

Поверхностный кариес.
Патологическая анатомия,
клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика,
лечение.



Поверхностный кариес – это начальная стадия кариозного разрушения эмали зуба вследствие утраты значительного количества кальция. Соединение эмали и дентина пока сохраняется, патологический процесс ещё не затронул более глубокий средний слой – дентин.



Патологическая анатомия

При поверхностном кариесе определяется участок деструкции эмали с наличием микроорганизмов, без нарушения дентиноэмалевого соединения и без изменений в дентине. В случае прогрессирования процесса происходит разрушение дентиноэмалевого соединения и развивается следующая стадия кариеса. При поверхностном кариесе изменений в пульпе не обнаруживается.

Клиническая картина

Для поверхностного кариеса характерно возникновение кратковременной боли от химических раздражителей (солёное, сладкое, кислое) является основной жалобой. Возможно также появление кратковременной боли от температурных воздействий, чаще при локализации дефекта у шейки зуба, в участке с наиболее тонким слоем эмали.

Диагностика

Основные методы:

Осмотр:

При осмотре зуба на участке поражения обнаруживается неглубокий дефект в пределах эмали.

Зондирование:

Поверхность эмали при зондировании шероховатая. Может отмечаться слабая болезненность по дну кариозной полости.

Перкуссия зуба:

Отрицательная.

Пальпация:

Пальпация в области корней причинного зуба - отрицательная.

Диагностика

Дополнительные методы:

Термометрия:

(Реакция на температурный раздражитель)-кратковременная боль, быстро проходящая после устранения раздражителя.

Электродиагностика:

Пульпа зуба при поверхностном кариесе реагирует на ток силой 2–6 мкА.

Дифференциальная диагностика

Поверхностный кариес дифференцируют со следующими заболеваниями:

- 1. Начальный кариес*
- 2. Эрозия эмали*
- 3. Гипоплазия эмали*
- 4. Эрозивная форма эндемического флюороза.*
- 5. Кислотный некроз эмали.*
- 6. Клиновидный дефект*

Дифференциальная диагностика с начальным кариесом:

В отличие от начального, при котором видно пятно, а целостность поверхности эмали не нарушена, для поверхностного кариеса характерен дефект эмали.

Дифференциальная диагностика с эрозией эмали:

В отличие от поверхностного кариеса, эрозия эмали имеет форму овала, который расположен поперечно на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки. Дно эрозии гладкое, блестящее, плотное. Границы дефекта белесоватые, имеют тенденцию к распространению вширь, а не в глубину, как при кариесе. Эрозия эмали чаще наблюдается у людей среднего возраста, одновременно поражая несколько зубов обычно иммунных к кариесу. Нередко процесс захватывает и симметричные зубы.

Дифференциальная диагностика с гипоплазией эмали:

Гипопластическому дефекту свойственны правильные сферические контуры, края которых сглажены. Дно такого дефекта всегда гладкое, блестящее. Местная гипоплазия в отличие от поверхностного кариеса характеризуется дефектом эмали неправильной формы, нередко пигментированным, локализующимся в области бугров или режущего края. Дно такого дефекта представлено тонким слоем эмали либо склерозированного дентина.

Дифференциальная диагностика с эрозивной формой эндемического флюороза:

Эрозивная форма эндемического флюороза, как и поверхностный кариес, характеризуется дефектом в пределах эмали. Различия дефектов очевидны. При флюорозе дефекты эмали локализуются, как правило, на передних зубах — верхних и нижних, на их поверхностях, иммунных к кариесу. Эрозии, расположенные хаотично на фоне измененной (пятнистой) эмали, отличаются строгой симметричностью поражения, которое, как правило, не сочетается с кариесом. Эрозивная форма эндемического флюороза формируется лишь при потреблении воды с высоким содержанием фтора (3 и более мг/л), признаки флюороза наблюдаются у большинства жителей региона.

Дифференциальная диагностика с кислотным некрозом эмали.

Общее между кариесом и кислотным некрозом - это дефекты твердых тканей зуба, имеют шероховатую поверхность, лишенную блеска, плотности, с неровными краями, болезненностью при зондировании, прогрессирующим течением, с жалобами на боли от раздражителей. Отличия между ними заключаются в следующем: локализация при кариесе ограничивается характерными участками - пришеечной, контактной поверхности, фиссуры, ямки, а при кислотном некрозе поражения обширные, занимают почти всю вестибулярную поверхность с переходом на контактные поверхности. При кариесе не наблюдается выраженной стираемости твердых тканей зуба и изменения формы коронок зубов (при кариесе твердые ткани зуба разрушаются в пределах дефекта). При кислотном некрозе в отличие от кариеса устанавливается наличие профессиональной вредности, в связи с чем наблюдается более прогрессирующее течение заболевания.

Дифференциальная диагностика с клиновидным дефектом эмали.

Клиновидный дефект локализуется исключительно у шейки зубов, имеет плотные стенки и характерную форму дефекта. Также в отличие от поверхностного кариеса протекает бессимптомно.

***Лечение
поверхностного
кариеса***

Поверхностный кариес является относительным показанием к пломбированию. У детей и подростков поверхностный кариес в большинстве случаев не требует оперативного лечения. Нередко поверхностные дефекты, располагающиеся в пределах не требуют пломбирования. В таких случаях достаточно сошлифовать шероховатую поверхность, провести реминерализирующую терапию. Однако при локализации дефекта в естественных углублениях(фиссура) или на контактных поверхностях препарирование полости и её последующее пломбирование обязательно.

1. Удаление зубного налёта.

Проводится при помощи абразивной пасты и специальных щеток поверхность зуба очищается от налета.

2. Препарирование пораженной кариесом эмали.

Препарирование зуба проводят, как правило, под местной анестезией. Т.к. поверхностный кариес подразумевает незначительные объемы поражения эмали кариесом - объем препарирования тканей бормашиной очень мал, и может свестись только к выравниванию контуров дефекта.

3. Изоляция зуба от слюны

Наложение ватных тампонов или коффердама для изоляции зубов от слюны и влажного дыхания. Попадание слюны в процессе пломбирования может привести к выпадению пломбы уже в ближайшем времени, а также развитию вторичного кариеса на границе пломба/зуб.

4. Протравливание эмали кислотой

Проводится протравливание 37% фосфорной кислотой. Это необходимо, чтобы улучшить сцепление пломбы с тканями зуба. После травления эмали кислоту тщательно смывают.

5. Нанесение адгезива

Адгезив — вещество, способное соединять материалы путём поверхностного сцепления. Его наносят на всю поверхность дефекта. После нанесения адгезив засвечивается специальной свето-полимеризационной лампой.

6.Пломбирование дефекта

Внесения порции пломбировочного материала в дефект. Затем из последнего моделируется форма отсутствующей части зуба.

7. Шлифовка и полировка пломбы

В самом конце необходимо придать пломбе окончательную форму при помощи низкоабразивных боров и отполировать ее до абсолютной гладкости.



Directed by
ROBERT B. WEIDE