

ПРИЧИНЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УСТРАНЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ.

Федотова Ю.М.¹, Веремеенко Т.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград пл. Павших борцов, 1)

В настоящем обзорном исследовании рассмотрена проблема появления такого патологического процесса как клиновидный дефект, причины его возможного возникновения и предрасполагающие факторы. Проведя детальный анализ этиологии и патогенеза клиновидного дефекта, его течение и развитие, авторами приведены сравнительные методы его устранения. Однако, оказалось, что вопрос об эффективном рациональном лечении клиновидных дефектов остаётся открытым, а значение профилактики этого процесса-актуальным и в настоящее время. При отсутствии лечения клиновидный дефект склонен к неуклонному прогрессированию, приводящему к разрушению зуба. Методы лечения клиновидных дефектов, используемые на сегодняшний день, к сожалению, не лишены своих недостатков. Профилактика образования клиновидных дефектов заключается в правильном подборе средств ухода за полостью рта, обучении пациентов методике чистки зубов, проведении регулярных профилактических осмотров, отказе от употребления агрессивных по своему химическому составу напитков.

Ключевые слова: клиновидный дефект, некариозное поражение зубов, профилактика.

THE CAUSES AND POSSIBLE WAYS TO ELIMINATE THE WEDGE-SHAPED DEFECTS OF TEETH.

Fedotova M. Yu. ¹, Veremeenko T.V. ¹

¹GBOU VPO "Volgograd State medical University, Volgograd, Russia (400001, Volgograd square of the Fallen fighters, 1)

In the present review paper deals with the problem of the occurrence of such a pathological process as a wedge-shaped defect, the causes of its possible occurrence and predisposing factors. After a detailed analysis of the etiology and pathogenesis of wedge-shaped defect, its course and development, the authors of the comparative methods of its elimination. However, it was found that the effective rational treatment of wedge-shaped defects remain open and the importance of prevention of this process is relevant in the present time. In the absence of treatment wedge-shaped defect tends to a steady progression, leading to tooth decay. Methods of treatment of wedge-shaped defects, used today, unfortunately, not devoid of its disadvantages. Prevention of formation of wedge-shaped defects is the correct selection of products for oral hygiene, patient education methods of cleaning teeth, conducting regular checkups, the rejection of the use of aggressive chemical composition of the drinks.

Key words: wedge-shaped defect, non-carious defeat of teeth, prophylaxis.

Введение.

В настоящее время отмечается значительный рост распространённости некариозных поражений зубов, приводящих к значительной убыли эмали и дентина,

гиперчувствительности и эстетическому дефекту. Наиболее распространённым видом некариозной патологии являются клиновидные дефекты зубов, составляющие 37,5%. [1,4].

Выявлены предрасполагающие факторы, приводящие к возникновению клиновидных дефектов, однако, этиопатогенез этой патологии до конца не определён. Причинами возникновения клиновидных дефектов твёрдых тканей зубов могут быть местные (экзогенные) и общие (эндогенные) факторы. Местные факторы заключаются в приёме кислотосодержащих продуктов и медикаментов, применении абразивных зубных паст и жёстких зубных щёток или нетрадиционном их использовании. К общим факторам относится соматическая патология, главным образом, эндокринные заболевания. [3,5].

Обзор литературы.

Выделяют ряд предрасполагающих факторов и возможных причин развития клиновидных дефектов зубов таких, как местное нарушение гигиены полости рта, заболевания пародонта, патология прикуса, сопутствующие стоматологические заболевания и др. складывающаяся экологическая ситуация и радиоактивный фон наряду с местными и внутренними нарушениями способствуют развитию данной патологии. [1,6].

В основе развития клиновидных дефектов зубов лежат процессы нарушения минерализации твёрдых тканей зуба. Минерализация эмали зависит от ряда факторов, в том числе и от микроэлементного состава ротовой жидкости.[7].

Существующие на сегодня методы профилактики и лечения клиновидных дефектов зубов носят симптоматический и патогенетический характер, направлены на повышение минерализации и укрепление твёрдых тканей зуба, а так же на снятие явлений гиперестезии при клиновидных дефектах зубов. [1,4,7].

Развитие клиновидного дефекта постепенно приводит к значительной убыли твердых тканей зуба в области шеек зубов. При электронно-микроскопическом исследовании выявлено, что в области клиновидного дефекта эмаль имеет повышенную минерализацию, которая проявляется сужением межпризмных пространств и нечеткими границами кристаллов гидроксиапатитов. Вдали от дефекта эмаль имеет чётко выраженную структуру за счёт плотного расположения кристаллов гидроксиапатита, но межпризмное вещество прослеживается плохо. Ультраструктура дентина на поверхности дефекта характеризуется полной облитерацией дентинных трубочек. По мере удаления от дефекта дентин приобретает более четкое строение, но имеет большую плотность. Нормальный диаметр дентинных канальцев и равномерное их расположение наблюдаются лишь вдали от плоскостей клина

[1]. По данным VanMeerbeek [2] приводятся сведения о том, что дентиновый склероз (гиперминерализованный дентин), встречающийся в области пришеечных повреждений, в меньшей степени восприимчив к дентиновым адгезивам. Процесс гиперминерализации приводит к закупорке дентинных канальцев минеральными кристаллическими отложениями, что затрудняет доступ в эти участки адгезивных систем. В результате ширина гибридного слоя в области гиперминерализованного дентина значительно меньше, чем в области непораженного нормального дентина, что снижает клиническую эффективность реставраций. [2,5].

С этой точки зрения нецелесообразным становится применение местной реминерализующей терапии в области гиперминерализованного дентина перед проведением композитных реставраций. В свете приведённых данных можно предположить, что предварительное сошлифовывание поверхностных слоев дентина, а также создание микромеханической ретенции на эмали повысит надёжность реставраций в области клиновидных дефектов. В целях повышения клинической эффективности композитных реставраций при лечении клиновидного дефекта предлагается дополнительно создавать ретенционную борозду на пришеечной стенке зуба [3,7]. Помимо рассмотренных параметров устойчивость пришеечных композитных реставраций определяется связующими способностями применяемых адгезивных систем. Установлено, что адгезивные системы, которые полностью снимают «масляный» слой и одновременно декальцинируют поверхностный слой дентина в области пришеечных поражений и имеют лучшие клинические характеристики, чем системы, модифицирующие «масляный» слой без его полного удаления [2,4,7].

Применение в качестве протравливающего агента 37% геля ортофосфорной кислоты также более эффективно по сравнению с универсальными самопротравливающими адгезивными системами, содержащими 10% малеиновую кислоту и другие более слабые кислотные агенты [1,4,5].

Таким образом, при отсутствии лечения клиновидный дефект склонен к неуклонному прогрессированию, приводящему к разрушению зуба. Методы лечения клиновидных дефектов, используемые на сегодняшний день, к сожалению, не лишены своих недостатков. Так, реставрации клиновидного дефекта с помощью пломбировочных материалов недолговечны и требуют частой замены пломб; коронки и виниры устраняют только эстетический дефект, но не препятствуют возникновению клиновидных дефектов на соседних зубах. Поэтому эстетическая реставрация клиновидного дефекта обязательно должна сочетаться с оптимизацией окклюзии [6,8].

Профилактика образования клиновидных дефектов заключается в правильном подборе средств ухода за полостью рта, обучении пациентов методике чистки зубов, проведении регулярных профилактических осмотров, отказе от употребления агрессивных по своему химическому составу напитков.

Литература:

1. Македонова Ю.А., Фирсова И.В., Мокрова Е.А., Федотова Ю.М., Тригонос Н.Н. // Сравнительный анализ показателей микроциркуляции при лечении воспалительно-деструктивных заболеваний полости рта. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 2. С. 80-83.
2. Македонова Ю.А., Федотова Ю.А., Фирсова И.В., Поройский С.В. // Эффективность стоматологического лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой полости рта. Пародонтология. 2016. Т. 21. № 2 (79). С. 61-64.
3. Македонова Ю.А., Поройский С.В., Фирсова И.В., Федотова Ю.М. // Лазерная доплеровская флоуметрия при заболеваниях слизистой полости рта. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. № 1. С. 51.
4. Медведева Е.А., Федотова Ю.М., Жидовинов А.В. Мероприятия по профилактике заболеваний твердых тканей зубов у лиц, проживающих в районах радиоактивного загрязнения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 12-1. С. 79-82.
5. Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В., Федотова Ю.М., Димитрова М.С., Веремеенко Т.В. // Клиническая эффективность ополаскивателя «Листерин» в комплексном гигиеническом уходе за полостью рта. Современные проблемы науки и образования. 2016. № 1. С. 12.
6. Михальченко В.Ф., Михальченко А.В., Антипова О.А., Федотова Ю.М., Жидовинов А.В. // Эффективность применения метода фотоактивируемой дезинфекции и материала «CALCICUR» при лечении глубокого кариеса. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. С. 1287.
7. Патрикеев В.А. Клинические и электронномикроскопические исследования твердых тканей зубов при некариозных поражениях. Автореф. дис. к.м.н. – М., 1968. – 19 с.
8. Федотова Ю.М., Македонова Ю.А., Поройский С.В., Фирсова И.В. // Современные аспекты лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Современные проблемы науки и образования. 2016. № 2. С. 108.

Literature:

1. Makedonova Y. A., Firsova I. V., Mokrov E. A., Fedotov Yu. M., Trigolos N. N. // The comparative analysis of microcirculation in the treatment of inflammatory-destructive diseases of the oral cavity. Journal of scientific articles Health and education in the XXI century. 2016. T. 18. No. 2. P. 80-83.
2. Makedonova J. A., Fedotov Yu. a., Firsova I. V., Porowski S. V. // the Efficiency of the dental treatment of patients with lichen planus of the oral mucosa. Periodontics. 2016. T. 21. No. 2 (79). P. 61-64.
3. Makedonova J. A., Porowski S. V., Firsova I. V., Fedotov Y. M. // Laser Doppler flowmetry in diseases of the oral mucosa. Volgograd scientific medical journal. 2016. No. 1. S. 51.
4. Medvedeva E. A., Fedotov Yu. M., Zhidovinov A. V. prevention of diseases of hard tissues of teeth in persons living in areas of radioactive contamination // international journal of applied and fundamental research. 2015. No. 12-1. S. 79-82.
5. Mikhhalchenko V. F., Mikhhalchenko D. V., Fedotov Y. M., Dimitrova M. S., Veremeenko, Tatyana V. // Clinical efficacy of the mouthwash "Listerine" in complex hygienic oral care mouth. Modern problems of science and education. 2016. No. 1. P.12.
6. Mikhhalchenko V. F., Mikhhalchenko A.V., Antipova O. A., Fedotov Yu. M., Zhidovinov A. V. // Efficiency of photoactivatable and disinfection material "CALCICUR" in the treatment of deep caries. Modern problems of science and education. 2015. No. 1-1. S. 1287.
7. Patrikeev, V. A. the Clinical and electron microscopic studies of hard tissues of teeth with non-carious lesions. Abstract. dis. PhD – M., 1968. – 19 S.
8. Fedotova M. Yu., Yu. a. Makedonova, Porowski S. V., Firsova I. V. // Modern aspects of treatment of erosive lichen planus of the mucous membrane of the oral cavity. Modern problems of science and education. 2016. No. 2. P.108.