Клиновидный дефект

СД 14-14

Абдыллазиз уулу Бабурмурза

План:

- Причины клиновидного дефекта
- Стадии клиновидного дефекта
- Симптомы клиновидного дефекта
- Диагностика клиновидного дефекта
- Лечение клиновидного дефекта
- Прогноз и профилактика клиновидного дефекта

Клиновидный дефект

Клиновидный дефект – локальная деструкция твердых тканей зуба (преимущественно резцов, клыков и премоляров), возникающая на вестибулярной поверхности и имеющая форму клина. Клиновидный дефект представляет собой V-образное углубление с блестящей гладкой поверхностью; сопровождается умеренной гиперестезией зубов и нарушением эстетики. В далеко зашедшей стадии клиновидный дефект может привести к обнажению шейки и отлому зубной коронки. Клиновидный дефект распознается стоматологом на основании клинического осмотра и требует проведения анализа окклюзии. Лечение клиновидного дефекта может включать реминерализирующую терапию, пломбирование, установку виниров или искусственных коронок, оптимизацию окклюзии.

Клиновидный дефект - убыль эмали в области шейки зуба в виде треугольника (конуса) с вершиной, обращенной в сторону полости зуба. В стоматологии клиновидные дефекты, флюороз и эрозии зубов относят к некариозным поражениям твердых тканей зуба. Клиновидные дефекты диагностируются примерно у 20-35% населения, преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста; однако при специальном обследовании начальные проявления или предпосылки к образованию дефектов эмали нередко выявляются уже в молодом возрасте. Прогрессирование морфологических изменений, происходящих на фоне клиновидного дефекта в твердых тканях зуба, способствует деструкции пародонтального комплекса и возникновению пародонтоза.

Причины клиновидного дефекта

Относительно причин возникновения клиновидных дефектов среди исследователей нет единого мнения. На сегодняшний день в стоматологии наиболее распространены механическая, химическая и физико-механическая теории.

Теория механической абразии связывает возникновение клиновидного дефекта с использованием зубных щеток с чрезмерно жесткой щетиной, зубных паст с абразивными частицами, слишком усердными попытками удаления зубного налета и зубного камня в домашних условиях, горизонтальной техникой чистки зубов и пр.

В соответствии с теорией химической эрозии, к появлению клиновидных дефектов приводит злоупотребление газированными напитками, содержащими агрессивные кислоты, которые и вызывают разъедание эмали

Физико-механическая теория, или теория нагрузки главную причину образования и прогрессирования клиновидного дефекта видит в различных формах неправильного прикуса. Нарушение окклюзии приводит к неравномерному распределению жевательной нагрузки, поэтому клиновидные дефекты чаще обнаруживаются на зубах, испытывающих максимальное напряжение в процессе жевания. Возможно, поэтому клиновидные дефекты часто образуются на зубах с патологической стираемостью. Неправильному распределению нагрузки на зубы могут способствовать дефекты зубных рядов, аномалии отдельных зубов, бруксизм.

Более частому поражению клыков и премоляров, по всей видимости, также способствует их выступающее положение в зубном ряду, из-за чего они в большей степени подвержены воздействию абразивных частиц зубных паст и агрессивных компонентов пищи, приводящих к сошлифовыванию и повреждению твердых тканей.

- Замечено, что клиновидные дефекты чаще встречаются у людей, страдающих заболеваниями щитовидной железы и ЖКТ (эзофагитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, гастритом, язвенной болезнью, колитом и др.).
- Механизм образования клиновидного дефекта объясняется следующим образом. При жевании на зубы действует 2 типа силового воздействия: сила сжатия и сила натяжения. При этом прочность эмали на сжатие в 40 раз выше прочности эмали на натяжение. Как свидетельствуют данные компьютерного моделирования, наибольшее натяжение зуб испытывает в области шейки зуба, где эмаль имеет минимальную толщину, что приводит к разрыву связей между кристаллами гидроксилапатита в этой области и образованию микродефектов. В дальнейшем дополнительное механическое, химическое или силовое воздействие способствует увеличению уже образовавшихся трещин и прогрессированию клиновидного дефекта.

Стадии клиновидного дефекта

- В своем развитии клиновидный дефект проходит 4 стадии:
- **I стадия** (начальных изменений) – клиновидный дефект еще не виден простым глазом, его можно различить только под увеличительным прибором.
- **II стадия** (поверхностного поражения) – клиновидный дефект определяется визуально в виде поверхностной ссадины или трещины глубиной до 0,2 мм и длиной 3-3,5 мм. Отмечается гиперестезия пораженных зубов.
- **III стадия** (средне выраженных изменений) - клиновидный дефект глубиной 0,2-0,3 мм, длиной до 3,5-4 мм; дефект образован двумя плоскостями, сходящимися под углом 45°.
- **IV стадия** (глубокого распространения) – длина клиновидного дефекта превышает 5 мм. Убыль ткани нередко захватывает глубокие слои дентина; в тяжелых случаях может достигать пульпарной камеры.
- Первые две стадии клиновидного дефекта наблюдаются у молодых людей (до 30-35 лет), последние - у людей зрелого возраста (после 40 лет).

СТАДИИ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА

Симптомы клиновидного дефекта

- Клиновидный дефект имеет медленно прогрессирующее течение. Нередко больных беспокоит только эстетический аспект: наличие ступенеобразного дефекта в области шейки зуба, в котором задерживаются остатки мягкой пищи. Иногда отмечается умеренная, быстро проходящая болезненность или гиперестезия зубов при воздействии механических, температурных и химических раздражителей.
- Чаще клиновидные дефекты поражают резцы, клыки и премоляры, однако могут возникать на любых других зубах. Клиновидные дефекты могут быть как единичными, так и множественными: последние встречаются чаще и обычно поражают симметричные зубы.
- В начальных стадиях поверхность клиновидного дефекта по цвету не отличается от здоровой эмали; она плотная и гладкая. Пигментация характерна для III и IV стадий, когда клиновидный дефект затрагивает глубокие слои зуба, в т. ч. дентин. В запущенных случаях происходит обнажение шейки зуба, развивается пародонтоз, что может привести к фрактуре коронки зуба.

Диагностика клиновидного дефекта

- Обычно клиновидный дефект выявляется в процессе осмотра и оценки стоматологического статуса пациента. При проведении клинического осмотра врач-стоматолог учитывает типичную локализацию дефекта, конусовидную форму, плотность ткани. Клиновидный дефект, в первую очередь, следует дифференцировать от эрозии зубов, поверхностного и пришеечного кариеса.
- Исследование стоматологического статуса предполагает оценку индексов (КПУ, гигиены полости рта, гингивального, периодонтального и др.), проведение термопробы. Важным диагностическим этапом является анализ окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.
- Для исключения сопутствующих заболеваний пациенту с клиновидным дефектом может потребоваться консультация эндокринолога, гастроэнтеролога.

Лечение клиновидного дефекта

- В комплексном лечении клиновидного дефекта могут быть задействованы специалисты различных стоматологических направлений: терапевты, ортодонты, ортопеды
- Независимо от стадии клиновидного дефекта, в первую очередь, осуществляется устранение причинно значимых факторов: исключаются газированные напитки, производится подбор средств гигиены и ухода за зубами, производится оптимизация окклюзии (избирательное пришлифовывание зубов). В ряде случаев может потребоваться лечение с помощью брекет-систем, установка искусственных коронок на отдельные зубы.
- Если клиновидный дефект диагностирован в стадии начальных или поверхностных изменений, лечение должно быть направлено на стабилизацию процесса. С этой целью проводится комплексная реминерализирующая терапия (устранение гиперестезии зубов): аппликации растворов глюконата кальция и фторида натрия, глубокое фторирование эмали, прием поливитаминно-минеральных комплексов и пр.
- Для реставрации средних и глубоких клиновидных дефектов чаще всего используется пломбирование с помощью жидкотекучего композита светового отверждения, стеклоиономерных или компомерных материалов. После пломбирования полости клиновидного дефекта возможна установка на переднюю поверхность зуба керамического винира.
- При опасности перелома зуба предпочтение отдается несъемному протезированию с помощью металлокерамических или безметалловых коронок.

Прогноз и профилактика клиновидного дефекта

- 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 должная сочетаться с оптимизацией окклюзии.
- Профилактика образования клиновидных дефектов заключается в правильном подборе средств ухода за полостью рта (зубных щеток, паст), обучении пациентов методике чистки зубов, проведении регулярных профилактических осмотров, отказе от употребления агрессивных по своему химическому составу напитков.