

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»**

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Реферат: «Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов. Патологическое стирание, гиперестезия, травматические поражения зубов»

Выполнил:
клинический ординатор 1-го года обучения
Специальность: стоматология общей практики
Аттокуров Д.К.
Руководитель ординатуры: к.м.н., доцент Тарасова Н.В.

Красноярск 2016 г.

Несмотря на использование современных методов исследования, этиология и патогенез многих некариозных поражений недостаточно изучен. Патологическое стирание зубов достаточно часто встречающаяся патология среди населения (около 12%), своевременная диагностика и лечение которой предотвращает серьезные нарушения функции височно-нижнечелюстных суставов.

Острая травма зубов часто становится причиной разрушения и утраты зубов фронтальной группы. Своевременно оказанная квалифицированная помощь позволяет сохранить анатомическую целостность зубных рядов, а в некоторых случаях, и жизнеспособность поврежденных зубов.

Стирание зубов - физиологический процесс, является результатом функции жевания. Курляндский Ф.Ю. различает три состояния твердых тканей зубов:

отсутствие стирания, физиологическое стирание, патологическое стирание.

До 30 лет стирание ограничивается пределами эмали, к 40 годам в процесс вовлекается дентин, к 50 годам процесс стирания дентина увеличивается, к 60 годам наблюдается значительное стирание дентина передних зубов, а к 70 годам оно нередко распространяется до коронковой полости зуба. В современной жизни стираемости зубов способствует кислая пища, но главной причиной остается бруксизм (парафункция). Нарушение окклюзионных отношений в сочетании с нервозностью, невротическим поведением, эмоциональным стрессом ведет к скрежетанию зубами (бруксизм).

Стирание эмали, на которое уходят годы, обнажает более мягкий дентин, после чего этот процесс идет значительно быстрее. Локальное стирание может быть обусловлено вредными привычками, держанием во рту мундштуков, различных инструментов, гвоздей, перекусыванием проволоки, грызть семечки. В результате повторений движений между передними зубами образуется характерная выемка.

Различают горизонтальный и вертикальный типы стирания твердых тканей.

По форме: локализованная и генерализованная. По степени: 1 степень - незначительное стирание эмали бугров и режущих краев коронок зубов, 2 степень - стертость эмали бугров зубов, режущих краев с обнажением дентина, 3 степень - стирание эмали и значительной части дентина до уровня коронковой полости зуба.

Клиника. Повышение чувствительности зубов к температурным, химическим раздражителям. По мере углубления процесса - снижение электровозбудимости пульпы зубов (у 30% больных) до 20 мкА. Изменение внешнего вида за счет снижения нижнего отдела лица и резкого снижения прикуса. Возникновения болей в височнонижнечелюстном суставе.

Лечение. Устранение местных причин, повышенной чувствительности зубов, шлифование острых краев зубов, для исключения травмы СОПР. При значительной стираемости, коронковая часть зубов может быть

восстановлена ортопедическими конструкциями. При локализованной форме стирания на стертые зубы следует изготовить колпачки с напаянными на них литыми жевательными поверхностями или фасетками.

Гиперестезия твердых тканей зубов – некариозное поражение, при котором зубы неадекватно реагируют на физические и химические раздражители. Термин, а в условиях клиники – диагноз ”гиперестезия”, в одних случаях используется для обозначения симптомов или осложнений некариозных заболеваний, а в редких случаях отражает лишь преходящую болевую реакцию, связанную с нарушением функционального состояния ЦНС.

Этиология. Причиной повышенной чувствительности при неповрежденной эмали часто является употребление кислых фруктов, ягод и овощей, главным образом, в летний и осенний период. Кроме того, гиперестезия может возникнуть в результате кратковременного воздействия паров минеральных и органических кислот, а также в результате действия на зубы проникающей радиации.

Патогенез. Для понимания сущности собственной гиперестезии эмали наиболее приемлемым следует признать представление Лукомского (1955) о функциональной недостаточности эмали. Имеются современные данные о проницаемости эмали и ее зависимости от состава и свойства слюны, изменяющихся при различных состояниях организма. В свою очередь больные, страдающие системной гиперестезией зубов, нередко обнаруживают признаки болевой чувствительности и со стороны различных органов и признаки неустойчивости вегетативной нервной системы. Клиническая картина

Гиперчувствительность зубов появляется при употреблении сладкого, кислого, соленого и острого. Холодная и горячая пища, воздух и прикосновения у пациентов с гиперестезиями также вызывают болезненные ощущения. При этом характер болей может быть незначительным и проявляться лишь дискомфортом, так и интенсивным со значительным болевым синдромом.

При незначительной интенсивности гиперестезий, зубы реагируют лишь на температурные раздражители. При средних проявлениях ткани зуба чувствительны как к переменам температур, так и к химическим раздражителям. Глубокие поражения зубной эмали проявляются интенсивностью гиперчувствительности зубов, зубы остро реагируют на все типы раздражителей, в том числе и на тактильные.

Во время появления болей отмечается повышенное слюноотделение, разговор и принятие пищи сопровождаются болезненностью, пациенты принимают вынужденное положение, при котором щеки минимально соприкасаются с зубами. Из-за этого лицо выглядит одутловатым.

Гигиена полости рта становится затрудненной, а в некоторых случаях невозможной. Это приводит к появлению зубного налета, что провоцирует множественный кариес, воспалительные и деструктивные изменения тканей пародонта. Эти факторы лишь усиливают проявления гиперестезий, в

дальнейшем присоединяется рецессия или гиперплазия десен, которые еще более усиливают симптоматику. Таким образом, отсутствие лечения на начальном этапе гиперестезии зубов, приводит к постепенному прогрессированию и к присоединению других заболеваний полости рта.

Лечение.

Общее лечение:

- глицерофосфат кальция, глюконат кальция, фитин, коамид, (1мл 1% р-ра разбавляют 50 мл и выпивают в два приема утром и вечером, 3-4 недели), витамины D2, А, В, С, 3 драже на прием 1 р в день после еды.

Местное лечение:

1. Втирание: фтористой пасты 75% , стронциевой пасты 75%, тиаминовой пасты, азотнокислого серебра, р-ра хлористого серебра, аппликации 1-2% р-ра фторида натрия, фторлака, “ Флюокаль” в течение 1 мин. 2-3 раза, Fluor Protector 1-3 процедуры в течение 7-10 дней, 1% коамид, 1% водный р-р натрия мефенамина 2-3 раза 10-12 мин., курс лечения 7-10 процедур.
2. Физиотерапия: электрофорез или фонофорез: р-ра фторида натрия, 2,5% глицерофосфата кальция 10 сеансов по 20 мин, 2% кальция хлорид, витамин В1 + новокаин. Локальное УФО 1-2 биодозы через день в течение 2 недель. Лазер.

Травматические поражения твердых тканей зуба

Классификация острой травмы зубов (Чупрыкина Н.М. 1985).

1. Ушиб
2. Вывих

2.1. Неполный, а/ без смещения б/ смещение в сторону соседнего зуба в/ поворот зуба вокруг продольной оси г/ смещение коронки в вестибулярном направлении д/ смещение коронки в сторону полости рта е/ смещение в сторону окклюзионной плоскости

2.2. Вколоченный

2.3. Полный

3. Трещина

4. Перелом (поперечный, косой, продольный)

4.1. Коронки в зоне эмали

4.2. Коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба

4.3. Коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба

4.4. Зуба в области эмали, дентина и цемента

4.5. Корня в пришеечной, средней, верхушечной третях

5. Сочетанные (комбинированные травмы)

6. Травма зачатка

7. Ушиб зуба

Иногда в результате ушиба возникают разрыв сосудистого пучка,

кровоизлияние в пульпу. Состояние пульпы оценивают путем определения ее электровозбудимости, которое проводят через 2—3 дня после травмы.

Дифференцировать ушиб зуба следует от перелома корня, при котором может быть такая же клиническая картина, однако перелом корня зуба четко определяется на рентгенограмме.

Лечение заключается в создании покоя для зуба. Это достигается исключением из пищевого рациона твердой пищи. У маленьких детей можно исключить зуб из контакта путем сошлифовывания режущего края коронки антагониста. Сошлифовывать края коронки постоянного зуба нежелательно.

При необратимых нарушениях в пульпе пострадавшего зуба показаны трепанация коронки, удаление погибшей пульпы и пломбирование канала. Если имеет место потемнение коронки, то перед пломбированием ее отбеливают гидроперитом.

Вывих зуба

Это смещение зуба в лунке, возникающее при боковом или вертикальном направлении травмирующей силы. При нормальном состоянии пародонта требуется значительное усилие для смещения зуба. Однако при резорбции костной ткани вывих может произойти при незначительном воздействии, например при разжевывании жесткой пищи. Вывих может сопровождаться повреждением целостности десны.

Различают вывих полный, неполный и вколоченный. Вывих может быть изолированным или сочетаться с переломом корня зуба, альвеолярного отростка или тела челюсти.

Полный вывих зуба характеризуется выпадением его из лунки.

Неполный вывих — частичное смещение корня из альвеолы; он всегда сопровождается разрывом волокон периодонта на большем или меньшем протяжении.

Вколоченный вывих проявляется частичным или полным смещением зуба из лунки в сторону тела челюсти, приводящим к значительному разрушению костной ткани.

Больной жалуется на болезненность одного зуба или группы зубов, возникновение их значительной подвижности, точно указывает время возникновения и причину этих нарушений.

В первую очередь необходимо решить вопрос о целесообразности сохранения такого зуба. Основным критерием является состояние костной ткани у корня зуба. При ее сохранности на протяжении не менее половины длины корня зуб целесообразно сохранить. Сначала устанавливают зуб на прежнее место (под анестезией), а затем создают покой зубу — исключают его подвижность. С этой целью проводят шинирование (проволокой или быстротвердеющей пластмассой). Затем следует определить состояние пульпы зуба. В некоторых случаях при смещении корня происходит разрыв

сосудисто-нервного пучка, но иногда пульпа остается жизнеспособной. В первом случае, при некрозе, пульпу необходимо удалить, а канал запломбировать, во втором случае пульпу сохраняют. Для оценки состояния пульпы определяют ее реакцию на электрический ток. Реакция пульпы на ток 2—3 мкА указывает на ее нормальное состояние. Следует, однако, помнить, что в первые 3—5 дней после травмы снижение возбудимости пульпы может быть ответной реакцией на травматическое воздействие. В таких случаях необходимо проверить состояние пульпы в динамике (повторно). Восстановление возбудимости свидетельствует о восстановлении нормального состояния. Если зуб при повторном обследовании реагирует на ток 100 мкА и более, то это указывает на некроз пульпы и необходимость ее удаления.

При травме зуба возможно вколачивание корня в челюсть, что всегда сопровождается разрывом сосудисто-нервного пучка. Такое состояние сопровождается болезненностью, и больной указывает на «укороченный» зуб. В этом случае зуб фиксируют в правильном положении и сразу же удаляют некротизированную пульпу. Ее рекомендуется удалить как можно раньше, чтобы не допустить распада и окрашивания коронки зуба в черный цвет. При острой травме может быть полный вывих (зуб приносят в руках или выпавший зуб вставляют в лунку). Лечение состоит в реплантации зуба. Эта операция может быть успешной при неизмененных тканях пародонта. Проводят ее в следующей последовательности: трепанируют зуб, удаляют пульпу и пломбируют канал. Затем после обработки корня и лунки антисептическими растворами вводят зуб на место и фиксируют (в некоторых случаях

шинирование необязательно). При отсутствии жалоб на болезненность проводят наблюдение и рентгенологический контроль.

Корень зуба, реплантированного в первые 15—30 мин после травмы, резорбируется незначительно, и зуб сохраняется долгие годы. Если реплантация проведена в более поздние сроки, то рассасывание корня рентгенологически определяется уже в течение 1-го месяца после реплантации. Рассасывание корня прогрессирует, и к концу года резорбируется значительная его часть. Перелом зуба

Среди факторов, вызывающих изменения в зубе основную роль играет острая травма. Повреждающие нагрузки разного рода могут привести к перелому зуба.

Переломы от внешнего удара передних зубов наиболее часто имеют место у молодых людей, моляры и премоляры раскалываются обычно под воздействием жевательных нагрузок. Очень часто сломанные зубы имеют пломбы из амальгамы или цементов, т.к. они ослабляют зубы. В зубах, запломбированных композиционными материалами, трещины и переломы наблюдаются реже. Отколы бугров, уходящие глубоко под десну, встречаются регулярно у депульпированных зубов, при этом ткани зубов теряют упругость. С возрастом также резко растет хрупкость зубных структур, что выражается часто встречающимися трещинами - как бессимптомными, так и сопровождающимися жалобами пульпитного или периодонтитного характера.

Следует выделить три варианта перелома коронки:

1 класс- перелом коронки без вовлечения дентина или небольшое его включение в дефект. 2 класс- перелом коронки со значительным включением в дефект дентина, но без вовлечения пульпы.

3 класс- перелом коронки со вскрытием полости зуба. Эти три класса входят в классификацию Эллиса.

По классификации МКБ-10 выделяют:

- Перелом только эмали зуба, откол эмали.
- Перелом коронки зуба без повреждения пульпы.
- Перелом коронки зуба с повреждением пульпы.
- Перелом корня зуба.

-Перелом коронки и корня зуба.

- Множественные переломы зубов.
- Перелом зуба неуточненный.

При лечении применяют пины или посты с последующим восстановлением коронки композитами. Показаниями к их применению служит сильное разрушение коронки с отсутствием бугров или 3 и более поверхностей, травматические разрушения коронок передних зубов с отломом угла или всего режущего края.

Применение пинов в депульпированных зубах должно быть ограничено, основную нагрузку должен взять на себя внутриканальный штифт-пост.

При отломе части коронки без вскрытия полости пульпы ее восстанавливают с использованием композитного пломбировочного материала. Если условий для фиксации пломбы недостаточно, то применяют парапальпарные штифты.

Если во время травмы вскрывается полость зуба, то в первую очередь производят обезболивание и удаление пульпы (при отсутствии нет показаний и условий к ее сохранению), а канал пломбируют. С целью улучшения условий для фиксации пломбы может быть изготовлен штифт, который цементируют в канале. Утраченную часть коронки восстанавливают композитным пломбировочным материалом. Может быть изготовлена вкладка или искусственная коронка.

При полном отломе коронки следует решить вопрос о возможности использования корня для изготовления штифтового зуба или искусственной коронки. Обязательным условием является пломбирование канала, при проведении которого целесообразно оставить место для штифта, т.е. пломбировочным материалом заполняют верхушечную часть корневого канала (1/3-1/4 длины корня).

Следует помнить, что восстановление отломанной части зуба должно

быть проведено в ближайшие дни после травмы, так как при отсутствии контакта с антагонистом в короткие сроки происходят перемещение этого зуба и наклон соседних зубов в сторону дефекта, что не позволит в дальнейшем осуществить протезирование без предварительного ортодонтического лечения.

Перелом корня зуба может быть поперечным, продольным, косым, оскольчатым. От вида перелома и его локализации зависит диагностика, а главное, возможность сохранения и использования корня. Для диагностики применяется рентгенологическое исследование. Наиболее неблагоприятными являются продольный, оскольчатый и диагональный косой переломы, при которых нельзя использовать корни под опору.

При поперечном переломе многое зависит от его уровня. Если поперечный перелом произошел на границе верхней $1/4 - 1/3$ длины корня или на середине, то после трепанации зуба и удаления пульпы канал пломбируют, а отломки соединяют специальными штифтами или штифтами из клammerной проволоки. При поперечном отломе в ближней к верхушке четверти корня достаточно запломбировать канал большого отлома. Верхушечную часть корня можно оставить без вмешательства.

После пломбирования каналов важное значение имеет восстановление правильного положения зуба и исключение травмирования при смыкании челюстей.

Список используемой литературы:

1. Консультант врача. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Режим доступа: [http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=&res_id=26350](http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=26350)
2. Николаев, А. И. Практическая терапевтическая стоматология : учеб. пособие / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : Медпресс-информ, 2010. - 928 с. 3. Максимовский Ю. М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология: рук. к практ. занятиям: учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
4. Терапевтическая стоматология : учеб. для мед. вузов / ред. Е. В. Боровский. - М. : Мед. информ. агентство, 2011. - 840 с.
5. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]: нац. рук./гл. ред. Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888с. - Режим доступа: [https://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=51240](https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=51240)
6. Салова А.В., Рехачев В. М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии: Практическое руководство. – СПб.: Человек, 2008.- 160 с.
7. Пропедевтическая стоматология: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. Э.А.Базикиана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 768с.
8. Терапевтическая стоматология: учебник. В 3 ч. Ч. 1. Болезни зубов / ред. Е. А. Волков, О. О. Янушевич. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 168 с.
9. Царинский М. М. Терапевтическая стоматология : учебник - РнД : Феникс, 2008. -508 с.
10. Максимовский Ю. М. Кариез зубов : учеб. пособие / Ю. М. Максимовский, Т.В. Ульянова, В. М. Гринин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 377 с.