

Кариес контактных поверхностей моляров и премоляров

выполнила: Сахетдурдыева.М.

Туркестан 2016

- Введение
- Причины возникновения
- Диагностика
- Лечение
- 1. Препарирование полостей
- 2. Реставрация
- Профилактика

Введение

Кариес на контактных поверхностях моляров и премоляров относится к второму классу полостей по классификации Блэка

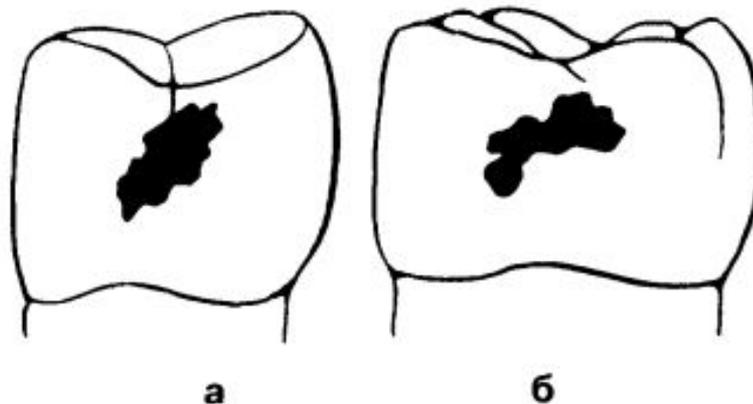


Рис. 22 Полости II класса (схема):
а – кариозная полость II класса на премоляре;
б – кариозная полость II класса на моляре.

- Полость может располагаться на:
- передней (медиальной) контактной поверхности
- задней (дистальной) контактной поверхности
- одновременно в обоях контактных поверхностях зуба.



- В связи с тем, что препарирование таких полостей, как правило, производится через жевательную (окклюзионную) поверхность, их дополнительно подразделяют на медиально-окклюзионные, дистально-окклюзионные и медиально-окклюзионно-дистальные (МОД-полости).



Диагностика

- При диагностике и лечении кариозных поражений в области контактных поверхностей моляров и премоляров у взрослых пациентов для выбора оптимальной тактики проведения лечебно-профилактических мероприятий врачу необходимо адекватно оценить состояние твердых тканей зубов, выявить или исключить наличие скрытых кариозных полостей, оценить риск развития рецидивного кариеса,

- Диагностика скрытых кариозных поражений в области контактных поверхностей жевательных зубов представляет достаточно серьезную проблему для стоматолога
- По данным G.Freedmanetal (2000), O (2006) при рутинном визуально-тактильном обследовании зубных рядов с использованием стоматологического зонда и зеркала удается диагностировать лишь 25-40% кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях моляров и премоляров. При этом следует учитывать, что поражения данной локализации занимают ведущее место в структуре кариеса зубов у взрослых пациентов

- Трудности диагностики кариеса в области фиссур и контактных поверхностей жевательных зубов связаны, в первую очередь, с современными особенностями клинического течения кариозных поражений. Для них характерно преобладание скрытых, бессимптомных форм, даже при достаточно большом объеме полостей.

- Это явление связывают с широким местным применением высокоэффективных минерализующих препаратов на основе активных соединений фтора, кальция и фосфора, в первую очередь, лечебно-профилактических зубных паст. Перечисленные средства предотвращают развитие кариозных поражений гладких, хорошо доступных поверхностей, но при этом не обеспечивают защиты от кариеса участков, плохо доступных при чистке зубов: глубоких «закрытых» фиссур и области межзубных контактов. Это приводит к тому, что при развитии кариеса в области контактных пунктов поражение распространяется в основном в дентине. При этом поверхностные участки эмали, целостность которых поддерживают фториды и другие вещества, остаются видимо неповрежденными, маскируя кариозную полость, и минимальные внешние изменения зуба сопровождаются довольно обширными поражениями глубже лежащих тканей.

- Наиболее старая методика – метод шелковой нити – не позволяет дать однозначный ответ о наличии поражения, так как флосс, с одной стороны, может разволокняться, контактируя с минерализованными зубными отложениями, с другой, он может скользить по поверхности кариозного пятна, оставаясь неповрежденным.

- Метод трансиллюминации, достаточно информативный при исследовании фронтальных зубов, малопригоден для выявления кариозных поражений в области контактных поверхностей жевательных зубов. Использование современных диагностических приборов, таких как «Diagnodent» (KaVo), «Diagnoscam» (KaVo), «Sopro-Life» (Acteon) и подобных, позволяет существенно увеличить достоверность диагностики, но, все же, не делает ее абсолютной.

- Высокую степень достоверности имеет рентгенологическое исследование. Однако в ряде клинических ситуаций рентгенологическое исследование не дает полной и достоверной картины, т.к. небольшие кариозные поражения эмали и начальные поражения дентина чаще всего неразличимы на рентгенограмме, т.к. маскируются тенью прилежащих неповрежденных участков. Поэтому врач отчетливо видит только кариозные полости значительного размера, как правило, захватывающие более $1/3$ толщины дентина.

- Таким образом, следует констатировать, что ни один из доступных для широкого клинического использования методов диагностики кариеса жевательных зубов не позволяет сделать однозначного заключения о наличии или отсутствии кариозного поражения в контактных поверхностях, а если поражение диагностировано, – о его реальной глубине. Поэтому в настоящее время все большее значение в стоматологии приобретает подход, в соответствии с которым окончательный диагноз ставится лишь после того, как кариозная полость обработана механически, удалены все патологически измененные ткани зуба, оценены распространенность и глубина кариозного поражения

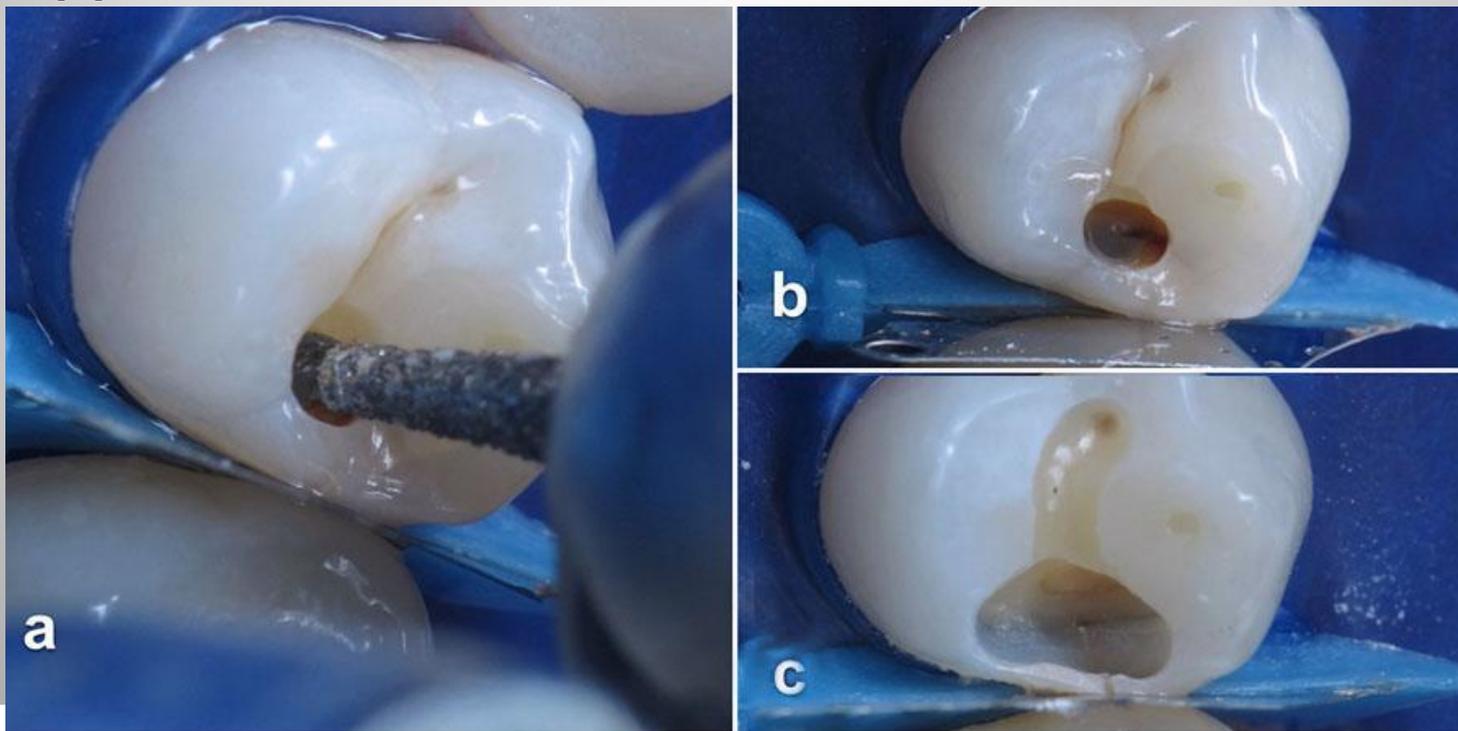
Лечение. Препарирование полости

- Препарирование полостей II класса предусматривает последовательное выполнение пяти этапов:



- **1. Раскрытие полости.**

Для раскрытия полости II класса, как правило, производится иссечение здоровых эмали и дентина, находящихся над полостью.



- Раскрытие кариозной полости II класса можно провести различными способами:
- А. **Прямой доступ** используется, когда имеется свободный доступ к пораженной контактной поверхности: при отсутствии соседнего зуба
- Б. **Окклюзионный доступ** является наиболее распространенным. При нем производится широкое иссечение тканей зуба с жевательной поверхности
- В. **Вестибулярный или язычный доступ** применяются при наличии на контактной поверхности небольшой кариозной полости с локализацией в пришеечной области и при высокой клинической коронке зуба. При этих видах доступа с вестибулярной или язычной поверхности формируется горизонтальный туннель к области расположения кариозной полости.
- Д. **Туннельный доступ** (туннельное препарирование) является разновидностью окклюзионного доступа, при котором маргинальный гребень сохраняют. Раскрытие полости проводят с жевательной поверхности, в области треугольной ямки, отступя 2-2,5 мм от края зуба.

2. Профилактическое расширение.

- Препарирование контактной полости в щечно-язычном направлении производится до щечного и язычного закруглений коронки, которые обычно мало восприимчивы к кариесу. При этом обязательно выключение зуба из контакта с соседним. Степень раскрытия полости в щечно-язычном направлении должна быть такой, чтобы при проведении прямой линии от промежутка между центральными резцами к язычному краю полости последний оказался бы в поле зрения врача

3. Некрэктомия.

- При проведении некрэктомии в полостях II класса особое внимание следует уделять придесневой стенке. Как правило, после раскрытия полости на ней остается «венчик» деминерализованной эмали. Если указанные участки эмали не удалить, в дальнейшем это приводит к развитию рецидивного кариеса.
- В целом же этап некрэктомии при полостях II класса выполняется по общим правилам:
 - полное удаление размягченного и пигментированного дентина;
 - удаление пораженного дентина производится либо экскаватором, либо шаровидными борами больших размеров;
 - после удаления деминерализованного дентина рекомендуется иссечь тонкий слой пограничного дентина (до 1 мм) шаровидным бором на малой скорости (если это не грозит вскрытием полости зуба);
 - допускается оставление на дне полости пигментированного, но плотного, «крепитирующего» дентина;
 - для определения оптимального объема дентина, подлежащего иссечению, следует использовать кариес-маркеры.

4. Формирование полости.

- Для полостей II класса, в которых пломба испытывает повышенные разнонаправленные нагрузки, этот этап является крайне важным. С одной стороны, необходимо обеспечить надежную фиксацию пломбы, с другой, — максимально сохранить прочностные свойства зуба.
- «Основная» полость должна иметь ящикообразную форму: плоская придесневая стенка, перпендикулярная направлению жевательного давления, отвесные, расходящиеся к контактной поверхности боковые стенки
- Для обеспечения макромеханической фиксации пломбы на жевательной поверхности формируется дополнительная площадка.
- Если препарирование проводится в соответствии с методом биологической целесообразности, и дополнительная площадка не формируется, для улучшения фиксации пломбы необходимо сделать ретенционные пункты.
- Если после иссечения пораженных фиссур жевательной поверхности размер окклюзионной полости составляет более половины расстояния от середины центральной фиссуры до вершины бугра, то, для предотвращения отлома бугра, его иссекают на высоту 2 мм и перекрывают пломбировочным материалом.

5. Финирирование краев эмали.

- Эта операция выполняется и соответствии с описанными выше правилами и технологиями. Необходимо лишь отметить, что финишную обработку придесневой стенки полости более удобно и безопасно проводить ручными инструментами — триммерами десневого края, которые снижают риск повреждения десны и эмали соседней зуба.

Лечение. Реставрация.

- Заключительным этапом лечения кариеса зубов после препарирования является пломбирование. С наложением пломбы восстанавливаются анатомическая форма и функция зуба.



- Кариозные полости в премолярах и молярах пломбируют наиболее прочными, устойчивыми к механической нагрузке материалами - амальгамой или композитами. Цементы применяются при наличии противопоказаний использования амальгам и композитов.



- В полостях II класса **небольшого размера** без выхода на окклюзионную поверхность применяются:
 - - силикофосфатные цементы;
 - - СИЦ реставрационные химического отверждения и светоотверждаемые;
 - - компомеры.
- В полостях II класса **значительного размера**, с выходом на окклюзионную поверхность, с дополнительной площадкой, МОД-полостях применяются:
 - - амальгамы;
 - - композиты химического отверждения и светоотверждаемые, макрофильные, гибридные, микрогибридные, нанокомпозиты обычной консистенции и пакуемые;
 - - оркоммеры.

- Перед пломбированием необходимо подготовить набор инструментов для пломбирования (штопфер, гладилку), пластинку для замешивания, выбрать пломбировочный материал, изолировать зуб от ротовой жидкости ватными валиками.
- Затем медикаментозно обрабатывают кариозную полость. При поверхностном и среднем кариесе допускается обработка 3 % раствором перекиси водорода и высушивание 70° спиртом и эфиром. Глубокие кариозные полости обрабатывают физиологическим раствором, высушивают стерильными шариками и теплым воздухом.

- Далее замешивают прокладку из фосфат-цемента и вносят в кариозную полость. Силидонт замешивают на гладкой стороне пластинки, вносят в кариозную полость отдельными порциями, тщательно конденсируют штопфером. Пломбу покрывают вазелином, воском или лаком. Через несколько минут после затвердения пломбы больного просят закрыть рот для проверки окклюзии. Предварительно наложив копировальную бумагу на пломбированный зуб, просят больного произвести жевательные движения. При наличии отпечатков на пломбе излишки пломбировочного материала снимают карборундовой головкой, финирами. Затем полируют пломбу полираами

- При локализации полостей выше экватора без дополнительной площадки в полостях с дополнительной площадкой и МОЛ



- А...
С...
Н...
С...
Е...
М...
материалов: металла, целлулоида и др.

- При пломбировании полостей II класса особое внимание уделяют трем важным моментам:
- - прокладка на жевательной поверхности и особенно в пришеечной области не должна выступать из-под пломбировочного материала, так как в этих местах цемент рассасывается особенно быстро;
- - следует исключить возможность образования нависающего края пломбы, поэтому надо следить, чтобы матрица плотно прилегала к зубу;
- - необходимо создать контактный пункт между наложенной пломбой и соседним зубом.

Профилактика

- **Основными мерами профилактики кариеса зубов являются:**

- регулярный уход за полостью рта;
- снижение потребления сахара;
- использование фторсодержащих зубных паст;
- соблюдение правильной технологии чистки зубов;
- использование растворов 0,1-0,2 % хлоргексидина для ежедневного полоскания полости рта или зубных паст с хлоргексидином;
- употребление ксилита не менее 3 раз в день после еды в виде содержащих ксилит жевательных резинок;
- профилактический осмотр у стоматолога не менее 1 раза в полгода.