

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Клиновидные дефекты зубов. Классификация, клиника, ортопедическое лечение.

Работа выполнена в соответствии с ОПОП по специальности «стоматология ортопедическая». Тема презентации раскрыта полностью. Замечания: 1) много ошибок с большим количеством информации этого текста лишней, вы лишне расписываете; 2) В списке литературы нет источников по ортопедическим методам лечения клиновидных дефектов.

Оценка «хорошо»
Продессор кафедры-клиники ИПО
Ю.В. Чижов

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»

Ходько Юлия Юрьевна
рецензент д.м.н., Чижов Юрий Васильевич

Цель

1.Изучить понятие «клиновидный дефект», классификацию, клинику, симптомы, лечение.



Задачи

1. Изучить клиновидные дефекты зубов.
2. Рассмотреть классификацию, клинику патологии.
3. Рассмотреть ортопедическое лечение и его альтернативы.



Методы исследования

- Теоретический анализ литературных источников и материалов сети Интернет.



Введение

В настоящее время отмечается значительный рост распространенности некариозных поражений твердых тканей зубов и, в частности, клиновидных дефектов.

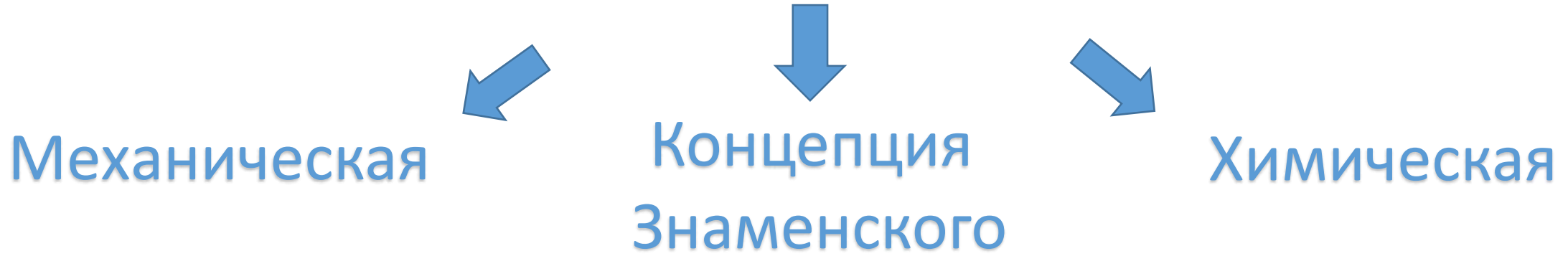


Клиновидный дефект

Клиновидный дефект — своеобразное повреждение зубных тканей, располагающееся около шеек зубов и имеющие форму клина с основанием к шейке зуба и вершиной к режущему краю или жевательной поверхности коронки



Теории возникновения клиновидного дефекта



Травматическое воздействие зубной щетки на шейки зубов во время их чистки.

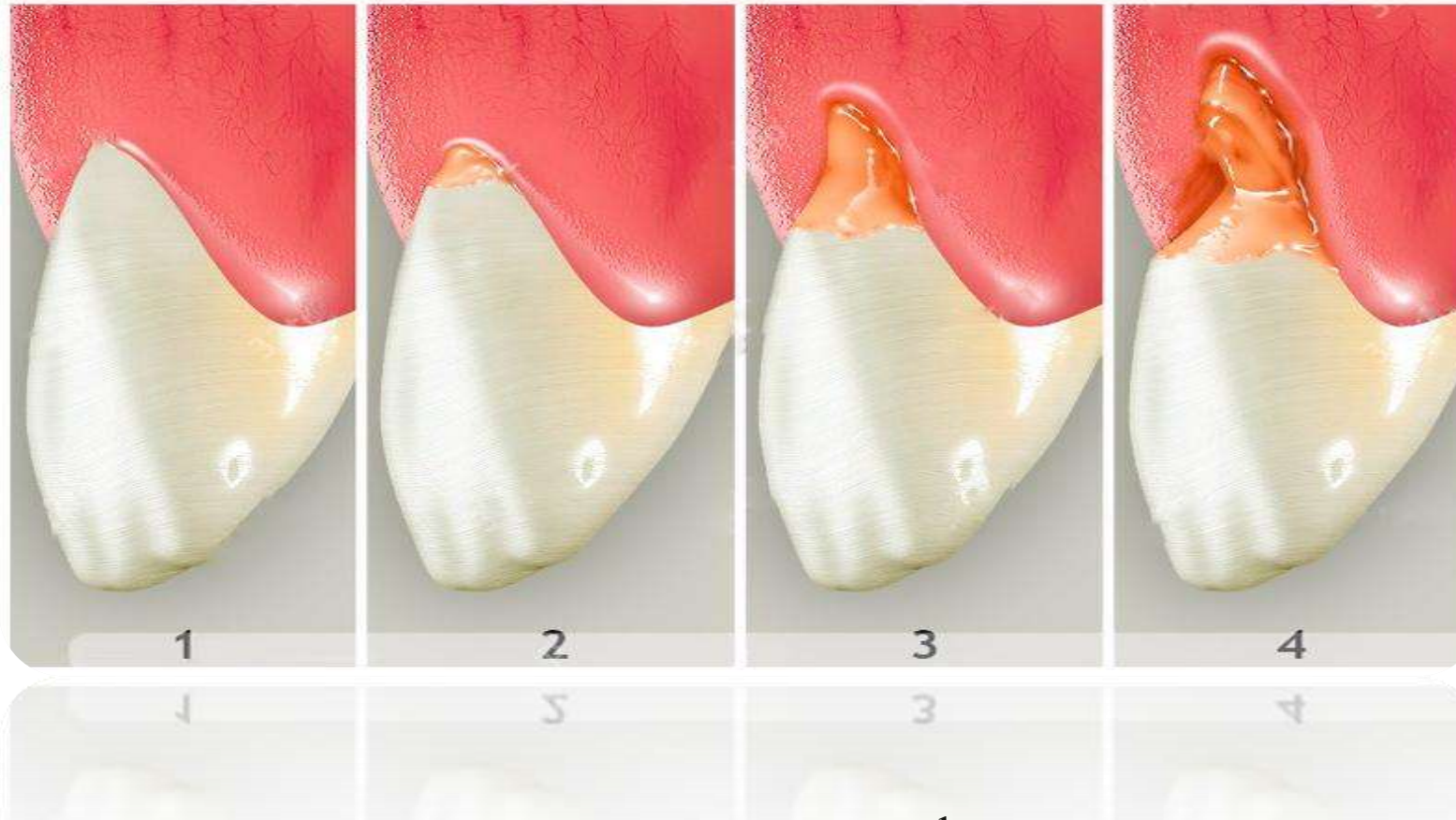
Дефекты являются результатом изменений, первично возникающих в органической субстанции зуба. Он подтверждал это экспериментально: нагревая зубы в автоклаве до 110 - 125°. При этом происходило разрушение органических веществ, и после обработки зубов зубной щеткой с порошком образовывался клиновидный дефект.

Возникновение дефекта деминерализирующим действием кислот, поступающих в организм или образующихся в процессе брожения пищевых остатков в пришеечной области.

Стадии развития клиновидного дефекта

1. Начальные проявления;
2. Поверхностные клиновидные дефекты ;
3. Средние (глубиной 0,2-0,3 мм, длиной 3,5-4 мм) ;
4. Глубокие клиновидные дефекты (более 5 мм длиной с поражением глубоких слоев дентина вплоть до пульпарной камеры).

СТАДИИ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА



- Начальные и поверхностные стадии клиновидного дефекта проявляются в виде щелевидных повреждений эмали;
- Средние и глубокие имеют форму клина, образованного двумя плоскостями под углом 40-45 градусов.

Лечение клиновидного дефекта



Общее лечение предполагает обязательное лечение общего заболевания.

Внутрь назначаются препараты, содержащие кальций, фосфор, микроэлементы, витамины.

Продолжительность курса – 1 месяц.

Глицерофосфат кальция по 0,5 г 3 раза в день или глюконат кальция по 1,0 г 3 раза в день;

Фитин используется по 0,25 г 3 раза в день; витамин С - по 0,3 г 3 раза в день;

Витамин В1 – по 0,005 г 3 раза в день.

Местно применяются аппликации 10% раствором глюконата кальция, аппликации 2% раствором фторида натрия; зубные пасты, содержащие минеральные вещества, фтор; мягкие щетки для чистки зубов. При глубине дефекта 2 мм и более проводится восстановление тканей зуба; в качестве пломбировочных материалов используются стеклоиономерные цементы, компомеры или композиционные материалы. При наличии больших дефектов изготавливаются коронки.

**Метод Ю.А. Фёдоров,
В.А. Дрожжина**

Метод Ю.А. Фёдоров, В.А. Дрожжина

Ю.А. Фёдоров, В.А. Дрожжина (1997) предложили подробную схему лечения клиновидных дефектов в зависимости от стадии их развития и фазы клинического течения. При 1 и 2 стадиях проводится комплексная реминерализующая терапия с учетом фазы:

1. В фазе обострения – не менее 6 месяцев (2 курса эндогенного лечения с интервалами в 3 месяца). В течение каждого одномесячного курса пациенту назначают глицерофосфат кальция по 0,5 г 3 раза в день; «Кламин» по 2-3 таблетки в день; поливитамины по 2-3 таблетки ежедневно;
2. Местно в течение всего периода лечения рекомендуется применение фосфатсодержащих зубных паст для чистки зубов и ежедневных аппликаций по 15 минут;
3. В фазе стабилизации такие курсы лечения проводятся 2 раза в год с интервалом в 6 мес.

Продолжение

- При клиновидных дефектах 3 и 4 стадии (глубиной дефекта более 3 мм) после трехмесячной (в фазе обострения) или одномесячной (в фазе стабилизации) комплексной реминерализующей терапии проводится пломбирование дефекта с использованием в качестве прокладки стеклоиономерного цемента, а в качестве пломбировочного материала – современных композитов.
- После пломбирования считается целесообразным повторение курсов общей реминерализующей терапии 1-2 раза в год, местные аппликации фосфатсодержащими пастами 2-3 раза в неделю в течение продолжительного времени.



Ортопедическое лечение клиновидных дефектов

- Показания к применению различных пломбировочных материалов определяются прежде всего их свойствами, функциональной принадлежностью зубов, а также формой клиновидных дефектов.
- При протезировании необходимо учитывать возраст больного, форму дефекта, локализацию его (на передних или боковых зубах), вид применяемого пломбировочного материала, а также особенности эстетики лица пациентов (обнажение дефектов при улыбке или разговоре).



- При лечении по поводу дефектов пришеечной формы, расположенных на передних или на боковых зубах, но видимых при улыбке, можно применять композиционные материалы, а на боковых зубах — кроме того, вкладки из сплавов золота или серебрянопалладиевых. Фарфоровые вкладки на передних зубах при этой форме клиновидных дефектов, несмотря на все их преимущества, применяются редко, так как при этом пришлось бы неоправданно расширять полость. При протезировании по поводу коронковых дефектов, особенно на передних зубах, применяются фарфоровые вкладки. Исключение составляют первые и вторые резцы нижней челюсти, так как узкие клинические коронки не позволяют сформировать полноценную полость для пластмассовой или фарфоровой вкладки. Лучше применять композиционные материалы при соблюдении щадящего препарирования зубных тканей из-за опасности вскрытия полости зуба или перелома его. На боковых зубах верхней и нижней челюсти, учитывая глубину дефекта, можно применять вкладки из сплавов благородных металлов или композитные материалы.

Оперативная техника формирования полости определяется формой клиновидного дефекта, его глубиной, отношением полости к десне, свойствами применяемого пломбировочного материала. Полости под пломбу придают грушевидную форму, входное отверстие которой уже ее основания, а глубиной не менее 0,7 мм, в противном случае пломба плохо фиксируется. При глубоких клиновидных дефектах полость до вершины клина не следует расширять, создавая ретенционную часть лишь в поверхностных слоях дентина, а в области вершины клина заполнить фосфат-цементом.



- При подготовке полости под вкладку применяют несколько иную оперативную технику, которая позволяет клиновидный дефект с двумя стенками превратить в полость, имеющую четыре стенки и дно, придавая при этом подобие параллелепипеда. При подготовке полости под вкладку, независимо от формы клиновидного дефекта, необходимо по возможности создать параллельность десневой и противоположной ей стенок. Глубина полости для вкладок должна быть не менее 1,5 мм. Однако при дефектах большей глубины надо иссекать только часть стенок, оставляя, как и при подготовке полости под пломбу, верхушку клина нетронутой. В этом случае на дне полости оставляют уступ, который заполняется в последующем фосфат-цементом (рис. 146). У отдельных больных, особенно молодого возраста, дно полости лучше формировать слегка выпуклым. При этом также необходимо учитывать зоны безопасности зубов.

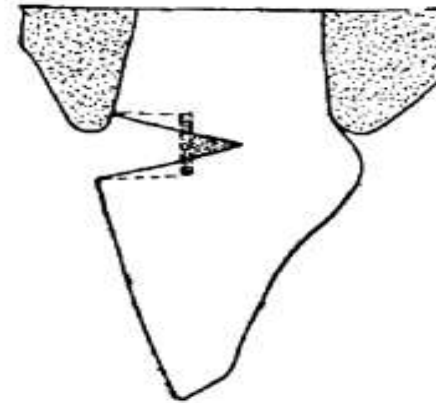


Рис. 146. Схема подготовки пришеечной полости под вкладку. Дно и уступ заполнены фосфат-цементом.

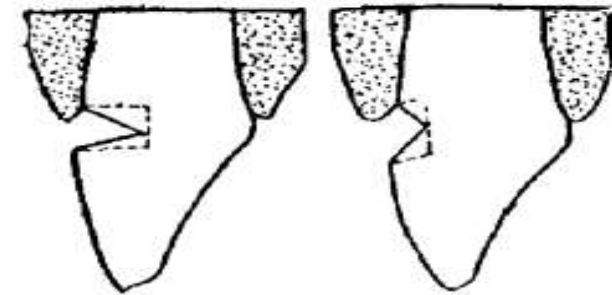


Рис. 147. Схема подготовки пришеечной полости под вкладку: а — при остром угле; б — при прямом угле схождения стенок дефекта.

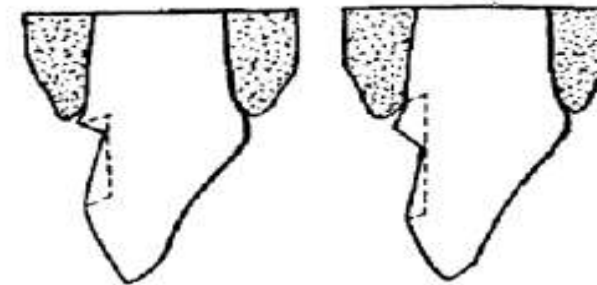


Рис. 148. Схема формирования коронковых полостей под вкладку в зависимости от угла схождения стенок дефекта: а — угол схождения стенок дефекта прямой; б — угол тупой.

- При подготовке полости под вкладки следует избегать прямых углов на стыках стенок, особенно вблизи эмали. Лучше всего, особенно при протезировании фарфоровыми вкладками, создавать плавный переход одной стенки в другую. Этим самым предупреждается опасность поломки острого края фарфоровой вкладки, а также появление трещин эмали, и кроме того, из-за хрупкости фарфора скос эмали (фальц) не создается.



- При протезировании по поводу клиновидных дефектов пришеечной формы десневой край полости формируют параллельно краю десны, противоположный — с такими же очертаниями. В зависимости от угла схождения стенок дефекта применяют два варианта создания полости. При первом, если угол схождения острый, десневую стенку формируют перпендикулярно продольной оси зуба (рис. 147 а). При втором варианте, когда угол схождения стенок клиновидного дефекта ближе к прямому, десневая стенка полости препарируется под острым углом к продольной оси зуба (вглубь и в сторону десны) (рис. 147 б), а боковые располагаются параллельно контактным поверхностям зуба.
- При протезировании по поводу клиновидных дефектов коронковой формы, независимо от того, сходятся их стенки под прямым или тупым углом (рис. 148), десневые стенки формируют только что описанным способом. Боковые стенки формируют также параллельно контактным поверхностям зуба (рис. 149).

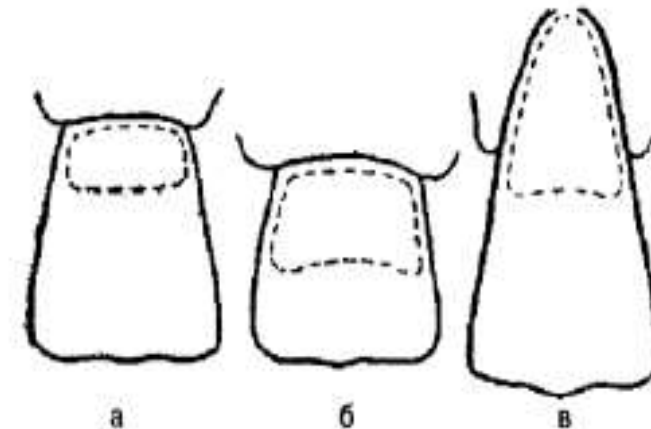


Рис. 149. Схема формирования боковых стенок полостей под вкладки: а — при пришеечной; б — при коронковой; в — при корневой форме клиновидных дефектов.

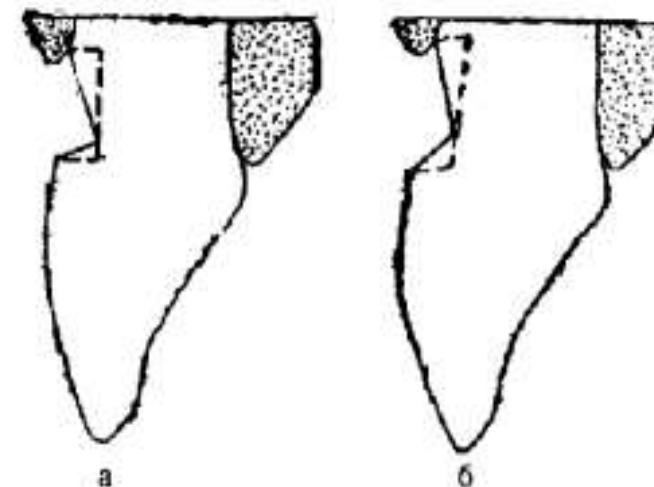


Рис. 150. Схема формирования полостей под вкладки при дефектах корневой формы в зависимости от угла схождения стенок: а — угол острый или приближается к прямому; б — угол тупой.

- В целях профилактики возникновения клиновидных дефектов зубов рекомендовано проводить регистрацию супраконтактов и препятствий на рабочей и балансирующей стороне на основании анализа окклюзионных взаимоотношений в центральной, передней и боковых окклюзиях.



- При замещении вкладками клиновидных дефектов корневой формы, если угол схождения поверхностей дефекта острый или приближается к прямому, то десневой стенке придают положение, перпендикулярное продольной оси зуба (рис. 150 а). Если же угол, образованный стенками клиновидного дефекта, является тупым, то десневая стенка направляется под острым углом к продольной оси зуба (вглубь и в сторону десны) (рис. 150 б). Боковые стенки полости повторяют контуры десны (рис. 149 в).
- Следует отметить, что боковые стенки полости, независимо от формы клиновидного дефекта, препарируются под прямым углом к дну полости. Формирование полости под пломбу или вкладку необходимо проводить только под обезболиванием зубов при следующем режиме: вначале — на средних оборотах бормашины, а в последующем, при оформлении контуров краев — на малых.

- После подготовки полости под металлическую вкладку проводят ее моделировку из тугоплавкого (моделировочного) воска. Полость увлажняют, вводят в нее необходимое количество размягченного воска. После охлаждения воска излишки его удаляют и при помощи гладилки моделируют наружную поверхность вкладки с учетом формы рядом стоящих и симметрично расположенных зубов. Убедившись, что восковая модель будущей металлической вкладки сформирована правильно, ее выводят из полости зуба. Для выведения можно использовать проволоку длиной 2-2,5 см и толщиной 1,0-1,5 мм в зависимости от величины вкладки. Для изготовления вкладок из фарфора применяют двойной оттиск. Методика изготовления описана ранее. Анализ результатов клинического обследования пациентов показывает, что наилучшее краевое прилегание имеется у вкладок из золотого сплава, затем следуют вкладки из серебрянопалладиевого сплава и вкладки из фарфора. Это объясняется относительно небольшой усадкой металлических вкладок при тщательном соблюдении клинических и лабораторных приемов их изготовления. Следует отметить, что пломбы из композитов в начальных стадиях развития клиновидных дефектов, имеющих глубину до 0,5-0,7 мм, накладывают без фосфат-цементной прокладки. В основном это касается клиновидных дефектов коронковой и корневой форм, имеющих направление развития больше в сторону режущего края (жевательной поверхности) или верхушки корня, чем в сторону пульпы зуба. При пломбировании дефектов глубиной 0,7-1,0 мм фосфат-цементную прокладку накладывают только на наиболее глубокую часть их поверхности (дно). Преимущественно это следует делать при клиновидных дефектах пришеечной формы, имеющих направление развития в сторону пульпы зуба. Что касается вкладок, то фосфат-цементная прокладка накладывается на дно полости глубиной не более 1,5 мм скорее с целью его выравнивания, чем защиты пульпы. Таким образом, замещение клиновидных дефектов зубов вкладками из различных материалов показало, что лучшими из них являются фарфоровые и из золотого сплава. Причем последний очень удобен при малых полостях, а также при полостях на верхних зубах, не видимых при улыбке. Что же касается серебряно-палладиевого сплава, то его применение при лечении данного заболевания должно быть весьма ограниченным.

Группа риска

- К группе риска возникновения клиновидных дефектов зубов следует относить пациентов с патологией эндокринной системы, часто употребляющих кислото-содержащие продукты, нарушающих правила проведения индивидуальной гигиены полости рта.



Заключение

- Если разрушение зуба очень велико, а сам зуб при этом уже был ранее лечен, то альтернативой терапевтической реставрации может быть искусственная коронка. Она полностью восстанавливает анатомическую форму зуба. Главное при этом — не просто поставить коронки, а определить причину появления клиновидного дефекта и устранить её.

Литература

- 1. Луцкая И.К. Гидродинамические механизмы чувствительности твердых тканей зуба. – Новое в стоматологии, № 4, 1998. – С. 23-27.
- 2. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А., Чернобыльская П.М., Рубежова Н.В. «Особенности диагностики и новые принципы лечения некариозных поражений зубов». - Новое в стоматологии, N 3, 1996. - С. 10 12.
- 3. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. «Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений поражений зубов.» - Новое в стоматологии, N 10, 1997. - 144 С.
- 4. M.Brannstrom. « Dentine and pulp in restorative dentistry.» - Stockholm, 1981. – 123 С.
- 5. G.Goracci, G.Mori, M.Bozzucchi. « Краевая изоляция и биосовместимость бондингового агента четвертого поколения». - Dent. Mater. 11 November. 1995. – С. 343-347.
- 6. GohnKанса. «Адгезия полимеров к влажному субстрату. Приклеивание к дентину.» - Квинтэссенция, 5/6, 1993. – С. 74-77.
- 7. Pashley D.H. «Проницаемость и чувствительность дентина». Proc. Finn. Dent. Soc. 1992. 88 Suppl. N 1.
- 8. Михальченко В.Ф., Алешина Н.Ф. «Болезни зубов некариозного происхождения» - Учебное пособие для студентов III – V курсов стоматологического факультета - Волгоград, 2005 г. С. 24-28.
- 9. Царинский М.М. «Терапевтическая стоматология» - Феникс, 2008 г. С. 81-84.

Спасибо за внимание!