

## **Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при клиновидных дефектах зубов**

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при клиновидных дефектах зубов. Проходило лечение 53 пациента в возрасте от 18 до 65 лет. Было диагностировано 218 клиновидных дефектов зубов. Лечение путём местного использования препаратов снижающих чувствительность: Fluocal и Vifluorid 12 проводили при клиновидных дефектах зубов поверхностных размеров. Положительный результат был отмечен в 87,5% случаев. Лечение путём пломбирования применяли при средних и глубоких клиновидных дефектах. Удовлетворительные результаты лечения клиновидных дефектов зубов с использованием композиционных фотополимерных пломбировочных материалов был отмечен в 95,34 % случаев. Ключевые слова: клиновидный дефект, Y – образный дефект, гиперестезия, композиционные пломбировочные материалы.

Клиновидные дефекты зубов, по данным ряда авторов, являются одними из наиболее распространенных некариозных поражений зубов [1, 2, 9]. Данная патология, описанная в отечественной литературе как клиновидный дефект, в иностранной литературе встречается как Y-образный дефект или сошлифовывание твёрдых тканей зуба (К. 03.1).

Выраженные стадии клиновидных дефектов зубов чаще встречаются у людей среднего и пожилого возраста, но начальные проявления наблюдаются и в молодом возрасте.[1,7] Процесс развития клиновидного дефекта приводит к постепенной убыли твёрдых тканей зуба и появлению жалоб пациентов. Среди пациентов, нуждающихся в стоматологическом лечении, поражения зубов некариозного происхождения, и в частности клиновидные дефекты зубов, составляют довольно значительную группу.

В литературе описаны различные методы лечения клиновидных дефектов зубов в зависимости от степени выраженности клиновидных дефектов, а так же жалоб пациентов [1, 3, 6, 8, 11].

Из известных методов лечения клиновидных дефектов зубов (комплексная реминерализующая терапия, эстетическая реставрация, протезирование вкладками, изготовление лицевых фасеток – виниров) мы изучали эффективность эстетической реставрации как наиболее доступный практическому здравоохранению.

Композиционные материалы прочно вошли в практику стоматологов. Метод эстетического пломбирования современными композиционными материалами позволяет получить удовлетворительный результат лечения на длительный срок, не требует значительных временных затрат, хотя достаточно трудоёмкий и имеет целый ряд необходимых условий для успеха.

Использование при лечении клиновидных дефектов зубов современных адгезивных систем многие авторы рассматривают как альтернативу изолирующим прокладкам из СИЦ. Широкий гибридный слой, который они формируют, служит эффективным барьером для проникновения химических

веществ в дентинные каналы и их инфицирования. Адгезивные системы перекрывают движение внутриканальной дентинной жидкости и эмалевого ликвора и устраняют гиперчувствительность (согласно гидродинамической теории Brannstrom).

#### Цель исследования

Изучение проблемы лечения в данном исследовании включало два аспекта. Первый – оценить эффективность профилактических мероприятий. Второй – оценить возможность получения удовлетворительного результата лечения клиновидных дефектов зубов, с помощью метода эстетической реставрации.

#### Материалы и методы

Всего по поводу лечения клиновидных дефектов зубов у нас проходило лечение 53 человека в возрасте от 18 до 65 лет (16 м, 37 ж), у которых было диагностировано 218 клиновидных дефектов. В первое обращение мы проводили опрос и первичный стоматологический осмотр пациента. Во время опроса выясняли жалобы больного, аллергологический анамнез и анамнез общих заболеваний. При жалобах на болевые ощущения выясняли их длительность, характер, интенсивность, а так же причины их возникновения. При сборе анамнеза заболевания выясняли возможную причину образования клиновидных дефектов зубов.

После проведенного стоматологического обследования, пациент обучался правилам ухода за полостью рта и получал рекомендации по подбору средств гигиены.

В случае наличия у пациента поверхностного клиновидного дефекта, незначительных жалоб на повышенную чувствительность в области дефекта и отсутствие каких-либо других жалоб мы проводили лечение путём местного использования препаратов, снижающих чувствительность: Fluocal или Bifluoride 12 (3 - 5 аппликаций). Если положительный результат не достигался, пациенту предлагалось лечение методом эстетического пломбирования.

Покрытие зуба фторлаком рекомендуется проводить с целью обеспечения длительного контакта фторпрепаратов с тканями зуба. Фторлаки имеют хорошую адгезию к очищенной и высушенной эмали. Перед нанесением лака мы очищали зубы и изолировали от слюны. Затем высушивали зубы, используя для этой цели воздушный поток стоматологической установки. Лак наносили с помощью кисти и высушивали. Проходило лечение 8 человек (4м, 4ж) с жалобами на гиперестезию и чувство оскотины в пришеечной области зубов. Было диагностировано 25 клиновидных дефектов поверхностных размеров. Все пациенты получили рекомендации по уходу за полостью рта и подбору средств гигиены, обучены стандартному методу чистки зубов, проведено местное лечение с использованием фторлаков. Положительные результаты после проведенного лечения получены у 7 человек. У 1 пациента после проведенного лечения отмечалась незначительная гиперестезия. Таким образом, положительный результат был отмечен в 87,5 % случаев.

Вопрос лечения клиновидных дефектов зубов путём пломбирования возникает, как правило, при средних и глубоких клиновидных дефектах. Вопрос пломбирования клиновидного дефекта возникает и при наличии жалоб пациента

на болезненность или неприятные ощущения в области дефекта от воздействия различных раздражителей, а также при эстетическом недостатке.

По поводу лечения клиновидных дефектов зубов путём пломбирования обследовано 45 человек в возрасте от 18 до 65 лет. Они предъявляли жалобы на болезненность и неприятные ощущения при воздействии различных раздражителей. У 45 пациентов (12м, 33ж) было диагностировано 193 клиновидный дефекта. На резцах было – 62 (32,13%), на клыках – 61 (31,6%), и на премолярах – 70 (36,27%) клиновидных дефектов. Из них поверхностные клиновидные дефекты диагностированы в 11 (5,7%) случаях, клиновидные дефекты средних размеров в 182 (94,3%) случаях. В зависимости от локализации на зубе, число пришеечных клиновидных дефектов из них составило – 155 (80,31%), коронковых – 33 (17,09%), а корневых – 5 (2,6%). Наложено 193 пломбы.

С использованием композиционных фотополимерных материалов: «Charisma» и «Herculite» проведено лечение 171 клиновидного дефекта у 38 человек (9м, 29ж). Из них на резцах было локализовано 61, на клыках – 53, а на премолярах – 57 клиновидных дефектов. С использованием светоотверждаемого компомера «Dugast AP» проведено лечение 22 клиновидных дефектов у 7 человек (3м, 4ж). Из них на резцах было локализовано 1, на клыках – 8 и на премолярах – 13 клиновидных дефектов.

Из особенностей пломбирования клиновидных дефектов зубов можно выделить следующие. При клиновидном дефекте происходят изменения как эмали, так и дентина. Процесс гиперминерализации поверхностного слоя дентина и облитерация дентинных канальцев, а так же процессы де- и гиперминерализации в поверхностных слоях эмали постоянно прогрессируют в области дефекта. Клинически здоровая эмаль по периферии клиновидного дефекта функционально и морфологически неполноценна. Поэтому, для достижения оптимального результата лечения проводится расширенное препарирование, смысл которого заключается в удалении изменённых эмали и дентина. Максимальное расширение проводится в области границы со стороны эмали и достигает 3 – 4 мм. Формируется скос эмали. В боковых участках дефекта проводится постепенное плавное уменьшение зоны расширения. В области придесневой стенки расширение не проводится. Здесь достаточно сформировать скос для увеличения площади соприкосновения тканей зуба с пломбировочным материалом. Для удовлетворения эстетического результата необходимо не только правильно выбрать основной тон пломбировочного материала в самом начале работы, но и использовать несколько цветов, сочетая их.

При анализе непосредственных результатов, после окончания лечения неудовлетворительных пломб не обнаружено.

При оценке пломб проведённой через 6 – 12 месяцев, встречались следующие осложнения.

- Выпадение пломбы при реставрации зуба – 2 случая ( $1,035 \pm 0,5$  %).

- Незначительное изменение цвета пломбы по наружному краю наблюдали у 5 пациентов на 5 зубах ( $2,59 \pm 1,25$  %). У них отмечена неудовлетворительная гигиена полости рта, несмотря на то, что все пациенты были ранее

мотивированы для проведения индивидуальной гигиены и все манипуляции проводились уже при хорошей гигиене полости рта.

- На 2 зубах ( $1,035 \pm 0,5 \%$ ) отмечалось незначительное несоответствие цвета пломбы с тканями зуба.

Таким образом, удовлетворительные результаты лечения клиновидных дефектов зубов с использованием композиционных фотополимерных пломбировочных материалов получены в  $95,34 \pm 1,75 \%$  случаев.

Определенных преимуществ при использовании того или иного конкретного пломбировочного материала не отмечено. Использованные в работе пломбировочные материалы удобны в применении и имеют цветовую гамму, позволяющую решить эстетические проблемы при реставрации зубов с клиновидными дефектами.

На основании нашего исследования можно сделать следующие выводы:

1. Лечение пациента с клиновидными дефектами зубов необходимо начинать с мотивации и обучения правилам ухода за полостью рта, а также рекомендаций по подбору средств гигиены.
2. При выполнении процедуры чистки зубов пациентам необходимо рекомендовать исключить горизонтальные движения зубной щёткой, а для чистки зубов подбирать щётки с мягкой щетиной, т.к. влияние механических внешних воздействий является одной из причин образования клиновидных дефектов зубов.
3. Необходимо обязательное проведение пациенту профессиональной гигиены. Хорошая гигиена полости рта и отсутствие признаков воспаления тканей периодонта необходимо определить как одно из условий успешного лечения клиновидных дефектов зубов.
4. Лечение клиновидных дефектов зубов методом эстетического пломбирования современными пломбировочными материалами достаточно удобен и позволяет получить удовлетворительный результат в  $95,34 \pm 1,75 \%$  случаев, поэтому может быть рекомендован для широкого использования в практическом здравоохранении.

Литература

1. Бурлуцкий А.С. Клиническая картина клиновидных дефектов зубов и их протезирование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.21. Калинин, 1984. 24с.
2. Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба. М., 1985. 171с.
3. Дмитриева Н.И., Синявская С.С. Оценка реставрации зубов при стирании твёрдых тканей // Организация, профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии: Материалы IV съезда стоматологов Беларуси. – Витебск, 2000. – С.428-429.
4. Кобелева В.И. Распространённость некоторых некариозных поражений зубов у взрослого городского населения // Основные стоматологические заболевания. М., 1981. с. 70-72.
5. Некариозные поражения зуба: Учебн.- метод. пособие для преподавателей и студентов стом. фак-та / Под редакцией Н.Н.Гаражи. Ставрополь, 1995. 33с.
6. Руденкова Н.П. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий у лиц с некариозными поражениями твёрдых тканей зубов // Организация,

профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии: Материалы IV съезда стоматологов Беларуси. – Витебск, 2000. – С. 277-278.

7. Сёмченко И.М. Клинические проявления клиновидных дефектов зубов // Сб. научных работ: Труды молодых учёных. Юбилейное издание - Минск, 2001. – С. 121-124.

8 Титаренко Л.Л. Клиника и лечение клиновидных дефектов зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Львов, 1987. 22с.

9. Фёдоров Ю.А., Дрожжина В.А., Чернобыльская П.М., Рубежова Н.В. // Новое в стоматологии. 1996. №3(44) с.10-12.

10. Фтор в профилактической стоматологии. Методические рекомендации / Сост. Мельниченко Э.М. и др. - Мн.:МГМИ, 1997.- 27с.

11. Цимбалистов А.В., Жидких В.Д., Садиков Р.А. Клиническое значение микроструктуры и минерализации твердых тканей зубов при лечении клиновидных дефектов // Новое в стоматологии. – 2000. - № 3. – С. 12 – 18.