

укрепления структуры зубов и снятия повышенной чувствительности зубов (гиперестезии).

Местная реминерализующая терапия предусматривает применение реминерализующих средств путем аппликаций, втираний лекарственных веществ в поверхность зуба и, или с помощью физиотерапевтических методов.

Главное достоинство данного метода — соблюдение важнейшего Гиппократовского принципа: «Не навреди».

Использование зубных паст, снижающих чувствительность (десенситивных).

Данный способ включает в себя все достоинства предыдущего плюс обладает ещё одним достоинством — дешевизной.

Пломбирование различными материалами (стеклоиономерными, компомерными, жидкотекучими или универсальными композитами).

Наиболее распространённый вариант лечения клиновидных дефектов. Преимуществ ещё больше: боль исчезает сразу, после первого же посещения, а главное — устраняется сам дефект и достигается довольно неплохой эстетический результат. Применяется на более поздних стадиях поражения зубов, когда глубина клиновидного дефекта превышает 2 мм,

— Помимо терапевтического лечения зубов с клиновидным дефектом, возможно протезирование зубов с применением керамических фасеток-виниров.

— Ещё один интересный метод лечения клиновидных дефектов является восстановление утраченной эмали фрагментом удаленного зуба, который врач-стоматолог фиксирует на адгезивные системы нового поколения.

Выводы

Из выше изложенного материала видно:

- 1) Что, клиновидные дефекты занимают ведущее место среди некариозных поражений зубов, а особенности клиники зависят от периода, формы и степени тяжести заболевания.
- 2) Обращает на себя внимание то, что частота встречаемости данного заболевания зависит от:
 - Возраста пациентов,
 - Ряд факторов: неправильная нагрузка на зуб, несоблюдение техники чистки зубов,
 - Различных факторов риска как : соматические заболевания, заболевания пародонта и другие.
- 3) Отмечены трудности диагностики данной патологии, поэтому оптимальным и ранним методом диагностики клиновидного дефекта является оптическая когерентная томография , так как позволяет выявить дефекты размером от 100 мкм.
- 4) На современном этапе, наиболее доступным и эффективным следует считать — эстетическое пломбирование.

Список литературы

1. Браем Марк. Пришеечные поражения , вызванные давлением на зуб.-
2. Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба.
3. Бурлуцкий А.С. Роль механического фактора в возникновении и развитии клиновидных дефектов зубов.
4. Гикавый В.И., Бачинский Н.Г., Сырбу С.В. Фармакотерапия основных стоматологических заболеваний. Кишинев , 2006.
5. Бурлуцкий А.С. Клиническая картина клиновидных дефектов зубов и их протезирование.

Data prezentării: 15.04.2013.

Recenzent: Gheorghe Nicolau

КОНКРЕМЕНТОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ

Данич Александру,
резидент III-го курса
Стоматологический
факультет
КГУМФ «Николае
Тестемицану»

Касьянова Анастасия,
студентка V-го курса
Стоматологический
Факультет
КГУМФ «Николае
Тестемицану»

Резюме

Были проанализированы клинико-рентгенологические данные 26 зубов у 11 больных в возрасте 18-45 лет, из которых 7 женщин и 4 мужчин, обратившихся в стоматологическую клинику Государственного Медицинского и Фармацевтического Университета «им.Н.Тестемицану» за стоматологической помощью. В 9 случаях пациенты обратились по поводу санации полости рта, и им проводилось, в силу необходимости, рентгенологическое обследование, с целью изучения периапикальных тканей. Больные жалобы на боли в зубах не предъявляли, однако на рентгенограммах были выявлены дентикли, лишь в двух случаях больные обратились с жалобами на боль в области зубов, где рентгенологически были выявлены дентикли.

Ключевые слова: конкрементозный пульпит, дентикли, кальцификаты, петрификаты.

Rezumat

PULPITĂ CONCREMENTOASĂ

Au fost analizate date clinico-radiologice a 26 dinți la 11 pacienți cu vârsta cuprinsă între 18-45 ani, dintre care 7 de sex feminin și 4 de sex masculin, ei sau adresat la clinica stomatologică universitară USMF „N.Testemițanu”. În 9 cazuri pacienții sau adresat cu scopul asanării cavității bucale, lor li s-a efectuat examenul clinic și radiologic. Pacienții dureri în dinți nu au prezentat, pe clișeu radiologic însă au prezentat denticoli, numai în două cazuri pacienții sau adresat cu acuze de dureri, și la dinții aceștea radiologic au fost depistați denticoli.

Cuvinte cheie: *Pulpita concrementoasă, denticoli, calcificat, petrificat.*

Summary

CONCREMENTOUS PULPITIS

Were analyzed clinical and radiographic dates of 26 teeth in 11 patients aged 18-45 years from which 7 women and 4 men attending to the dental clinic of the State Medical and Pharmaceutical University „N.Testemițanu” for dental care. In 9 cases, the patients asked about dental care, and they are carried out, by necessity, x-rays, to examine the periapical tissues. Patients, complaints of pain in the teeth did not show, but the X-ray revealed pulp stones, in only two cases patients have complained of pain in the teeth, which were identified radiographically pulp stones.

Keywords: *Concrementous pulpitis, calcifications, petrifications.*

Введение

Проблема эндодонтического лечения зубов с частично облитерированными каналами, дентиклями и петрификатами пульпы является одной из актуальных в терапевтической стоматологии, так как указанные изменения в эндодонте могут привести к неправильной диагностике состояния пульпы зуба и, соответственно, ошибкам при лечении.

Изучение твердых отложений — кальцификаций внутри пульпы интактного зуба позволяет более глубоко оценить биологию этой ткани и имеет важное значение в понимании некоторых патологических процессов в ней. С.И.Вайс еще в 1929 году считал что «в дентиклях ключ к разгадке биологических тайн пульпы».

И так известно, пульпа зуба, начиная с раннего онтогенеза и до глубокой старости, претерпевает закономерные изменения структуры в соответствии с возрастом человека. Со временем

изменяется конфигурация полости зуба в связи с постоянным отложением на стенках пульпарной полости и корневых каналов новых слоев вторичного дентина. С возрастом пульпа зуба подвергается изменениям, которые проявляются в уменьшении количества клеток, увеличении объема межклеточного вещества, часто подвергается склерозу. В пульпе зуба резко снижается уровень микроциркуляции и обменных процессов, понижается тонус и реактивность стенок сосудов, уменьшается их просвет, стенки сосудов склерозируются, развивается дегидратация пульпы. С возрастом увеличивается частота формирования в пульпе обызвествленных структур (кальцификатов), которые у пожилых выявляются в 90 % зубов. Обызвествленные образования имеют характер диффузных или локальных отложений солей кальция. Диффузные участки обызвествления (петрификаты) обычно обнаруживаются в корне по периферии нервных волокон и сосудов, а также в их стенке и характеризуются слиянием мелких участков отложения кристаллов гидроксиапатита. Локальные обызвествления носят название дентиклей. Дентикли — округлые или неправильной формы обызвествления переменных размеров (до 2-3 мм), лежащие в коронковой или корневой пульпе. Различают свободные, прилегающие и интерстициальные дентикли. Иногда своей формой они повторяют пульпарную камеру. Дентикли встречаются в интактных зубах молодых здоровых людей, но чаще они возникают вследствие общих обменных нарушений, в частности, при старении или местных воспалительных процессах. Особенно активно они формируются при некоторых эндокринных заболеваниях (например, болезни Кушинга), при болезнях пародонта, после препарирования тканей зуба. Сдавливая нервные волокна и сосуды, дентикли и петрификаты могут вызывать боли и расстройства микроциркуляции. Все это ведет к снижению защитных и регенераторных свойств пульпы, что следует учитывать при выборе метода лечения различных форм пульпита. В литературе и в практической деятельности введен термин конкрементозный пульпит, что характеризует хроническое воспаление пульпы с выявлением в ней кальцификатов.

Цель исследования

Изучить вопрос об образовании петрификатов в пульпе зуба и изучить клинкорентгенологическую характеристику конкрементозного пульпита.

Задачи

- Изучить частоту распространения петрификатов и дентиклей в постоянных зубах;
- Изучить клинкорентгенологическую характеристику конкрементозного пульпита и методы его лечение.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленных цели и задачи были изучены клинико-рентгенологические данные 26 зубов у 11 больных в возрасте 18-45 лет, из них 7 женщин и 4 мужчин. В 9 случаях пациенты обратились по поводу санации полости рта, и им проводилось, в силу необходимости, рентгенологическое обследование, с целью изучения периапикальных тканей. Больные жалобы на боли в зубах не предъявляли, однако на рентгенограммах были выявлены дентикли, лишь в двух случаях больные обратились с жалобами на боль в области зубов, где рентгенологически были выявлены дентикли.

Результаты исследования и обсуждения

У 10 больных, конкременты были диагностированы с применением рентгенологического исследования в 26 зубах, из которых 23 случая это моляры верхней челюсти. Что характерно в большинстве, в 18 зубах, обнаружены свободнолежащие дентикли, расположенные в самой пульпе, и в остальных случаях они занимают пристеночное местоположение.

Облитерированная полость зуба и корневых каналов без признаков патологической стираемости была диагностирована у другого больного С. в первом верхнем моляре слева (рис.1).



Рис.1. Больной С. 26 зуб.

Жалоб на боль и чувствительность от температурных и механических раздражителей больной не предъявлял. Клинически коронка зуба 26 не изменена ни в форме ни в цвете. Реакция на перкуссию слабо болезненна. Электровозбудимость 10 мкА. На прицельной рентгенографии полость зуба едва прослеживается. Исходя из этого можно предположить что в ней находится дентикль большого размера, который заполняет практически всю полость, и рентгенологически это может быть трактовано как облитерация полости зуба.

У этого же больного при рентгенологическом обследовании 26, 27 зубов были выявлены дентикли (рис.2). Со слов пациента, образование петрификатов развивалось бессимптомно, не вызывая болей и неприятных ощущений во время и после жевания.



Рис.2. Больной С. На рентгенограмме четко видны свободнолежащие дентикли в 26 и 27 зубах.

Аналогично и у восьми других больных обратившихся за стоматологической помощью диагностированные дентикли стали случайной находкой при рентгенологическом обследовании (рис.3.4). Из-за отсутствия болевых приступов и других неприятных ощущений больные с дентиклями не обращались к врачу-стоматологу годами.



Рис.3. Больной А. Свободнолежащие дентикли в 16 и 17 зубах, заполняющие всю полость зубов.

Анализируя материалы, мы обратили внимание, что в основном дентикли расположены свободно в пульповой камере (рис.4).



Рис.4. Больной Р. В 26 и 27 зубах свободнолежащие дентикли.

Дентикли в большинстве случаев обнаруживались в молярах на верхней и нижней челюстях и лишь в одном случае у больного, который обратился с болью в зубах, дентикль был расположен в 25 зубе (рис.3.6).



Рис.5. Больной Б. В коронковой части полости 25 зуба виден дентикль.

Больной обратился с жалобами на самопроизвольные, сильные боли в зубах верхней челюсти слева. На основании клинических и рентгенологических данных был поставлен диагноз конкрементозный пульпит 25 зуба.

Причиной этой формы пульпита являются дентикли и петрификаты, которые образуются в ткани пульпы вследствие активного процесса кальцификации. Важным диагностическим признаком конкрементозного пульпита слабо выраженная болезненная реакция такого зуба на перкуссию. В связи с этим целесообразно проводить сравнительную перкуссию с заведомо здоровым зубом. Что и было сделано при клиническом обследовании у каждого пациента.

У некоторых больных отметили слабо болезненную реакцию на перкуссию зубов, в которых были рентгенологически диагностированы конкременты, хотя самопроизвольных болей не было. Мы считаем, что чувствительная перкуссия является психологической реакцией на то, что больным стало известно, что у них имеются камушки в зубах. Приступ боли у этих больных мог быть ранее спровоцирован, но остался без соответствующего внимания, при резком изменении положения тела в пространстве, вызывающем смещение конкремента в полости зуба, например в самолете или в лифте.

При проведении термодиагностики орошением холодной и горячей водой из шприца у всех больных пульпа зубов, в которых были выявлены дентикли, не реагировала на незначительные температурные изменения, термометрия не вызвала болей.

Электровозбудимость этих зубов варьирует от 40 — до 60 мкА. Следует отметить, что пониже-

ние чувствительности зубов с рентгенологически диагностированными петрификатами является важным дифференциально-диагностическим признаком с другими формами пульпита и невралгией тройничного нерва.

Окончательный диагноз хронического конкрементозного пульпита ставится лишь после рентгенологического исследования (Ефремов М.А., 1973; Воробьев Ю.И., 1989; Быков В.Л., 1996). Это основной метод выявления кальцификатов в пульпе. На рентгенограммах на фоне полости зубов дентикли определяются в виде затемнений округлой (в 14 зубах) или неправильной формы (в 10 зубах).

Выводы

1. Дентикли чаще всего образуются в пульпе жевательной группы зубов, а именно в молярах верхней челюсти.
2. Наиболее часто диагностируются свободные дентикли, расположенные в самой пульпе, реже обнаруживаются дентикли с пристеночным положением.
3. В большинстве случаев у больных, обратившихся за стоматологической помощью диагностированные дентикли стали случайной находкой при рентгенологическом обследовании.
4. Образование дентиклей связано как с возрастом, так и в ответ на воздействие раздражителей на ткани зуба.
5. Наличие общих заболеваний, связанных с образованием камней в организме, играет не второстепенную роль в образовании дентиклей.

Список литературы

1. Виноградова Т.Ф., Гистологическое строение пульпы постоянных зубов и ее значение при выборе метода лечения, М.,1974. С. 85-94.
2. Воробьев Ю.И. Рентгенография зубов и челюстей. М.: Медицина, 1989. — 175 с.
3. Гаврилов Е.И. О биологии и патологии пульпы зуба (некоторые вопросы), Киев, 1961.С 106-134.
4. Григорян А.С. Гистологическое и гистохимическое изучение пульпы зубов в норме и при воспалении. Дис.канд. мед. наук, М, 1965.
5. Зихерман С.З. Некоторые особенности строения корневой пульпы зуба человека. Дис.канд. мед. наук./ 1967.
6. Заславский А.С., Томенко Э.К., Гафаров Р.Г. О механизме дентиногенеза и дентиклогенеза // Стоматология. — 1973. — Т. 52, №1. — С. 52—63.
7. Справочник по стоматологии. Под ред В.М. Безрукова. - М.: Медицина, 1998.
8. Яковлева В.И., Т. П. Давидович, Е. К. Трофимова. Диагностика стоматологических заболеваний. Минск. - 1986.
9. Ayukawa J. Pulpal response of human teeth to biocompatible pulp-capping agent. Jap. Z. Conservative Dent. 1993.P.81
10. Ingle J.I. Endodontics. Lea Febiger, Philadelphia, 1985. P.881

Data prezentării: 16.04.2013.

Recenizat: Sofia Sirbu