

Андреева Ю.В.

Особенности восстановления зубов при клиновидном дефекте

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научные руководители: Харитонов Т.Л., к.м.н. Петрова А.П.

Резюме

Работа посвящена особенностям восстановления зубов пломбирочным материалом при различной локализации клиновидного дефекта. Проведенные исследования показали эффективность лечения и восстановления дефекта при применении материала СИЦ.

Ключевые слова: клиновидный дефект, СИЦ, пломбирочный материал

Актуальность

В современной стоматологической практике часто встречаются пациенты с различными формами некариозных поражений твердых тканей, один из них – дефект проявляющийся в виде «клина». Распространенность и тяжесть проявления этой патологии увеличивается с возрастом [1-3]. Клиновидный дефект возникает у лиц с нарушением эндокринной системы, ЦНС, ЖКТ, при влиянии механического (неправильной чистки зубов) и химического воздействия (цитрусовых и их соков), часто наблюдается при пародонтите [4]. Проявляется в виде дефектов клиновидной формы в пришеечной области моляров и премоляров, реже – у фронтальной группы зубов.

Немаловажным фактором долговечности восстановления пришеечных дефектов является выбор реставрационного материала. В этой работе мы использовали для восстановления пришеечных поражений стеклоиономерный цемент, который образует химическую связь с твердыми тканями зуба, имеет высокую прочность на сжатие, низкий модуль упругости (модуль Юнга), т.е. высокую эластичность. Материал имеет механизм тройного отверждения (световая полимеризация, химическая и стеклоиономерная). Световая полимеризация дает возможность быстрого отверждения пломбы в условиях неполной изоляции от влаги, связанной с анатомической локализацией клиновидного дефекта. Сразу же после световой полимеризации можно провести финишную обработку пломбы с помощью обычных инструментов с водяным охлаждением [5, 6]. В связи с локализацией дефекта во фронтальной группе зубов где требуются эстетические особенности пломбирования, мы использовали композит, который наложили на изолирующую прокладку СИЦ. Композит обладает: широкой палитрой из 20 оттенков по шкале VITA, высокой прочностью, обусловленную высокой (82%) наполненностью материала, высокой устойчивостью к истиранию, сверхнизкую полимеризационную усадку – 1,3%, высокую компрессионную прочность - 400 Мпа., имеет естественную флуоресценцию и опалесценцию.

Цель: оценить использование стеклоиономерного пломбирочного материала при лечении клиновидного дефекта.

Задачи:

- 1) Рассмотреть использование стеклоиономерного цемента как самостоятельного пломбирочного материала, так и в виде базовой изолирующей прокладки.
- 2) Наблюдать динамику пациента после лечения.

Материал и методы

На базе стоматологической поликлиники ООО "МЦ "ЗДОРОВЬЕ-ЛЮКС нами было проведено обследование пациентов в возрасте от 18 до 40 лет. Данные внесены в амбулаторные карты пациентов, в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Был описан клинический случай, с локализацией клиновидного дефекта заходящий в под зубодесневую борозду зуба 3.3 и находящиеся над зубодесневой бороздой зуб 4.4. В клинику 2.12.16. Пациентка К., 1975 года рождения обратилась с жалобами на зуб 3.3 и 4.4 боли во время чистки зубов, эстетический недостаток, чувство оскомины. Анамнез: впервые появилась чувствительность 3 месяца назад на зубе 3.3. и 4.4. Во время опроса выяснилось, что пациент пользуется жесткой зубной щеткой и отбеливающей зубной пастой в течение 6 месяцев. Состоит на учете у гастроэнтеролога по поводу эрозивного гастрита. Было принято решение: в связи с разной локализацией дефекта провести лечение двумя способами. Пациенту даны рекомендации по подбору индивидуальных средств гигиены, обучена стандартной методике чистки зубов, рекомендовано не употреблять продукты с красящими пищевыми пигментами в течение суток, зубная щетка средней жесткости и консультация гастроэнтеролога. Используемые нами материалы: стеклоиономерный цемент, композитные материалы.

Результаты и обсуждение

1 способ - объективно: зуб 4.4 ранее не лечен, в пришеечной области полость в виде клина, не заходящая в под зубодесневую борозду, дно плотное, светлое, нависающих краев нет, зондирование болезненное по дну, термотест болезнен кратковременный, перкуссия безболезненна. Диагноз: клиновидный дефект К 031. Лечение: 4.4 выполнена аппликационная анестезия 10% спреем лидокаина, проведена инфильтрационная анестезия Sol. Ultracaini 1:2000000 – 1,7 ml; профессиональное очищение зуба от зубного налета; щадящее препарирование до 1мм алмазным бором №14 с воздушно - водным охлаждением; ретракция десны; медикаментозная обработка 2% хлоргексидином; пломбирование полости СИЦ оттенок А3; финишная обработка поверхности – шлифование пиковидными борами с красной и желтой насечкой, дисками различной степени абразивности, полирование щеточками с полировочной пастой; нанесение фторлака.

2 способ - объективно: зуб 3.3 пришеечный дефект твердых тканей в виде «клина» заходящий в под зубодесневую борозду, зондирование болезненно по дну, термометрия вызывает болевой кратковременный приступ, перкуссия безболезненна. Диагноз:

3.3 клиновидный дефект К 031. Лечение: аппликационная анестезия 10% спреем лидокаина; проведена инфильтрационная анестезия Sol. Ultracaini 1:2000000 – 1,7 ml; профессиональное очищение зуба от зубного налета; щадящее препарирование до 1мм алмазным бором №14 с воздушно - водным охлаждением; ретракция десны с помощью ретракционных нитей с пропиткой сосудосуживающим препаратом; медикаментозная обработка 2 % хлоргексидина; наложение базовой изолирующей прокладки СИЦ, одной порцией под КПМ – до 40 сек; тотальное протравливание и бондинг адгезивной системой; послойное нанесение композита оттенок А3, отсвечивая каждый слой КМП по 10 сек; полировка - пиковидными борами с красной и желтой насечкой, дисками различной степени абразивности, полирование силиконовыми головками и щеточками с полировочной пастой; финишное "отсвечивание" реставрации.

Выводы

1. Можно использовать стеклоиномерный цемент как самостоятельный пломбирочный материал, так и в виде изолирующей прокладки в зависимости от локализации дефекта и индивидуальных особенностей пациента.
2. Динамика наблюдения пациента через три месяца: жалоб нет, анатомическая форма сохранена, краевое прилегание не нарушено, пломба в цвете не изменена.

Литература

1. Сёмченко И.М. Клинические проявления клиновидных дефектов зубов // Труды молодых учёных. Юбил. изд-ние, посвящ. 80-летию БГМУ: Сб. науч. раб. - Минск, 2001. – С. 121-124.
2. Неловко Т.В., Алтынбаева А.П., Савина Е.А., Оганова К.М. современный подход к основным аспектам клиники и лечения клиновидных дефектов зубов в терапевтической стоматологии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 8-4. – С. 682-685;
3. Садиков Р.А., Цимбалистов А.В., Пихур О.Л., Клиновидные дефекты твердых тканей зубов. – Москва, СпецЛит, 2011, - 108 с.
4. Федоров Ю.А, Дрожжина В.А., Туманова С.А., Матело С.К. Клинические возможности применения современных реминерализующих составов у взрослых // Клиническая стоматология. – 2008. – № 3. – С. 32–34
5. Ralph W. Skinner`s science of dental materials (Ralph W.). Phillips, 1999. - 597 с.
6. G.Vanherle, B. Van Meerbeek, M.Braem, P.Lambrechts. Clinical aspects of Dentin Bonding: Materials of International Simposium EURODISNEY, Paris March, 24 - 25, 1999.
7. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Давыдова Н.В., Олейникова Н.М. Взаимосвязь и взаимовлияние уровня стоматологического здоровья и средовых факторов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 239-245.
8. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Егорова А.В., Магомедов Т.Е., Харитонов Т.П., Давыдова Н.В., Лебедева С.И., Бахметьева Э.А., Гриценко Е.А. Показатели стоматологического здоровья у детей и подростков саратова и саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 3. С. 484-486.