

ФРАКТУРЫ ЭМАЛИ (CRAZELINES): ВМЕШИВАТЬСЯ ИЛИ МОНИТОРИТЬ?

ENAMEL FRACTURES (CRAZE LINES): INTERVENE OR MONITOR?

**O. Gendugova
D. Bozieva
E. Nagoeva
A. Hulaeva**

Summary. In this work, we studied enamel fractions by inspection, by optical microscopy and transillumination. The relationship between occlusion pathology, age and the number of enamel defects, which is necessary to justify the principles of treatment and prevention of this pathology, was revealed.

Keywords: defect, fracture, pulp necrosis, cracks, enamel-dentin border, tooth overload.

Гендугова Оксана Мухарбиевна

*К.м.н., доцент, Кабардино-Балкарский
Государственный Университет им. Х.М. Бербекова
oksistom@mail.ru*

Бозиева Джамия Султановна

*Ассистент, Кабардино-Балкарский Государственный
Университет им. Х. М. Бербекова
dok132813@gmail.com*

Нагоева Эльнора Анатольевна

*Ассистент, Кабардино-Балкарский Государственный
Университет им. Х. М. Бербекова
ertana1985@mail.ru*

Хулаева Аминат Ибрагимовна

*Ассистент, Кабардино-Балкарский Государственный
Университет им. Х. М. Бербекова
aminahulaeva1996@mail.ru*

Аннотация. В данной работе провели исследование фразтур эмали с помощью осмотра, методом оптической микроскопии и трансиллюминации. Выявили взаимосвязь патологии прикуса, возраста и количества дефектов эмали, что необходимо для обоснования принципов лечения и профилактики данной патологии.

Ключевые слова: дефект, перелом, некроз пульпы, трещины, перегрузка зубов, эмалево-дентинная граница.

Введение

Фрактур в структурах зуба — это неполные переломы без разделения твердых тканей. Они бывают вертикальные, горизонтальные и косые. Когда они локализуются в пределах эмали и не продолжают в дентин, это не оказывает неблагоприятного влияния на функциональный прогноз зуба. Как известно, такие трещины — это предшественники «синдрома треснувшего зуба», поэтому их ранняя диагностика является главной задачей профилактики дальнейших осложнений.

Чем опасны эти трещины? В микроскопически линейных дефектах со временем начинается микробная инвазия, сначала в межпризменные пространства, а со времени может достичь эмалево-дентинного соединения. Могут развиваться грозные осложнения вплоть до некроза пульпы, поскольку трещины обеспечивают прямую дорогу бактериям по системе дентинных канальцев в пульпу. А со временем возможен полный перелом, что послужит причиной удаления зуба.

Трещины эмали, как правило, остаются незамеченными пациентами и обнаруживаются стоматологами при комплексном плановом обследовании зубов. И чаще всего они диагностируются во фронтальном отделе (83% случаев) Рис. 1, нежели в боковом сегменте.

Цель исследования

Выявление особенностей корреляции между сопутствующей ортодонтической патологией, возрастом пациентов и наличием дефектов эмали.

Материал и методы исследования

Нами были обследованы 62 пациента, обратившиеся в клинику за плановой терапевтической помощью на предмет наличия трещин эмали. Возраст пациентов варьировал от 19 до 58 лет.

Для исследования фразтур эмали применяли различные технологические приемы:

Группа обследуемых	Всего	Нарушение окклюзии	Трещина 1–2 зубов	Множественные Трещины эмали
До 30 лет	35	61%	17%	83%
После 30 лет	27	87%	0%	100%



Рис. 1

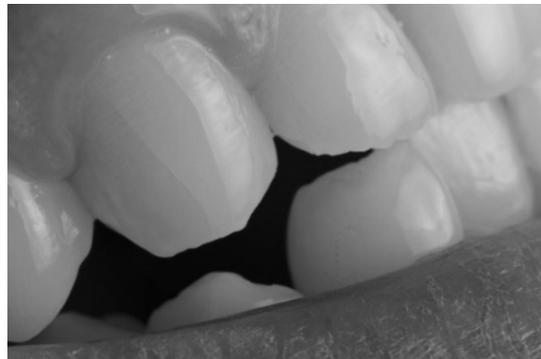


Рис. 2. 2019г

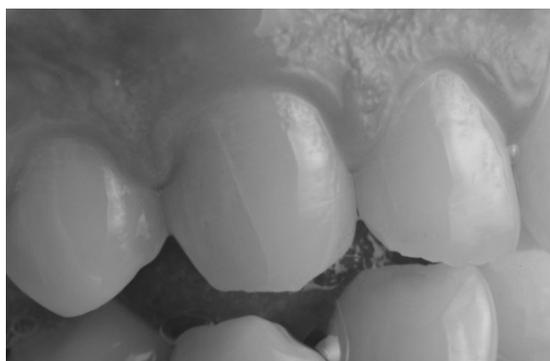


Рис. 3. 2018г



Рис. 4

- ◆ использование увеличения с помощью дентального бинокулярного микроскопа ZumaxMedical;
- ◆ использование метода трансиллюминации, с помощью стоматологического диодного лазера Doktor smile, для выявления полных или неполных трещин, что имеет принципиально важное значение при выборе тактики лечения;
- ◆ выявление трещин эмали путём окрашивания красителями.

Осмотр поверхности эмали проводили после профессиональной гигиены полости рта, на тщательно высушенной поверхности. Пациентов разделили на 2 возрастные группы: до 30 лет и после 30.

Результаты исследования

Типичным направлением расположения дефекта являлось продольное. Если в группе пациентов в возрасте

до 30 лет они диагностировались только при просвечивании оптическим источником света, где можно увидеть неравномерное рассеивание света по всей структуре зуба, то в группе пациентов старше 30 лет эти дефекты можно было идентифицировать как при визуальном исследовании, так и при зондировании. Полученные данные свидетельствуют о том, что имеющиеся разрывы в структуре зуба составляют больше 36 мкм. Именно у них хорошо использовать метод окрашивания, так как пигмент с легкостью проникает в дефекты и накапливается в них. В качестве пигмента можно использовать любой краситель из арсенала врача-стоматолога. Пигмент наноси стоматологическим брашем, смываем и верифицируем линейный дефект.

В течение года лечение вертикальных бессимптомных трещин не проводилось. В результате повторного осмотра и обследования выявлен значительный прогресс трещин на протяжении года: увеличилось их ко-

личество, протяженность (Рис. 2., рис .3.). Это связано с постоянными перегрузками вследствие нарушения окклюзии, поскольку, по различным причинам, необходимой ортодонтической помощи пациенты не получали.

У пациентов старшей возрастной группе отмечены присоединившиеся поражения эмали некариозного происхождения (клиновидный дефект), что усугубляет прогноз трещины, так как эти участки вследствие повышенной чувствительности недостаточно очищаются от налета и являются резервуаром для скапливания микроорганизмов. Рис. 4

Выводы

1. Выявлена высокая распространенность фрактур эмали. Пациентов с неполными трещинами эмали необходимо вести так же, как пациентов с начальными формами кариеса эмали, с соблюдением алгоритма лечения и адгезивного протокола. На сегодняшний день существуют множество препаратов для ремотерапии, но предпочтение отдается тем, которые не требуют многократного и инвазивного вмешательства, длительно фиксирующиеся на поверхности зуба, предотвращающие вымывание минеральных веществ. Пациентам с трещинами эмали рекомендуется вести

мониторинг дефекта с фотофиксацией на этапах наблюдения и лечения.

2. Пациентам с нарушениями окклюзии необходима консультация ортодонта с последующей коррекцией при помощи капп или миофункциональных аппаратов, для нормализации нагрузки на зубы. Давление на зубы при жевании должно равномерно распределяться без прямых травмирующих контактов. Нормализация нагрузки на зубы и устранение суперконтактов — это этиологическое симптоматическое лечение при данной патологии.
3. Достижение трещины слоев дентина, микробная инвазия с последующим выделением ими органических кислот, способствуют образованию «дентинной раны». Необходимо выбирать методы лечения с учетом механизма возникновения дефекта — реставрация с перекрытием, это минимизирует риск растрескивания и возникновения «синдрома треснутого зуба».

Нет сравнительных данных об эффективности того или иного метода лечения линейных дефектов, каждый врач полагается на свой опыт. Ранняя диагностика и вмешательства, приводящие к стабилизации треснувших фрагментов, являются важнейшей составляющей работы врача-стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макеева И. М. Электронно-микроскопическое исследование твердых тканей зуба при клиновидных дефектах. //И.М.Макеева, С. Ф. Бякова, В. П. Чувев// Стоматология — 2009 г.
2. Калинина Ж. П. Характеристика основных поверхностных травматических повреждений эмали зубов. Дис. канд.мед.наук., Барнаул, 2003 г.
3. Пихур О. Л. Состояние твердых тканей зубов у больных с двигательными дисфункциями. //Институт стоматологии.№ 1–2007 г.

© Гендугова Оксана Мухарбиевна (oksistom@mail.ru), Бозиева Джамия Султановна (dok132813@gmail.com),
Нагоева Эльянора Анатольевна (ertana1985@mail.ru), Хулаева Аминат Ибрагимовна (aminahulaeva1996@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»