

---

# СТОМАТОЛОГИЯ

---

**Н. Ф. Алешина, Т. Н. Радышевская, Л. И. Рукавишникова, Н. В. Питерская**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра терапевтической стоматологии

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ**

УДК 616.314

Изложены результаты лечения клиновидных дефектов зубов у 22 пациентов в возрасте от 35 до 57 лет в течение трехлетнего наблюдения. Определена эффективность реставрационного лечения клиновидных дефектов зубов с применением реминерализующей терапии.

*Ключевые слова:* клиновидный дефект зубов, реставрация тканей зубов, реминерализующая терапия.

---

**N. F. Alyoshina, T. N. Radyshevskaya, L. I. Rukavishnikova, N. V. Piterskaya**

## **LONG-TERM EFFECTS OF TREATING DENTAL WEDGE-SHAPED DEFECT**

Outcomes of treating dental wedge-shaped defect in 22 patients aged 35—57 over a three-year period of observation are presented. The effectiveness of restorative treatment of dental wedge-shaped defect using remineralizing therapy has been demonstrated.

*Key words:* dental wedge-shaped defect, dental restoration, remineralizing therapy.

---

Из заболеваний зубов некариозного происхождения среди населения довольно часто встречается клиновидный дефект [2, 3, 7]. Восстановление тканей зубов при этой патологии представляет определенные сложности, обусловленные изменением структуры твердых тканей зубов в области дефекта (неравномерная степень минерализации тканей), а также наличием трещин на поверхности эмали и цемента, прилежащих к зоне дефекта [1, 2, 6, 7], что отражается на клинической эффективности пломбирования. Кроме того, сравнительно тонкий слой наложенного в придесневой области пломбировочного материала подвержен силам сжатия и растяжения при окклюзионной нагрузке, и это нередко приводит к выпадению пломбы. Поэтому при лечении клиновидных дефектов необходимо учитывать все особенности, связанные со структурными изменениями тканей зубов и клиническими проявлениями этой патологии.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Изучение отдаленных результатов лечения зубов с клиновидными дефектами.

При проведении данного исследования нами учитывались рекомендации различных авторов, а также собственный опыт научно-исследовательской работы, проводимой в рамках изучения эффективности лечения этой патологии.

При восстановлении твердых тканей зубов с клиновидными дефектами требуется особый подход к препарированию тканей и выбору пломбировочного материала. Следует также иметь в виду, что общесоматические заболевания, диагностируемые у пациента при клиновидных дефектах (эндокринные нарушения, болезни желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистая патология, заболевания нервной системы и др.), оказывают влияние на процессы убыли твердых тканей зубов: при обострении общей патологии увеличение дефекта происходит более заметно — в течение нескольких месяцев [3, 7]. Поэтому в период обследования пациенты должны направляться к врачу соответствующего профиля для выявления патологии и назначения общего лечения.

А врачом-стоматологом при отсутствии противопоказаний назначается общее лечение в виде ре-

минерализующей терапии (минеральных веществ, микроэлементов, витаминов) и рациональная диета с оптимальным соотношением белков, жиров, углеводов и достаточным количеством минеральных веществ, микроэлементов, поливитаминов.

Местное лечение клиновидных дефектов проводится в зависимости от стадии клиновидного дефекта: при начальных проявлениях достаточно проведения реминерализующей терапии; при наличии дефектов тканей проводится их препарирование и пломбирование. В свете современных представлений о микроструктуре твердых тканей зубов при клиновидном дефекте, целесообразно сошлифовывать поверхностный слой деструктивно измененных тканей в области дефекта, а также вокруг него: шириной на 3—4 мм над верхней границей с постепенным уменьшением зоны сошлифовывания в области боковых границ [1, 2]. В придесневой области расширение границ не показано, но желательно создать уступ, если дефект расположен в пределах коронки зуба [1, 2, 4]. При выраженной глубине дефекта по возможности проводится частичное формирование полости с созданием ретенционных пунктов.

Для лучшей адгезии рекомендуется использовать адгезивные системы, предусматривающие полное удаление «смазанного» слоя. Самопротравливающие адгезивные системы при восстановлении тканей с клиновидными дефектами менее эффективны, так как содержат слабую органическую кислоту в сравнении с 37 % фосфорной кислотой. Под современные светоотверждаемые композиты, использующиеся с адгезивными системами, нет необходимости накладывать изолирующие прокладки (при средней глубине дефекта), кроме того, ухудшается адгезия и может произойти выпадение пломбировочного материала [4, 6]. Глубокие дефекты восстанавливаются пломбировочными материалами с предварительным наложением лечебных и изолирующих прокладок, с последующим изготовлением на эти зубы искусственных коронок [6, 7].

При выборе пломбировочного материала у лиц молодого и среднего возраста предпочтение отдается композиционным материалам, если индекс реминерализации составляет менее 3 баллов; композиты выбирают при индексе реминерализации более 3 баллов [7]. Из композиционных материалов целесообразно использование микрогибридных и наноуполненных, обладающих хорошими эстетическими свойствами и механической прочностью. Для пломбирования дефектов, локализующихся в пришеечной области, имеются показания к использованию жидких композитов. Жидкие композиты по механической прочности уступают микрогибридным и наноуполненным композитным материалам. Но их преимуществом является высокая эластичность. Жидкая консистенция композитов позволяет улучшить адгезию и компенсировать напряжения, возникающие на границе пломбировочного материала с

тканями зуба в процессе полимеризационной усадки и при микроизгибах зуба, возникающих за счет сил сжатия и растяжения в пришеечной области при окклюзионной нагрузке в процессе жевания [4, 6].

У пожилых лиц с индексом реминерализации более 3 баллов можно использовать стеклоиономерные цементы [7].

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение 3 лет была изучена эффективность лечения клиновидных дефектов 65 зубов (клыков, премоляров, резцов) с различной степенью поражения у 22 пациентов в возрасте от 35 до 57 лет.

19 пациентам с фоновой патологией (заболеваниями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы) проводилось лечение общесоматических заболеваний у специалистов соответствующего профиля. Всем пациентам (при отсутствии противопоказаний) нами назначалась общая реминерализующая терапия: «Кальций-D3-Никомед», «Кламин», комплекс поливитаминов в профилактических дозах в течение 1 мес. с интервалом в 6 или в 12 мес. (в зависимости от течения общесоматического заболевания). Рекомендовалась полноценная диета с содержанием минеральных веществ, микроэлементов, поливитаминов. Перед лечением проводилось обучение пациентов гигиене полости рта, профессиональная чистка зубов. Клиновидные дефекты начальной стадии (27 зубов) покрывали лаком «Бифлюорид-12» с соблюдением всех рекомендаций по его использованию (2—3 раза с интервалом в 7 дней и с повторением сеансов через каждые 6 мес.). Выраженные дефекты на 38 зубах (после местного инъекционного обезболевания, препарирования по описанной выше методике, обработки всей вестибулярной поверхности мелкодисперсным алмазным бором с красной маркировкой, протравливания кислотой) восстанавливали с помощью жидкотекучего композита «Filtek-Flow» и, учитывая наличие вертикальной формы стираемости в области пораженных зубов, проводили винирование всей вестибулярной поверхности светоотверждаемым микрогибридным композитом «Filtek Z 250»; использовалась адгезивная система «Single Bond 2». Пломбировочные материалы и адгезивная система применялись согласно рекомендациям фирм-производителей. Шлифование и полирование поверхности реставрации проводили мелкозернистыми алмазными борами, твердосплавными финирами, гибкими дисками «Sof-Lex», полировочными щеточками «OptiShine». Пациентам было рекомендовано применение фторсодержащих зубных паст для чистки зубов и аппликации их на поверхности зубов в течение 10—15 мин, использование мягкой зубной щетки и исключение горизонтальных ее движений при чистке зубов. Оценка результатов лечения проводилась через 6, 12, 24, 36 мес. Состояние реставраций оценивали по критериям Рюге Г. [5].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Через 6 мес. изменения реставраций не наблюдалось.

Через 12 мес. отмечалась краевая пигментация пломбировочного материала с незначительной степенью выраженности (оценка «В») в придесневой области на 2 зубах (5,3 %) у пациента с неудовлетворительной гигиеной полости рта, дефект был устранен с помощью сошлифовывания измененных участков. 94,7 % реставраций имели отличную оценку («А») по всем критериям.

Через 24 мес. 92,1 % реставраций получили отличную оценку («А») по всем критериям, 3 реставрации (7,9 %) были незначительно изменены в цвете (оценка «В») из-за шероховатой поверхности пломбировочного материала, что было устранено с помощью полирования.

Через 36 мес. наблюдалось нарушение краевого прилегания пломбировочного материала в придесневой области на 2 реставрациях (5,3 %) с оценкой «В», на 2 зубах (5,3 %) отмечалась краевая пигментация пломбировочного материала в придесневой области (с оценкой «В»). 89,5 % реставраций характеризовались отличным состоянием (оценка «А»).

Таким образом, в течение 3 лет наблюдения чаще всего выявлялись дефекты в виде краевой пигментации пломбировочного материала в придесневой области, обусловленной недостаточно эффективной гигиеной полости рта. Дефекты были устранены во время осмотров, замены реставраций не требовалось.

Не наблюдалось заметного для глаз увеличения глубины поражений при начальных стадиях клиновидного дефекта в течение всего периода наблюдения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение начальных стадий клиновидного дефекта с применением общей и местной реминерализующей терапии и реставрация выраженных дефектов с помощью композитов на фоне общей реминерализующей терапии позволяют добиться долгосрочных эффективных результатов и способствовать стабилизации патологического процесса, что гарантирует целесообразность использования этих методов лечения в клинике терапевтической стоматологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина Н. Ф., Радышевская Т. Н. Реставрационное лечение клиновидных дефектов // Актуальные вопросы стоматологии: Сб. науч. тр., посвящ. 75-летию проф. В. Ю. Миликевича, 27 апреля 2007 г. — Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2007. — С. 266—267.
2. Макеева И. М., Бякова С. Ф., Чуев В. П., Шевелюк Ю. В. // Стоматология. — 2009. — № 4. — С. 39—42.
3. Михальченко В. Ф., Алешина Н. Ф., Радышевская Т. Н., Петрухин А. Г. Некариозные поражения зубов, развивающиеся до и после их прорезывания: Учебное пособие. — Волгоград: ООО «Бланк», 2007. — 102 с.
4. Практическая терапевтическая стоматология: Учебное пособие / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, — 2007. — 928 с.
5. Рюге Г. Клинические критерии // Клиническая стоматология. — 1998. — № 3. — С. 40—46.
6. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой, проф. Ю. М. Максимовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 909 с.
7. Федоров Ю. А., Дрожжина В. А. // Новое в стоматологии. — 1997. — № 10 (спец. вып.). — 147 с.