

Лекция 2

Некариозные поражения, возникшие после прорезывания зубов. Причины возникновения. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика

Дефекты твердых тканей в пришеечной области – могут быть этиологически и патогенетически отличны от кариозных дефектов. Более чем 70% цервикальных поражений – такие из них. Чаще такие поражения появляются с возрастом. Некоторые из них появляются как результат постоянного, умеренного повреждения твердой ткани зуба, в отличие от кариозной атаки. Пришеечное повреждение из-за потери твердой субстанции зуба от эмалево-цементной границы, и обычно захватывающее как часть коронки зуба, так и корня. По классификации дефектов Блэка – V класс – полости в пришеечной части зуба на вестибулярной и лингвальной поверхности зубов.



Пришеечные поражения могут возникать как по причине кариеса, так как некариозные поражения: эрозии, абразивные дефекты, абфракционные дефекты.

Классифицируют пришеечные поражения по этиологии.

Кариозные поражения.

Цервикальный кариес – это кариес гладкой поверхности. Начинаясь с эмали, распространяется параллельно ходу эмалевых призм на этой поверхности эмали зуба, через ее потерю. Эта потеря эмалевой ткани может идти различными путями: истиранием (истончением поверхности), эрозированием (разъеданием поверхности), разламыванием, растрескиванием (абфракции поверхности) и т.п. Эти изменения поверхности эмали нельзя назвать дефектами ее развития, или воспалительными заболеваниями. Они рассматриваются, скорее всего, как регрессивная альтерация (повреждение). Морфологически, эти повреждения имеют различную форму: от не-

большой потери выпуклости эмали от нормальной, до обширных участков уплощений, углублений, возникновений форм дефектов в виде узкой борозды или даже клина.

Дефекты, вызванные истиранием, часто по причине чрезмерного усилия посторонними предметами, например зубной щеткой, или зубной нитью. Кроме этого, дефекты, вызванные истиранием, могут возникать от чрезмерного усилия при жевании. Все абразивные дефекты имеют похожую форму: как соусник или клин, с твердой, гладкой, блестящей поверхностью. Часто сопровождается рецессией десны, которая обнажает корни зубов. Однако при дополнительном осмотре, можно обнаружить на режущих краях передних зубов характерные дефекты (у курильщиков трубок, у портных, держащих иголки во рту). Наиболее частой, основной причиной дефектов истирания, является ежедневное использование слишком абразивных средств и предметов гигиены, например, зубных паст, особенно в комбинации с кислотными субстанциями, которые влекут растворение эмали, а затем и дентина. Неправильные методики чистки зубов, применение чрезмерных усилий. Наличие твердых металлических частей конструкций усиливает это действие. Степень истирания зависит от абразивности зубной пасты и угла чистки поверхности зуба. Горизонтальная чистка и прямой угол к вертикальной оси зуба ведут к серьезной потере зубной ткани. Форма дефекта зависит от применяемой силы и частоты применения, а также от скорости формирования заместительного дентина, т.е. как эффективно работают протективные механизмы.

Пришеечный износ на контактных поверхностях зубов часто имеет причину чрезмерного применения зубочисток и зубных нитей.



Эрозивные дефекты

Эрозии, это четко отграниченные блюдцеобразные или неправильной формы углубления, по причине химического повреждения пришеечной области, чаще вестибулярной поверхности, без участия микроорганизмов. Прогрессирование эрозии идет по направлению, перпендикулярному вертикальной оси зуба. Поверхность эрозии гладкая, блестящая, как полированная. Обычно эрозия располагается в десневой части губной поверхности центральных зубов, хотя может быть и на других поверхностях, например, язычной. Декальцификация вызывается кислотами напитков (лимонад, Соса Cola), цитрусовыми соками, или сочетаться с кислой рН слюны.



Кислота желудочного сока при частой рвоте у пациентов с булимией или нервной анорексией, может приводить к образованию эрозий на язычных поверхностях передних зубов как верхней, так и нижней челюстей. Часто подвержены таким повреждениям молодые женщины.



Эрозии могут быть локализованными и генерализованными.



Абфракционные дефекты (дефекты с микроотломами твердых тканей). Во время жевания, в эмали могут образовываться микротрещины, особенно после окончательной минерализации эмали, через 5 лет после прорезывания в полость рта.



Повышенная стираемость, горизонтальный тип (абфракционный дефект)

При чрезмерном сжатии челюстей при жевании, или при неправильной динамике жевания, со временем, происходит растрескивание и выпадение кусочков эмали из наиболее выпуклой ее части. Дефекты образуются на щечных поверхностях зубов, чаще нижних. Форма дефектов может быть различна: в виде острых углов, или клинов, с дном наибольшей концентрации эластического стресса. Может осложняться кариесом.

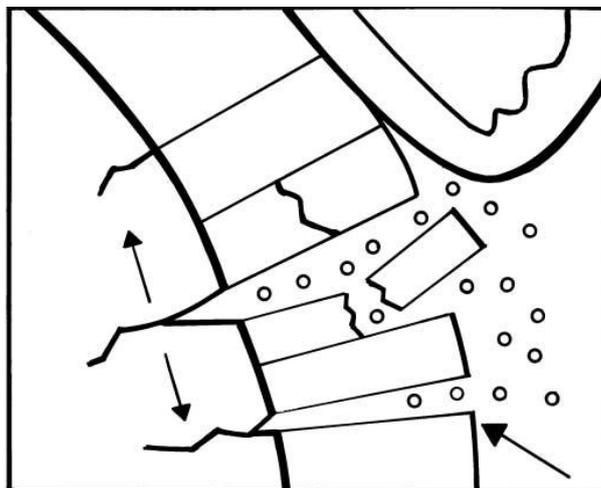


Схема образования клиновидного дефекта на твердых тканях

Нозологические формы



Эрозия эмали



Клиновидный дефект



Повышенная стираемость (типы: горизонтальный, вертикальный, смешанный)



Некроз твердых тканей

Так называемый «некроз» твердых тканей, это некариозные дефекты пришеечной локализации, в области корня зуба, осложненные кариесом. Часто наблюдаются у пациентов после лучевой терапии; у пациентов с нарушением саливации, из-за приема препаратов, или у курильщиков.



Ксеростомия

Восстановление зубов, имеющих дефекты некариозного происхождения

Зависит от протяженности дефекта. Зубы не могут быть восстановлены только в пределах дефекта, без учета профилактических мероприятий.

Превентивные мероприятия.

Пациент должен быть ознакомлен с его ошибками в проведении ежедневной гигиены полости рта. Должны быть даны рекомендации по выбору средств и предметов ежедневной гигиены, по правилам приема пищи: измельчение, соки через соломинку, ограничение сладкого, кариеспрофилактические меры.

Выбор материала для реставраций

Типы материалов: композит, СИЦ, амальгама, керамика, золотые вкладки.

Восстановление композитными материалами.

Предпочтение следует отдать микрофильным материалам. Современные микрофильные материалы достаточно устойчивы к истиранию, их модуль эластичности может позволить некоторое пружинящее изменение объема при жевании без нарушения границы перехода эмаль – композит. Применение систем адгезии с гибридизацией на эмали и дентине, системы IV и V поколений

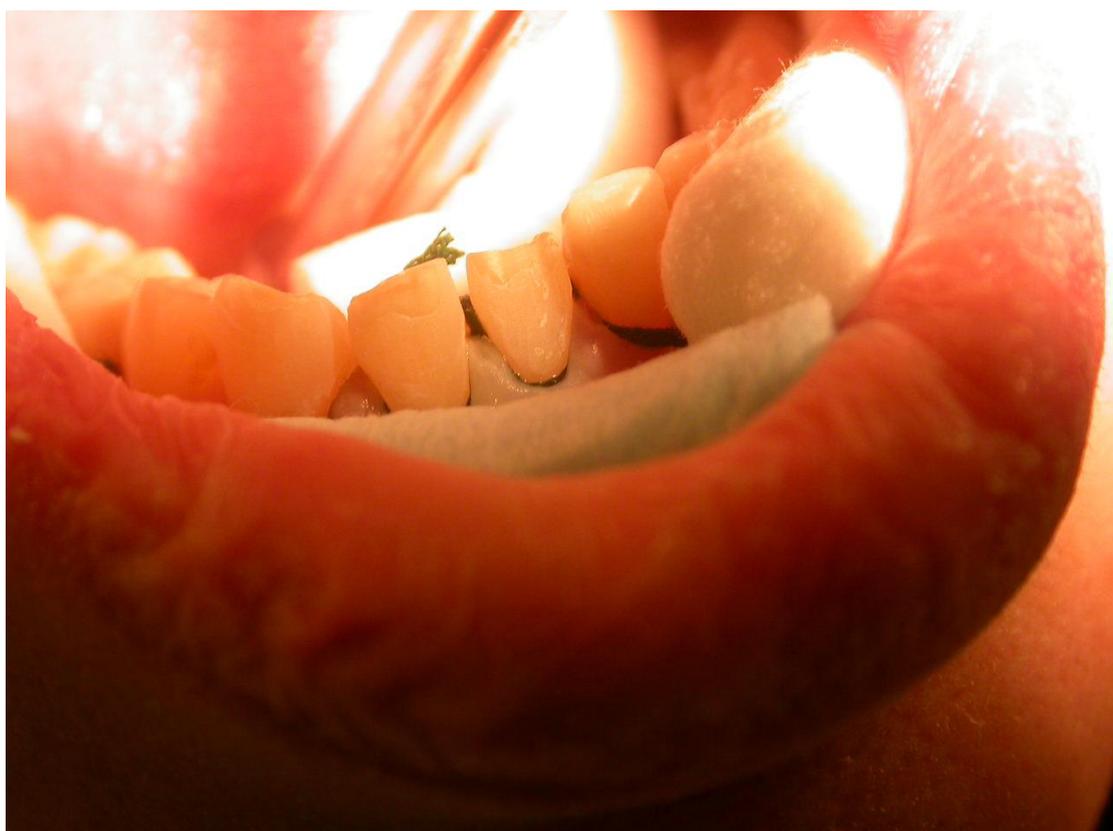
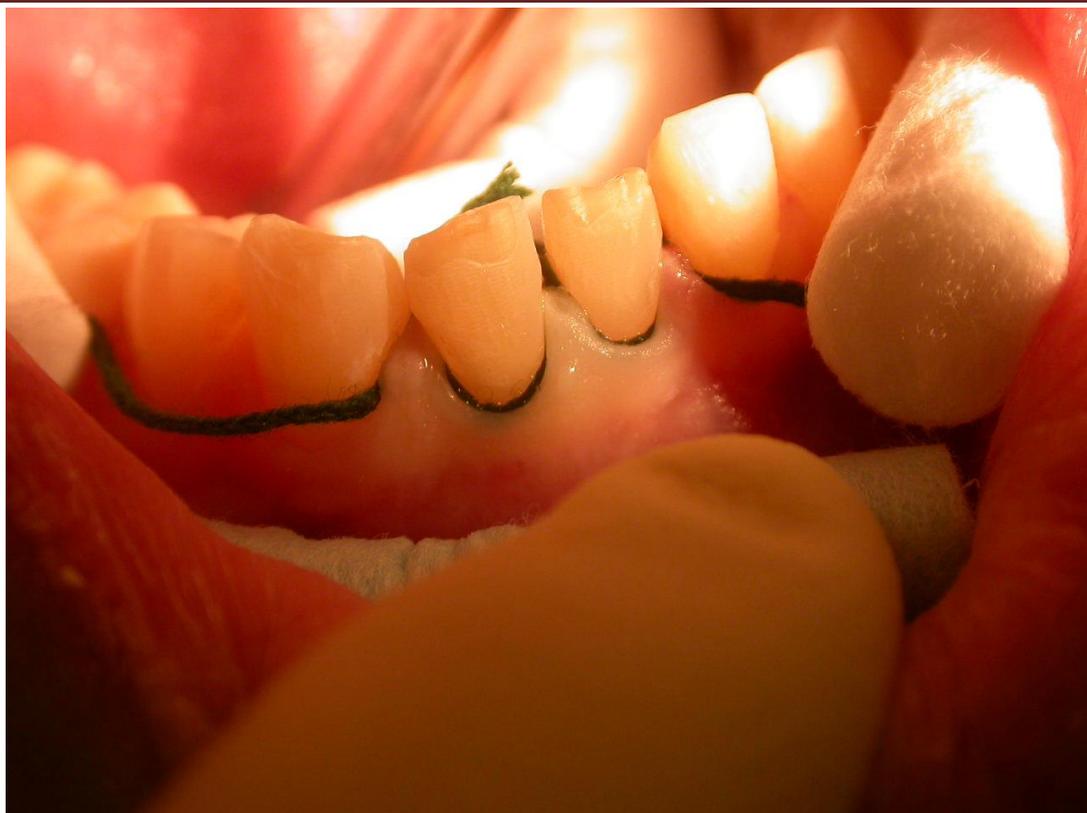
Диагностика динамики окклюзии (латеральная и передняя окклюзия). Клыковой путь, фронтальное управление.

Этапы обработки полости

- Удаление нежизнеспособных, легко отсоединяющихся тканей зуба.
- Создание скоса на эмалевом крае более чем 90 градусов, или «фасочного» скоса. Одноступенчатого, или многоступенчатого. Особенно на крае дефекта, обращенного к режущему краю, или к вершине бугра.

- В области корня зуба, переход дна и стенок должен иметь угол, стремящийся к 90 градусам. Возможно апикальное продвижение придесневой стенки полости, для наложения большего количества материала и надежности края.







Конспект лекции подготовлен Абрамовой Н.Е., к.м.н., доцентом кафедры стоматологии общей практики (зав. кафедрой д.м.н. Силин А.В.)
Иллюстративный материал из глобальной сети.