

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І.
ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри
терапевтичної стоматології ВНМУ
ім. М.І. Пирогова

Завідувач кафедри професор ЗВО

 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

«28» серпня 2023р.

Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 25	Некаріозні ураження зубів. Лікування та профілактика.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

Тема 25.

Некаріозні ураження зубів. Лікування та профілактика.

Мета практичного заняття:

Загальна: вивчити лікування та профілактику некаріозних уражень.

Конкретна:

- засвоїти лікування та профілактику некаріозних уражень, що виникають після прорізування зубів;
- засвоїти лікарську тактику при травматичних ураженнях зубів;
- вивчити групи, склад та властивості сучасних десенсетаїзерів;
- засвоїти сучасні методики лікування гіперестезії твердих тканин зубів.

Завдання на формування початкового рівня знань:

1. Знати етіологію та патогенез некаріозних уражень, що виникають до прорізування зуба.
2. Знати клініку, лікування та профілактику гіпоплазії та флюорозу.

Література:

Основна:

1. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
2. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
3. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

Додаткова:

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. – Івано-Франківськ, 2004.
2. Педорец А.П., Пиляев А.Г., Педорец Н.А. Предсказуемая эндодонтия. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – с.205

Завдання для контролю початкового рівня знань.

Питання	Рівень засвоєння	Еталон відповіді
Опишіть зуби Гетчінсона, Фурн'є та Пфлюгера.	I	*а) верхні центральні різці бочкоподібної форми (розмір біля шийки більший, ніж біля ріжучого краю) і півмісяцевою вирізкою біля ріжучого краю. Іноді відмічається відсутність емалі. б) це центральні різці з бочкоподібною формою коронки без півмісяцевої вирізки. г) перші моляри, що мають форму конуса (розмір коронки біля шийки більше, ніж біля жувальної поверхні, а бугри недорозвинуті).

Питання, що підлягають вивченню на практичному занятті:

1. Етіологія та класифікація травматичних уражень зуба.
2. Етіологія та патоморфологія хімічних уражень твердих тканин зуба.

3. Етіологія, класифікація, патоморфологія гіперстезії твердих тканин зуба.
4. Клініка, діагностика та диференційна діагностика некаріозних уражень, що виникають після прорізування зуба.
5. Тактика лікаря при травматичних ураженнях зубів.
6. Лікування та профілактика хімічних уражень та гіперстезії твердих тканин зуба: групи, склад та властивості сучасних десенситайзерів, методики їх застосування.

**Схема ООД за темою :
“Клініко-діагностичні ознаки травматичних та хімічних уражень зубів”**

Послідовність дій 1		Засоби та умови оцінки 2	Критерії самоконтролю 3
Обстежте хворого, поставте діагноз.			
I. Проведіть опитування хворого.			
1	2	3	
Скарги хворого Анамнез захворювання: – Тривалість захворювання – Динаміка захворювання – Яке проводилося лікування і його результати Анамнез життя: – Професія та умови виробництва – Перенесені захворювання	Схема історії хворого, уважне ставлення до хворого	Пацієнти скаржаться на інтенсивні больові відчуття від усіх видів подразників (при радіаційному некрозі больові відчуття відсутні) та наявність естетичного дефекту. Хворі помічають прояви захворювання протягом кількох тижнів - при хімічних ураженнях та з часу нанесення травми – при травматичних враженнях Динаміка залежить від виду травмуючого агенту, його сили, тривалості впливу та часу між травмою та звертанням пацієнта до лікаря. Вибір методу лікування залежить від результатів лікування, яке проводилось раніше. У людей з великим стажем роботи на підприємствах по виготовленню кислот, спостерігається високий ризик виникнення хімічних уражень твердих тканин . Некроз твердих тканин зуба зустрічається при ряді ендокринних порушень(тиреотоксикоз), порушеннях обміну речовин(подагра), нервово-психічних захворюваннях, радіаційному опроміненні.	
II. Проведіть об’єктивне дослідження.			
Проведіть огляд порожнини рота, зубів, слизової, відмітьте зубну формулу Огляньте зуби	Набір інструментарію для огляду порожнини рота	Відмічається зубна формула і вся патологія за допомогою умовних позначень в амбулаторній картці При огляді, як правило, виявляють ураження різців верхньої щелепи інколи ікол та премолярів. На вестибулярній поверхні в ділянці шийок появляються крейдиані плями, які в наступному набувають темного забарвлення, з’являються дефекти, внаслідок стирання емалі. При механічній травмі спостерігається перелом чи відлом коронки зуба, з одночасним пошкодженням	

		навколишніх м'яких тканин .
Проведіть зондування, пальпацію, перкусію.		При хімічних пошкодженнях поверхня вражених ділянок нещільна, болісна, під час проведення зондування може відбуватись відлом враженої емалі. Пальпація, перкусія безболісні. При радіаційних пошкодженнях вражені ділянки крихкі, безболісні. Пальпація, перкусія безболісні. При механічних пошкодженнях- результати зондування, пальпації, перкусії будуть залежати від сили травмуючого фактору та часу між травмою та звертанням по допомогу.
III. Встановіть співвідношення скарг з об'єктивними ознаками Захворювання, виявленими при огляді.		
IV. Для підтвердження діагнозу проведіть додаткові методи дослідження.		
– Термометрію	Вода – кімнатної температури	При проведенні термопроби виникає болючість
– Висушування емалі зжатиєм повітрям	Пустер	Емаль та дентин без блиску. Емаль крейдоподібного кольору, дентин світлий чи пігментований (при хімічних враженнях). В межах норми (при механічних враженнях).
– Люмінісцентна стоматоскопія	ОЛД-41	Спостерігається гасіння флюорисценції вражених ділянок (при хімічних враженнях). В межах норми (при механічних враженнях).
Визначте електрозбудливість пульпи	ОСМ-50	Отримані результати будуть коливатися в широких межах.
– Визначте інтенсивність забарвлення емалі	Метиленовий синій	Спостерігається більш інтенсивне забарвлення ділянки враження твердих тканин зубів (при хімічних враженнях). В межах норми (при механічних враженнях).

V. Поставте кінцевий діагноз.		
		Співвідношення виявлених симптомокомплексів з описаних в підручниках, монографіях, лекціях

**Схема ООД за темою :
“Клініко-діагностичні ознаки гіперестезії та патологічного стирання зубів ”**

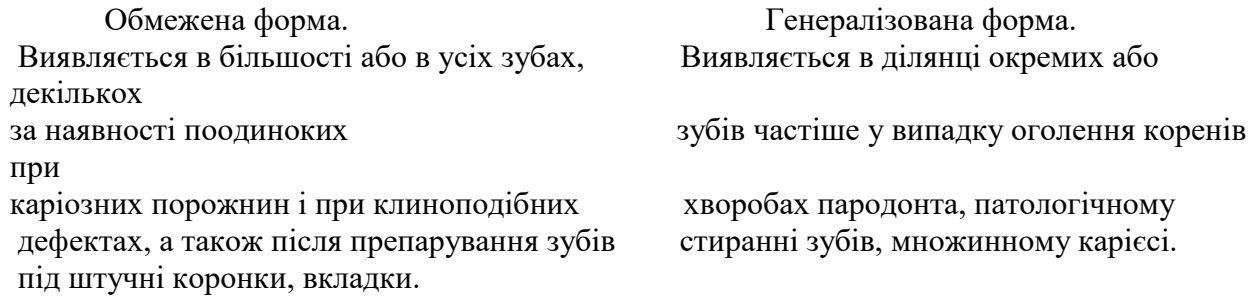
Послідовність дій	1	Засоби та умови оцінки	2	Критерії самоконтролю	3
Обстежте хворого, поставте діагноз.					
I. Проведіть опитування хворого.					
1	2	3			
Скарги хворого	Схема історії хворого, уважне ставлення до хворого	Пацієнти скаржаться на інтенсивні, але нетривалі болі, спричинені дією температурних (холод, тепло), хімічних (кисле, солодке) або механічних подразників. Хворі говорять, що вони не можуть вдихнути холодне повітря, вживати кислу, солодку, солону їжу. Як правило, ці явища постійні, але іноді може спостерігатися тимчасове зменшення або припинення болю. У деяких випадках виникають утруднення у визначенні хворого зуба, тому що біль поширюється на сусідні зуби. При 3 ступені важкості- поява больових відчуттів в			

<p>Анамнез захворювання:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Тривалість захворювання – Динаміка захворювання – Яке проводилося лікування і його результати <p>Анамнез життя:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Професія та умови виробництва – Перенесені захворювання 		<p>області висково-нижньощелепового суглоба, головні болі, зниження слуху, печія в кінчику язика.</p> <p>Хворі помічають прояви захворювання на протязі тривалого часу.</p> <p>Як правило, больові відчуття постійні, але іноді може спостерігатися тимчасове зменшення або припинення болю.</p> <p>Вибір методу лікування залежить від результатів лікування, яке проводилось раніше.</p> <p>У людей з великим стажем роботи на підприємствах по виготовленню кислот та на підприємствах, де в повітрі багато механічних частинок, спостерігається підвищене стирання зубів.</p> <p>Підвищене стирання зубів зустрічається при ряді ендокринних порушень – порушення функції щитоподібної, паращитоподібної залоз, гіпофіза.</p>
<p>Проведіть огляд порожнини рота, зубів, слизової, відмітьте зубну формулу</p> <p>Огляньте зуби</p>	<p>Набір інструментарію для огляду порожнини рота</p>	<p>Відмічається зубна формула і вся патологія за допомогою умовних позначень в амбулаторній карточці</p> <p>При огляді, як правило, виявляють рівномірне стирання кількох чи всіх груп зубів, гострі краї відсутні. Поверхні зубів мають матовий відтінок, зубні нашарування відсутні. Місцями видно оголений, гладенький, блискучий, зрідка пігментований дентин.</p>
<p>Проведіть зондування</p>		<p>Поверхня вражених ділянок щільна, безболісна, при прогресуванні з'являється болючість.</p>
<p>III. Встановіть співвідношення скарг з об'єктивними ознаками Захворювання, виявленими при огляді.</p>		
<p>IV. Для підтвердження діагнозу проведіть додаткові методи дослідження.</p>		
<p>– Термометрію</p>	<p>Вода – кімнатної температури</p>	<p>При проведенні термопроби виникає болючість</p>
<p>– Висушування емалі зжатиєм повітрям</p>	<p>Пустер</p>	<p>Емаль та дентин блискучі.</p>
<p>– Визначте електрозбудливість пульпи</p>	<p>ОСМ-50</p>	<p>2-6мкА</p>
<p>– Визначте інтенсивність забарвлення емалі</p>	<p>Метиленовий синій</p>	<p>Спостерігається рівномірна інтенсивність забарвлення твердих тканин зубів.</p>
<p>V. Поставте кінцевий діагноз.</p>		

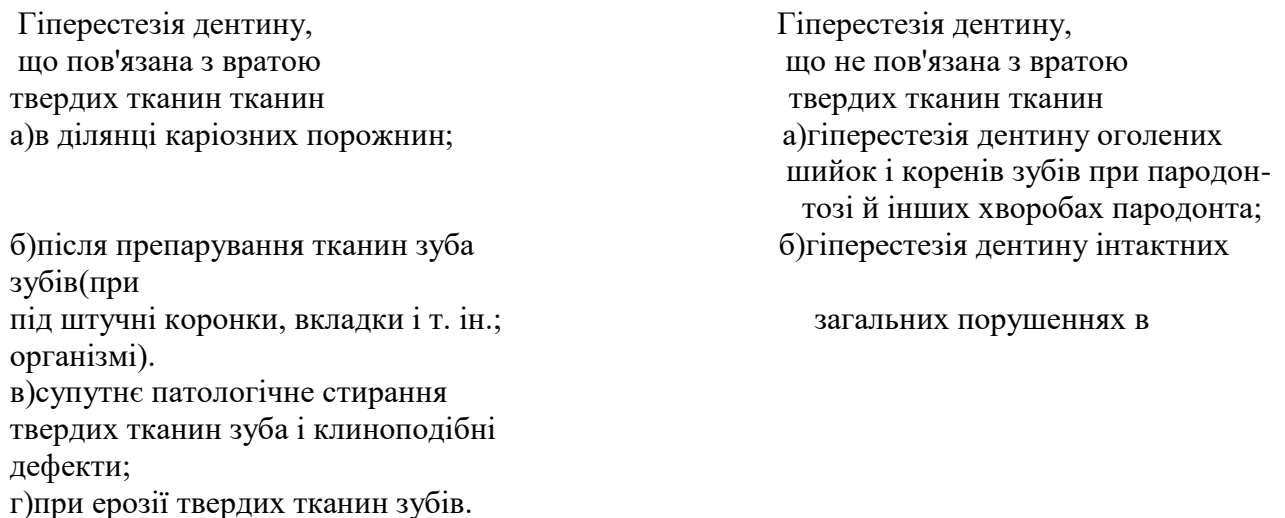
ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ

“ Класифікації гіперестезії”

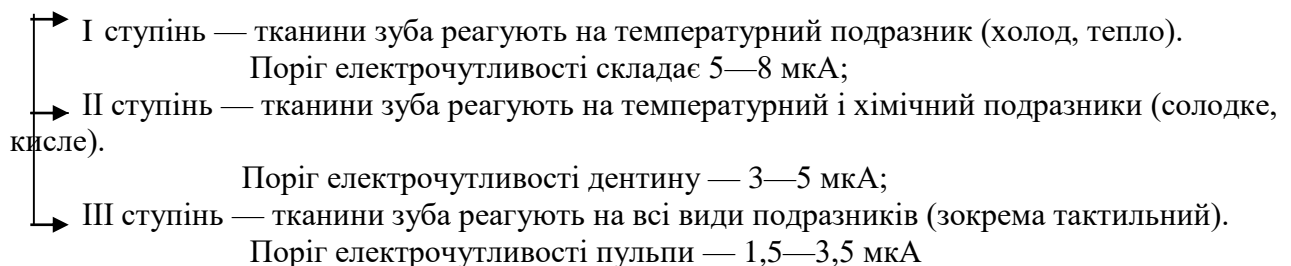
За поширеністю:



За походженням:



За клінічним перебігом:



ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ:
“Диференційна діагностика патологічного стирання твердих тканин зуба”

Ознака	Гіпоплазія	Спадкові порушення	Патологічне стирання твердих тканин зуба
Локалізація	Вестибулярна поверхня ріжучого края різців, ікол і горбиків молярів, інколи вся коронка	Вражаються тверді тканини всіх груп зубів	Ріжучі краї і горбики зубів апроксимальні поверхні зубів
Час появи	До прорізування	До прорізування	Після прорізування
Кількість вражених зубів	Парна кількість зубів	Часто всі зуби	Кількість різна, може спостерігатися на всіх зубах
Вид дефекту	Дефект розміщується на вестибулярній поверхні зубів. Дно, стінки дефекта щільні, гладенькі, нависаючих країв емалі немає	Швидке стирання чи злущування емалі (до Ясен)	Плавная втрата емалі та дентину в Вертикальному чи горизонтальному напрямку
Наявність гіперестезії	Відсутня	Може бути виражена	Може бути виражена

ЗМІСТ ТЕМИ.

Некроз твердих тканин є важким захворюванням, що приводить до втрати зубів. Воно може бути викликано, як ендогенними, так і екзогенними факторами. При порушенні діяльності ендокринних залоз, захворювань центральної нервової системи, хронічних інтоксикаціях організму або спадкових порушеннях розвитку зубів може розвинутих пришийковий некроз.

Пришийковий некроз характеризується втратою блиску емалі, появою крейדיаних плям, які в наступному набувають темне забарвлення. В процесі розвитку процесу емаль стає крихкою, відколюється екскаватором, дентин також темніє, з'являється реакція на хімічні, термічні і механічні подразники. Дефекти розміщуються як правило, на вестибулярних поверхнях різців, кликів і премолярів. Моляри вражаються дуже рідко.

Хворий з некрозом твердих тканин повинен бути ретельно обстежений ендокринологом. Лікування у стоматолога визначається глибиною ураження, коли поряд з ремінералізуючою терапією проводиться пломбування дефектів.

Кислотний (хімічний) некроз зубів є результатом місцевого впливу у тривало працюючих на виробництві неорганічних (соляна, азотна, сірчана), рідше органічних кислот.

Вдихання парів кислот сприяє створенню в порожнині рота кислого середовища для демінералізації твердих тканин зуба. Емаль набуває спочатку матовий, а потім – брудно-сірий відтінок, спостерігається стирання зубів. Процес спочатку локалізується на вестибулярній поверхні, а потім розповсюджується на язичну поверхню. Поступово коронки фронтальних зубів руйнуються до ясенного краю, а коронки премолярів і молярів підлягають сильному стиранню.

Більш легкі форми кислотного некрозу можуть виникнути у хворих ахілічним гастритом, які приймають всередину 10% розчин хлористоводневої кислоти. Для попередження цього рекомендують приймати кислоту через скляні або пластмасові трубочки. Показані часті лужні полоскання і ретельна гігієна порожнини рота і диспансерний нагляд у лікаря-стоматолога.

Лікування хімічного некрозу проводиться в залежності від клінічної картини, при важких ступенях – в поєднанні з ортопедичним. На вище перерахованих підприємствах повинна проводитись всестороння профілактична робота.

Патологоанатомічні зміни характеризується появою зон підповерхневої демінералізації. Але на відміну від карієсу вогнище демінералізації має овальні обриси і тенденцію до розповсюдження паралельно зовнішній поверхні емалі.

Променеве ураження (променевий некроз, променевий карієс) твердих тканин зубів виникає у разі дії іонізуючої радіації як безпосередньо на зуби (променева реакція), так і на організм загалом (променева хвороба). Одним із перших проявів є ураження пульпи: в ній розвиваються крововиливи, набряк, гіаліноз судин, у подальшому — атрофія і переродження у фіброзну тканину. За умови високих доз променевої радіації виникає некроз пульпи з поступовим поширенням на періодонт. Некроз твердих тканин починається після ураження пульпи.

Клінічно ці прояви в пульпі можуть виражатись явищами її запалення — пульпіту (нападоподібний біль з іррадіацією в різні ділянки голови) і частіше — некрозу пульпи. Останній перебігає без будь-яких виражених больових симптомів. Некроз емалі починається у пришийковій ділянці зуба з незначного помутніння емалі і втрати нею натурального блиску. Поступово ця ділянка може набувати крейдоподібного кольору, відбувається її розм'якшення і забарвлення у брудно-сірий колір пігментами їжі. На відміну від карієсу, розм'якшення твердих тканин виражено значно помітніше. Ушкодження швидко прогресує по поверхні зуба (в основному по емалево-дентинному з'єднанню). Оголений внаслідок цього дентин швидко зазнає руйнування. Відкладання вторинного дентину не відбувається через загибель пульпи, тому подальше прогресування некрозу може призвести до відлому коронки зуба. Водночас з ураженням зубів у разі дії променевої радіації спостерігаються патологічні зміни на слизовій оболонці порожнини рота (крововиливи, виразково-некротичні стоматити тощо), що значно полегшує диференціальну діагностику променевого некрозу зубів.

З метою профілактики променевих уражень зубів перед опромінюванням щічної ділянки рекомендується виготовити на зуби пластмасові капи, а також застосовувати радіо-протектори (цистамін, гаммафос), препарати кальцію і фосфору, вітаміни. Місцеве лікування за умови збереження пульпи полягає у застосуванні ремінералізуючої терапії і за необхідності — у пломбуванні. У разі некрозу пульпи її видаляють, дефекти пломбують, за необхідності вкриваючи зуби штучними коронками.

Травма зубів. Унаслідок дії на зуби різних за силою і напрямком травмівних чинників можуть виникати дуже різні ушкодження. Залежно від тривалості дії травмівного чинника виділяють гостру (одномоментну) і хронічну травми.

Причиною *гострої травми* можуть бути удари по зубах різними предметами, під час падіння, автокатастроф тощо. Найчастіше у такому разі страждають фронтальні зуби. Розрізняють такі види гострої травми зубів: забій, вивих, перелом зуба, комбінована травма, травма зачатків зубів. Здебільшого ці ушкодження потребують оперативного хірургічного лікування і розглядаються у відповідних розділах стоматології. До некаріозних травматичних уражень належать лише переломи коронок зубів без розкриття порожнини зуба й ушкодження пульпи.

За наявності таких переломів (або відломів частини коронки, як їх іноді називають) хворі скаржаться на біль від різних термічних, хімічних, механічних подразників у місці перелому. Гострі краї емалі, що утворилися в результаті перелому, можуть травмувати губи та язик. Поверхня перелому болісна під час зондування, особливо у разі оголення дентину, перкусія зуба в перші дні може бути також досить болісною. За умови близького розміщення пульпи до поверхні перелому вона може просвічувати через тонкий шар дентину рожевою плямою. У ній за умови такої травми виникають зворотні зміни, однак за відсутності відповідного лікування, у разі дії подразників у пульпі може виникнути запалення. Тому за наявності таких переломів необхідно впевнитися в тому, що пульпа ціла і життєздатна та простежити за її станом протягом певного часу — до 3 міс, щоб запобігти некрозу пульпи.

Лікування таких дефектів полягає у зішліфовуванні гострих країв емалі (якщо дефект локалізується тільки у ній) і застосуванні фтористих препаратів для зменшення її гіперестезії. У разі значних дефектів цілість зуба можна відновити пломбою або вкладкою після, відповідного препарування дефекту. У разі близького розміщення пульпи біля лінії перелому іноді на такі зуби виготовляють (без їх препарування) тимчасові коронки; лінію перелому вкривають пастою з кальцію гідроксидом і фіксують коронку за допомогою штучного дентину на 2-3 міс. У такому стані пульпа ізольована від різних можливих подразнень і в ній відбувається відкладання вторинного дентину. Це дозволяє безпечніше провести препарування

зуба і відновити його пломбою, вкладкою або штучною коронкою. За наявності некрозу пульпи її видаляють, пломбують кореневий канал і потім ліквідують утворений дефект.

Хронічна травма зубів виникає внаслідок дії протягом тривалого часу різних механічних подразників невеликої сили. Вона може бути наслідком шкідливих звичок утримувати в зубах різні сторонні предмети: ручки, пензлі, мундштуки, люльки тощо. Внаслідок цього на зубах утворюються узури з гладенькими блискучими поверхнями, які повторюють своїми обрисами форму травмітного предмету. Особливої болісності цих поверхонь не виникає внаслідок значного відкладання вторинного дентину з боку пульпи. Лікування цих дефектів полягає в їх пломбуванні або відновленні анатомічної форми зубів штучними коронами.

Стирання тканин зуба відбувається у кожної людини, що є результатом функції жування. З'являється фізіологічна стертість в першу чергу на горбиках жувальної поверхні премолярів, молярів а також по ріжучому краю різців та ікол. Крім того, фізіологічна рухомість зубів призводить до виникнення невеликих площадок в місці контакту з сусідніми зубами.

Встановлена пряма залежність фізіологічної стертості від віку: ближче до 40 років виникає невелика стертість емалі, а до 50-60 років стертість проявляється у вигляді значної втрати тканин горбиків премолярів і молярів. У різців на місці ріжучого краю з'являються площадки. Внаслідок цього відбувається зменшення довжини коронки зуба. Як правило це не супроводжується больовими відчуттями і скарги частіше всього відсутні. Обумовлено це тим, що процес йде повільно, в порожнині зуба відкладається замісний дентин, ізолюючий пульпу від зовнішніх подразників.

Поряд з *фізіологічною стертістю* зустрічається *патологічна*, коли спостерігається інтенсивна втрата тканин в одному, в групі або в усіх зубах. Причинами таких змін можуть бути стан прикусу, перевантаження внаслідок втрати зубів, неправильна конструкція протезів, побутові та професійні шкідливості, а також формування неповноцінних структур тканин зуба.

При прямому прикусі створюються позитивні умови для стирання різців. По мірі того як з віком відбувається стирання горбиків молярів, стирання різців значно прогресує. Довжина коронок значно змінюється, і до 35-40 років вона зменшується на $\frac{1}{3}$, - $\frac{1}{2}$ від початкової довжини. При цьому замість ріжучого краю на різцях утворюються значні площадки, в центрі яких можна бачити дентин. Після оголення дентину його стирання йде більш інтенсивно, ніж емалі. В результаті цього утворюються гострі краї емалі, які часто травмують слизову оболонку(СО) щік та губ. Якщо лікування не проводилось, то стирання зубів швидко прогресує. В таких випадках відмічаються ознаки зменшення нижньої третини обличчя, що виявляється в утворенні складок в області кутів рота. У людей із значним зниженням прикусу можуть бути зміни в скронево-нижньощелеповому суглобі і як наслідок цього виникають печіння, або біль СОПР, зниження слуху та ін. симптоми, які характерні для симптому зниження прикусу.

В подальшому при прогресуванні процесу стирання різців доходить до шийок. В таких випадках крізь дентин просвічується порожнина зуба. Однак вскриття не виникає за рахунок відкладення замісного дентину.

Найбільш виражене стирання тканин спостерігається при відсутності зубів. Зокрема при відсутності молярів, які в визначають співвідношення зубних рядів, спостерігається інтенсивне стирання різців та ікол, так як вони перевантажуються. Крім того внаслідок перенавантаження може настати зміщення зубів, резорбція кісткової тканини біля верхівок коренів, міжзубних перетинок. Нерідко стирання зубів обумовлене неправильною конструкцією знімних та незнімних протезів. При використуванні під кламер зуба без штучної коронки настає стирання емалі та дентину біля шийки. Як правило при цьому хворі скаржаться на різкий біль від механічних та хімічних подразників.

При огляді виявляється рівномірне стирання всіх груп зубів, гострі краї відсутні. Поверхні зубів мають матовий відтінок, зубні нашарування відсутні. Місцями видно оголений, гладенький дентин. У людей з великим стажем роботи на підприємствах по витовленню кислот зуби стираються до самої шийки. Одним з перших ознак стирання емалі під дією кислот, є поява відчуття "оскоми", шершавість поверхні зубів. При огляді

виявляють втрату кольору емалі зуба, що краще видно при висушуванні, може спостерігатись слабо виражена горбистість емалі.

У людей, які працюють на підприємствах, де в повітрі багато механічних частинок, також спостерігається підвищене стирання зубів.

Нерідко підвищене стирання зубів зустрічається при ряді ендокринних порушень - порушення функції щитоподібної, паращитоподібної залоз, гіпофіза та інші. Механізм стирання при цьому обумовлений зниженням структурної резистентності тканин, зокрема підвищена стертість спостерігається при флюорозі, мармуровій хворобі, синдромі Стентона-Капдепона, недорозвитку емалі та дентину.

Лікування: мета та задачі лікування залежать від ступеню стирання. Так при I та II ступенях стирання основним завданням лікування є стабілізація процесу, попередження подальшого прогресування стирання. З цієї метою на зубі антагоністі, в основному молярі, виготовляються вкладки (краще зі сплавів), можна виготовити металеві коронки. Часто стирання зубів супроводжується гіперестезією, що потребує відповідного лікування.

Значні труднощі виникають при лікуванні III ступеня стирання, який супроводжується вираженим зниженням висоти прикусу. В таких випадках необхідно обновити нормальне співвідношення щелеп. Прямими показниками такого стану є скарги на біль в ділянці скронево-нижньощелепового суглоба, печіння та біль в язичі, що є наслідком зміни положення суглобової головки в суглобовій ямці.

Лікування, як правило, ортопедичне, інколи тривале, з проміжним виготовленням лікувальних апаратів. Основна мета - створити таке положення зубних рядів, яке відновлювало б фізіологічне положення суглобової головки в суглобовій ямці. Важливо, щоб в подальшому це положення щелепи було збережено.

Гіперестезія твердих тканин зубів

Підвищена чутливість найбільш часто спостерігається при патології тканин зубів некаріозного походження, а також при карієсі і хворобах пародонта. Системна генералізована гіперестезія виявляється при психоневрозах, ендокринопатіях, захворюваннях шлунково-кишкового тракту, клімаксі, порушеннях обміну, інфекційних та інших захворюваннях.

Клінічна картина. Пацієнти скаржаться на інтенсивні, але нетривалі болі, спричинені дією температурних (холод, тепло), хімічних (кисле, солодке) або механічних подразників. Хворі говорять, що вони не можуть вдихнути холодне повітря, вживати кислу, солодку, солону їжу. Як правило, ці явища постійні, але іноді може спостерігатись тимчасове зменшення або припинення болю. У деяких випадках виникають утруднення у визначенні хворого зуба, тому що біль поширюється на сусідні зуби.

При огляді, як правило, виявляють утрату (стертість, ерозія, клиноподібний дефект) твердих тканин зубів, оголення коренів. У всіх випадках оголений дентин твердий, гладенький, блискучий, зрідка пігментований, чутливий до механічних, температурних та хімічних подразників, але біль зникає після усунення подразника.

Диференційна діагностика. Гіперестезію твердих тканин у першу чергу необхідно диференціювати від гострого пульпіту, тому що схожість полягає в наявності гострого болю і виникненні утруднень у визначенні хворого зуба. Діагноз ставлять з урахуванням тривалості болю (при пульпіті він тривалий, виникає під час сну) і стану пульпи (при пульпіті зуб реагує на струм понад 20 мкА, а при гіперестезії ЕОД у межах норми — 2—6 мкА).

Лікування. Для лікування гіперестезії застосовують різні методи і лікарські препарати. Загалом їх можна поділити на кілька груп. Припікаючі засоби, їх застосування ґрунтується на руйнуванні органічної субстанції твердих тканин зубів. До цієї групи належать 30-50 % концентрований аміачний розчин нітрату срібла, 10 % розчин цинку хлориду, 5-10 % розчин фенолу (карболової кислоти), 10-20 % розчин трихлор-оцтової кислоти.

Засоби зневоджувальної дії: натрію хлорид, калію хлорид, магнію хлорид, гідрокарбонати натрію і калію, карбонати калію і магнію, їх застосовують у суміші з гліцерином у вигляді

паст. Таку саму дію має рідина Гартмана: 2 частини ефіру, і частина спирту, і,25 частини тимолу.

Анестетики й анальгетики: широко застосовують 2-5 % розчини дикаїну, новокаїну, тримекаїну, лідокаїну, анестезину в гліцерині тощо. Деякий позитивний ефект дають 50-75 % пасти з анестетиками: 75 % аспіринова, аспірин-фенацетинова тощо. Знеболювальну дію справляють 4-20 % спиртовий розчин прополісу, розчини та паста з мефенаміну натрієвою сіллю.

Засоби біологічної дії обумовлюють перебудову біологічної структури твердих тканин зубів. До них належать препарати фториду натрію (1 % розчин, 5 % фтористий фосфат-цемент, фторлаки тощо), 75 % хлористо-стронцієва паста, 75 % кальцій-гліцерофосфатна паста, 20 % камфоро-біоміцинова паста, 75 % вітамінна паста, 5 % розчин тіаміну хлориду тощо.

Методика застосування всіх цих препаратів приблизно однакова: зуби висушують, на болючу поверхню наносять пасту і протягом 5 хв втирають у тверді тканини зуба. Водні розчини наносять на такий самий час у вигляді аплікації.

Останнім часом для лікування гіперестезії успішно застосовують адгезивні системи фотополімерних композиційних матеріалів. Оброблювану поверхню протравлюють кислотним гелем, промивають водою, висушують і полімеризують світлом. Наносять адгезивну систему згідно з інструкцією виробника. Випускають спеціально адаптовані адгезивні системи, наприклад "Seal&Protect"

Для лікування системної гіперестезії використовують кальцію гліцерофосфат (по 0,5-0,75 г 3 рази на день протягом і міс), аскорбінову кислоту і тіамін протягом 1 міс. Одночасно призначають електрофорез 1% розчину фториду натрію або 2,5 % розчину кальцію гліцерофосфату.

За умови підвищеної збудливості нервової системи призначають заспокійливі засоби: броміди, препарати валеріани, малі транквілізатори (еленіум, мепротан тощо).

Інтерн повинен знати:

1. Етіологію, клініку, патоморфологію та класифікацію хімічних уражень зубів.
2. Етіологію, клініку, патоморфологію та класифікацію травматичних уражень зубів.
3. Етіологію, клініку, патоморфологію та класифікацію гіперестезії.
4. Лікування та профілактику некаріозних уражень зубів

Інтерн повинен вміти:

1. Діагностувати пришийковий, кислотний та радіаційний некроз емалі зуба.
2. Провести диференційну діагностику некрозу емалі.
3. Провести лікування і профілактику не каріозних уражень твердих тканин зуба.

Завдання для самоконтролю знань-умінь:

1. Додаткові методи діагностики вивиху зуба:
 - а) холодова проба
 - б) рентгенографія
 - в) трансїлюмінація
 - г) люмінісцентне дослідження
 - д) вірно а,б
2. Кислотний некроз не супроводжується:
 - а) почуттям оскоми
 - б) "злипанням" зубів
 - в) зникненням емалі в області ріжучих країв різців, стиранням горбів молярів і премолярів
 - г) болем при доторканні до причинного зуба
 - д) постійним ниючим болем
3. При забої постійного зуба проводять:
 - а) реплантацію
 - б) шинування

- в) контроль ЕОД
- г) зменшення оклюзійної навантаження
- д) видалення зуба

Еталони відповідей.

1. Правильна відповідь: б).
2. Правильні відповіді: в), г), д).
3. Правильні відповіді: в), г).

Завдання для самостійної роботи:

- виготовити таблицю «Групи сучасних десенситайзерів, їх склад, властивості, методика використання».
- виготовити таблицю «Диференційна діагностика некрозу твердих тканин зуба».
- підготувати реферативне повідомлення «Комп'ютерний некроз»