнять аппликации в течение 1 минуты препаратом «Сноу гель» на протяжении двух недель один раз в полгода. При наличии кариозной полости необходимо иссечь пораженные ткани зуба и выполнить реставрацию.

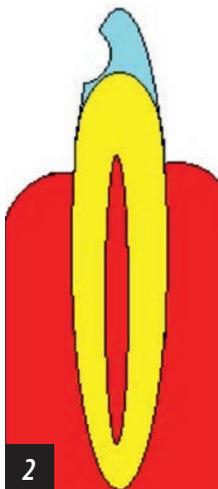


ЭРОЗИЯ ЗУБОВ

Это прогрессирующая убыль тканей зубов (эмали и дентина), обусловленная употреблением в пищу большого количества плодов цитрусовых и их соков либо вредными условиями производства (рис. 2).

Проявление эрозии зубов

Эрозия представляет собой овальный или округлый дефект эмали, расположенный в поперечном направлении наиболее выпуклой части вестибулярной (губной) поверхности коронки зуба. Дно эрозии гладкое, блестящее и твердое. Постепенное углубление и расширение границ эрозии приводит к утере всей эмали и части дентина (рис. 3).



Лечение эрозии

Прежде всего наша задача — стабилизировать процесс и укрепить эмаль и дентин в области предстоящей реставрации. Этого можно достичь при дополнительной минерализации твердых тканей зубов методом аппликаций.

Назначаем ежедневно в течение 10 дней 10-минутные аппликации 10% раствора глюконата кальция. После этого в течение 10 дней на область эрозии наносят на 1 минуту «Сноу

гель» (рис. 4). Завершается лечение реставрацией зубов (рис. 5).



КЛИНОВИДНЫЙ ДЕФЕКТ

Название этого патологического изменения обусловлено формой дефекта твердых тканей зуба (вид клина, рис. 6). Клиновидный дефект образуется на корневой части зуба вследствие механического воздействия на обнаженный цемент, а затем и дентин зуба. Дефект локализуется на щечных и губных поверхностях.

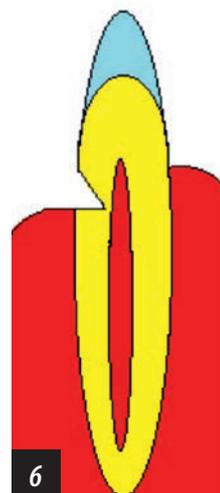
Причины возникновения клиновидного дефекта

Клиновидный дефект образуется из-за воздействия зубной щетки на оголенный в результате рецессии корень зуба.

Проявление клиновидного дефекта

Клиновидный дефект в большинстве случаев не сопровождается болевыми ощущениями. Иногда больные указывают на дефект ткани у шейки зуба. Обычно он прогрессирует медленно, а при углублении контур дефекта не изменяется и не возникает болезненных ощущений, как при других схожих некариозных поражениях (эрозия эмали, абфракционный дефект). Спокойное течение и медленное истирание сопровождаются интенсивным образованием заместительного дентина, и боли не возникают.

Клиновидные дефекты могут быть единичными или множественными, в зависимости от характера рецессий: при вертикальных рецессиях — единичные, при горизонтальной — множественные. Стенки дефекта плотные, блестящие, гладкие. Если дефект подходит близко к пульпе зуба, то видны





ее контуры. Однако пульпа зуба никогда не вскрывается. Клиновидный дефект может достигать такой глубины, что под влиянием механической нагрузки может произойти перелом коронки зуба.

Пациенты либо не предъявляют жалоб вообще, либо жалуются на эстетическую неполноценность внешнего вида зубов (рис. 7).

Лечение

В начальной стадии применяют препараты, повышающие устойчивость твердых тканей зуба — аппликации 10% раствора глюконата кальция или «Сноу пенка» (рис. 8).

Принимаются меры предосторожности по уменьшению механического воздействия на зубы. Для чистки зубов применяются электрические реципрокные зубные щетки. Движения обычной зубной щетки должны быть вертикальными или круговыми, но не горизонтальными!

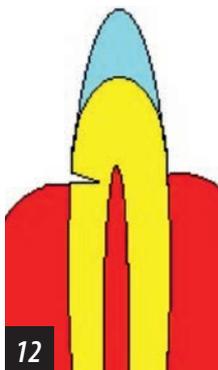
При наличии выраженных дефектов твердых тканей производится их пломбирование композитными материалами Sapphire или Crystal Fill с препарированием в малоинвазивной технике полировочными борами с повышающим наконечником (рис. 9).

При выборе лечения клиновидного дефекта мы должны учитывать, что он образовался вследствие рецессии десны. В целях восстановления естественной эстетики, при значительном оголении корня, необходимо хирургическим путем устранить рецессию, а затем выполнить реставрацию оставшегося на поверхности дефекта (рис. 10, 11).



АБФРАКЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ

Располагается в пришеечной области и имеет правильную форму (рис. 12). Внешне абфракционный дефект очень похож на клиновидный, но существуют и некоторые различия: нет рецессии десны. Процесс развивается на «встречных» зубах, например, при поражении зуба 2.4 процесс развивается также на зубах 3.4 и 3.5 (рис. 13, 14).



Причины возникновения абфракционного дефекта

Основной причиной возникновения таких дефектов является негармоничное смыкание зубных рядов — нарушение окклюзии. В случае нарушения положения зубов относительно антагонистов (смещение по оси, наклон нижних зубов в щечном направлении и т.п.), при первом контакте зубов во время глотания, жевания или любом другом смыкании зубов давление распределяется неравномерно и возникает чрезмерная окклюзионная нагрузка на группу зубов, поэтому в пришеечной области таких зубов возникают абфракционные дефекты.

Клиническое проявление дефекта сопровождается, как правило, гиперестезией. Форма дефекта щелевидная, локализуется в области эмалево-цементной границы.

Лечение

Лечение абфракционных дефектов должно начинаться с диагностики и нормализации окклюзии. Диагностику лучше всего проводить до и после проведения лечебных мероприятий. Мы проводим окклюзионную диагностику по авторской методике доцента О.П. Максимовой. Данная методика включает в себя анализ смыкания зубных рядов в семи базовых окклюзионных положениях челюстей относительно друг друга. Исследование занимает 5—10 минут и очень просто в исполнении, не требует дополнительного оборудования и позволяет при корректном исполнении провести 100% точный анализ. В нашем учебном центре ежемесячно проводится однодневный практический курс по освоению данной методики диагностики и нормализации окклюзии.

Также для выбора правильной тактики лечения необходимо изучить ортопантомограмму пациента.

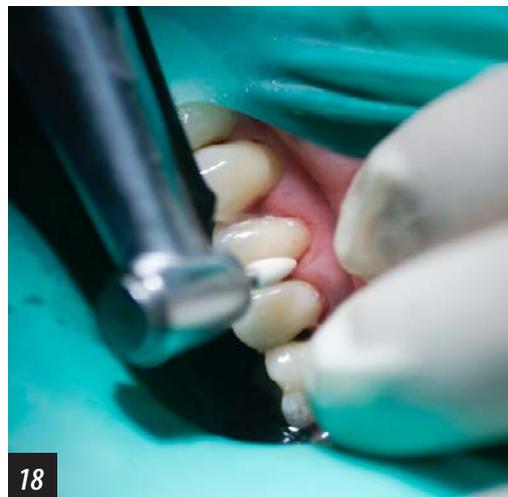
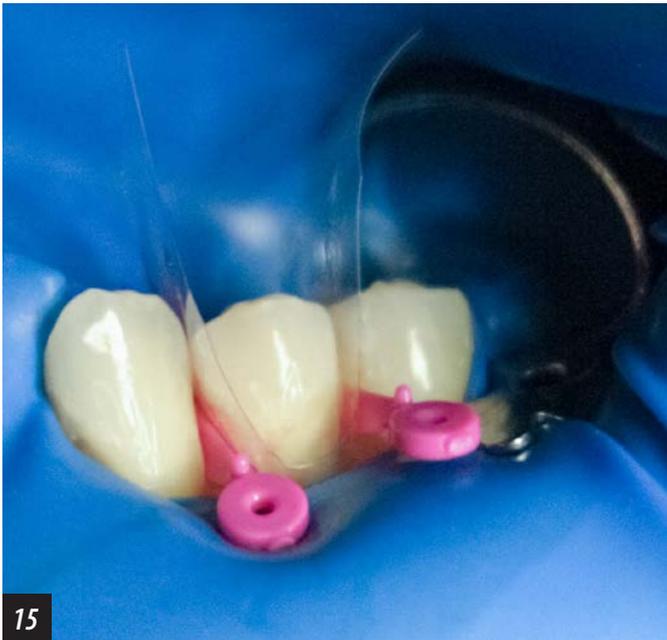
Когда травмирующие факторы обнаружены, выбирается рациональный путь устранения перегрузки зубов. Это может быть ортодонтическое лечение с установкой брекетов для устранения неправильного прикуса, протезирование и изготовление коронок, избирательное шлифование или хирургическое вмешательство (хирургическая ортодонтия, удаление третьих моляров). Процесс лечения небыстрый, но когда нагрузка на зубы распределяется равномерно, то в области абфракционных дефектов уже можно выполнить реставрацию.

Необходимо раскрыть щелевидную полость в направлении экватора для обеспечения эстетичности,

прочности и надежной фиксации реставрации, сохранения биомеханических и прочностных параметров оставшихся твердых тканей зуба, а также для обеспечения оптимальных условий взаимодействия пломбировочных материалов с эмалью и дентином.

При реставрации пришеечных дефектов необходима тщательная изоляция рабочего поля. Применение коффердама для изоляции пришеечных полостей обязательно (рис. 15). Реставрация выполняется минимум тремя порциями (рис. 16). По окончании восстановления объема необходимо обработать придесневую край пломбы атравматичными борами (рис. 17, 18). Отдаленный результат, спустя 4 года, показан на рис. 19.







ВЫВОД

При лечении заболеваний пришеечной области необходимо учитывать их этиологию.

Лечение клиновидного дефекта возможно в двух направлениях: либо реставрация твердых тканей зуба, либо пластическая хирургия десны, с восстановлением естественного контура пришеечной области зуба.

За две недели до реставрации эрозии пациенту необходимо дать рекомендацию воздержаться от употребления citrusовых и назначить ремтерапию. Мы в данном случае используем готовую форму «Сноу пенка» (см. рис. 8). Только по окончании данной терапии можно проводить реставрацию зубов в зоне эрозии.

Если пациент обратился по поводу абфракционного дефекта, то необходимо вначале нормализовать окклюзию и только после этого приступать к реставрации (рис. 20).

Оптимизация окклюзии избавит не только от абфракционных дефектов, но и предотвратит трещины и сколы эмали здоровых зубов, а также ранее изготовленных реставраций, установленных виниров и коронок.

Прогнозируемая пародонтология и легкое решение сложных проблем в гнатологии — курс в учебном центре «ТВИ Company»

Тел.: (495) 695-17-96, +7 (964) 704-14-21 (Дианов Павел)
stomakursy.ru www.tbi.ru tbi1@bk.ru