

Лікування некаріозних уражень твердих тканин зубів

Лікування некаріозних уражень зубів має бути комплексним і враховувати вплив основних етіологічних факторів. Просто реставраційний підхід до відновлення втрачених тканин без урахування першопричин ураження часто виявляється безуспішним. Досі не розроблено жодних доказово-обґрунтованих рекомендацій стосовно профілактики розвитку некаріозних патологій твердих тканин зубів. Але стоматолог має бути добре поінформований з причинами їх розвитку, щоб проінформувати пацієнта про усі можливості лікування, його прогнози і особливості.

Профілактичні заходи

Для оцінки ефективності профілактичних програм, спрямованих на попередження розвитку некаріозних уражень емалі і дентину, необхідно проводити реєстрацію стану зубів з використанням спеціальних карт, фото-реєстрацію, картування поверхонь і аналіз моделей. Первинно рекомендовано проводити градацію рівня вираження патологічного стирання. Згідно Tooth Wear Index **0 рівень** втрати твердих тканин відповідає стабільному стану характеристик емалі (В/Л/О/І) і цілісному контуру зуба (С); **1 рівень** – втраті характеристик емалі (В/Л/О) і мінімальній втраті контуру зуба (С); **2 рівень** – втраті емалі і оголенню дентину на одній третій поверхні зуба (В/Л/О), або втраті емалі з мінімальним оголенням дентину (І), або дефекту контуру завглибшки до 1 мм (С); **3 рівень** – втраті емалі і оголенню дентину більше однієї третьої поверхні зуба (В/Л/О), або втраті емалі зі значним оголенням дентину (І), або дефекту контуру завглибшки 1-2 мм (С); **4 рівень** – повній втраті емалі, оголенню пульпи або вторинного дентину (В/Л/О), або оголенню пульпи і вторинного дентину (І), або дефекту контуру завглибшки більше 2 мм (С).

Згідно іншої класифікації І клас некаріозних патологій включає вестибулярні ураження на ранніх стадіях ерозії з відсутністю явних контурних змін, гладкою блискучою поверхнею переважно на губній стороні верхніх різців і іклів. ІІ клас уражень передбачає залучення до процесу дентину на 1/3 його глибини (тип 1: оводні або чашоподібні ураження пришийкових ділянок. Які необхідно диференціювати від клиноподіб-

них дефектів; тип 2: нерівні ураження усієї коронки). IIIa клас уражень включає дефекти з більшою деструкцією дентину, особливо в ділянці передніх зубів, причому самі ураження характеризуються досить більшою площею; у тій же час IIIb клас уражень поширюється вже і на лінгвальні поверхні і ріжучий край, а самі ураження характеризуються наявністю гладкого дентину. При IIIc класі ріжучі краї і оклюзійні поверхні вражаються до рівнів дентину, і стають пласкішими; наявні реставрації навіть можуть дещо виступати над рівнем власних тканин; ріжучі краї здаються надмірно прозорими. IIId клас уражень характеризує виражені порушення структури зубів як з вестибулярної, так і з язичної сторін.

Контролюючи зміни ураження згідно з вищеописаними класифікаціями вдасться промоніторити, наскільки той чи інший метод профілактики і лікування некаріозних патологій є дійсно ефективним. Крім того, необхідно приділити достатню увагу загальносоматичним патологіям, які можуть бути асоційовані з втратою емалі і дентину некаріозної етіології (ГЕРХ, захворювання слинних залоз, хронічна ниркова недостатність). При дефіциті слини можна використовувати спеціальні стимулюючі препарати (пілокарпін HCl або цевимелін HCl). У випадках розвитку ксеростомії на тлі прийому певних лікарських засобів їх слід замінити на інші з менш вираженим непрямим карієсогеним ефектом.

Дієта також є важливою складовою профілактичної програми. Пацієнтам слід вести щоденник живлення протягом тижня і аналізувати його, щоб звести до мінімуму прийом кислото-вмісних продуктів, і перейти на споживання менш кислої їжі, збагаченої фторидом і мінералами, такими як кальцій і фосфат. Також рекомендовано вживання нейтралізуючої їжі, наприклад, сиру. Для нормалізації рівня рН після прийому їжі бажано проводити полоскання рота простою водою, обполіскуванням з низьким вмістом фтору, молоком або харчовою содою (бікарбонат натрію). При цьому не слід приступати до чищення зубів відразу ж після попереднього прийому в їжу кислотозвмісних продуктів, спочатку ротову порожнину краще прополоскати щоб нормалізувати показники рН. Рекомендованим також є використання меншої кількості зубної пасти і

паст з низькою відносною абразивністю в цілому. Пацієнтам також слід розповісти про можливості модифікації техніки чищення із застосуванням менших зусиль, і про переваги використання щіток із закругленими щетинками.

За наявності бруксизму протокол лікування ускладнюється, і повинен крім усього іншого включати зміну певних поведінкових аспектів і звичок, як, наприклад, корекцію впливу стресових факторів, вивчення методів релаксуючої терапії. У певних випадках лікар може призначити застосування капи для механічного відокремлення зубів у нічний час, або впродовж дня.

Ремінералізація структури зуба

Слід зробити усе можливе, щоб забезпечити ефективну ремінералізацію структури зуба і мінімізувати прогрес втрати твердих тканин емалі і дентину. Фторид сприяє зворотному захопленню доступного кальцію і фосфату, присутнього в слині. При цьому фториди доступні в різних концентраціях і можуть застосовуватися пацієнтом, наприклад, у формі фториду натрію (у формі зубної пасти з концентрацією 5000 ppm), або ж наноситися на зуби стоматологом під час візиту (у формі лаку з концентрацією 26000 ppm). Зворотне захоплення мінералів можна поліпшити, додаючи або застосовуючи разом з фторидами іони кальцію і фосфату в різних формах. У свою чергу фториди, гексаметафосфати натрію, сульфат заліза і фторвмісні обполіскувачі також діють як антиерозійні агенти.

Реставрація зубів

Фізіологічне стирання зубів не завжди вимагає лікування. Проте, якщо процес втрати твердих тканин є патологічним, то пацієнту слід надати відповідне лікування. Активне лікування залежить від індивідуальних особливостей і потреб пацієнта, ступеня ураження, навичок стоматолога, доступного часу і вартості. Дані, засновані на аналізі зубів у відповідність із загальноприйнятими інженерними принципами, вказують на те, що некаріозні ураження слід відновлювати. Для цього спочатку необхідно забезпечити контроль над етіологічними факторами, щоб забезпечити успішність усіх наступних маніпуляцій. Реставрації пришийкових некаріозних дефектів вимага-

ють особливої уваги з урахуванням розвитку усіх форм напруги, яка розвивається в зубі при оклюзійній взаємодії. При реставрації пришийкових дефектів об'єм препарування має бути зведений до мінімуму, щоб забезпечити лише шорсткість уражених поверхонь. Найчастішою причиною результату неуспіху реставрацій пришийкових некаріозних дефектів є мікропідтікання. При цьому реставрації бажано проводити лише коли положення центральної оклюзії і центрального співвідношення зійшлися в одну просторову позицію, або коли в структурі зубощелепного апарату був досягнутий стан компенсації. Реставрації при некаріозних ураженнях включають перекриття поверхонь зубів композитним матеріалом за сандвіч-технікою, а також відновлення за допомогою металевих, металокерамічних і керамічних коронок (фото 1-8).



Фото 1. Некаріозні ураження зубів за 5 класом



Фото 2. Вигляд некаріозних уражень за 5 класом відновлених за допомогою композитних реставрацій



Фото 3. Компрометація естетичного вигляду зубів у результаті патологічного стирання



Фото 4. Вигляд зубів пацієнта після проведення реставрації



Фото 5. Компрометований естетичний вигляд зубів через патологічне стирання



Фото 6. Видяд пацієнта після реабілітації металокерамічними конструкціями



Фото 7. Видяд некаріозних уражень зубів у пацієнта з булімією



Фото 8. Відновлення дефектних ділянок композитними реставраціями

При невідповідності центральної оклюзії центральному співвідношенню, і наявність ознак локалізованого патологічного

стирання в ділянці нижніх передніх зубів, спочатку необхідно забезпечити ретельний моніторинг за станом зубощелепного апарату. Якщо ж ознаки локалізованого патологічного стирання візуалізуються в ділянці верхніх зубів, можна виконати реставрації і застосувати пристрій Dahl. Останній є металевою накусувальною пластинкою, яка використовується для відновлення ділянок зубів, уражених патологічним стиранням, шляхом формування необхідного міжклюдійного простору. При збільшенні міжщелепного простору через втрату висоти прикусу, спочатку необхідно встановити положення центрального співвідношення, і тільки після цього приступити до реставрації зубів. При збільшенні вертикальної висоти прикусу рекомендовано застосовувати стабілізаційні капи.

Якщо пацієнт може нормально терпіти висоту капи, то в таких випадках можна приступати до реставрацій; якщо ж пацієнт не може терпіти висоту капи, то лікар повинен розглянути можливість застосування підходу з подовженням висоти клінічної коронки.

Висновки

Патологічне стирання зубів і асоційовані з ним некаріозні ураження емалі і дентину є патологіями, що складно піддаються об'єктивній діагностиці з верифікацією головної причини порушень. Етіологія некаріозних уражень є індивідуальною в кожній окремій клінічній ситуації, і ознаки цього порушення варіюють у різних пацієнтів відносно ситуацій як таких, так і різних типів втрати твердих тканин (ерозії, атриції, абразії, абфракції, або їх комбінації). Для забезпечення успішного результату лікування патологічного стирання лікар повинен враховувати їх етіологію, можливість реалізації превентивних підходів і цільових терапевтичних втручань, виходячи з умов кожного окремого клінічного випадку.

Автори: Мабі Сінгх, Джерард Кугель, Атена Папас, Бріта Магнусон, США