

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
26 марта 2010 г.
Регистрационный № 155-1209

**МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО
СТИРАНИЯ ЗУБОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Л.А. Казеко, О.А. Круглик

Минск 2010

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Для проведения диагностических мероприятий: карта для обследования пациента, артикуляционная бумага, бюгельный воск или оттискная силиконовая масса.

Для проведения реставрации: набор стоматологических инструментов, установка стоматологическая, оборудованная аспиратором малой мощности (слюноотсосом), адгезивная система четвертого или пятого поколения (для техники тотального протравливания), микрогибридные или микрофильные композиционные материалы, имеющие не менее 60 об./% наполнителя и характеризующиеся величиной частиц до 3,5 мкм (дентинные и эмалевые цвета), лампа для полимеризации композиционных материалов, линейка, инструменты и материалы для финишной обработки реставраций.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Повышенное стирание небных поверхностей верхних и вестибулярных поверхностей нижних фронтальных зубов — вертикальная и смешанная формы патологической стираемости по М.Г. Бушану (1979).

2. Повышенное стирание жевательных и режущих поверхностей зубов — горизонтальная форма патологической стираемости I, II степени по М.Г. Бушану.

3. Повышенная чувствительность дентина (при повышенном стирании зубов), неконтролируемая другими методами лечения.

4. Риск обнажения пульпы зуба при повышенном стирании зубов (обнажение заместительного третичного дентина).

5. Риск перелома зуба при повышенном стирании зубов (наличие тонких острых краев эмали).

6. Необходимость защиты оставшихся твердых тканей зуба при повышенном стирании зубов, если отказ от реставрации приведет к выбору более инвазивного метода лечения (ортопедического) или потере зуба.

7. Отсутствие окклюзионных контактов между окклюзионными поверхностями в центральной окклюзии и при артикуляции при повышенном стирании зубов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Наличие водителя ритма у пациента.

2. Аллергическая реакция на компоненты адгезивной системы и композиционного материала.

3. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава при отсутствии выраженных окклюзионных нарушений.

4. Неконтролируемый бруксизм.

5. Патологическая подвижность зубов II–III степени.

6. Резорбция альвеолярного гребня на $1/2$ длины корня зуба и более.

7. Невозможность обеспечить сухость операционного поля.

8. Толщина планируемых реставраций менее 1,5 мм.
9. Плохая гигиена полости рта.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Проводят детальное обследование пациента, выбирают метод лечения и составляют план лечения.

Оценивают прикус пациента, величину вертикального резцового перекрытия, наличие зубочелюстных деформаций.

Анатомическую форму зубов оценивают визуально, описание величины и локализации стирания твердых тканей зубов проводят с использованием классификации М.Г. Бушана.

По стадии развития:

1. Физиологическая — в пределах эмали.
2. Переходная — в пределах эмали и частично дентина.
3. Патологическая — в пределах дентина:

а) глубина поражения:

- I степень — до $1/3$ длины коронки зуба;
- II степень — от $1/3$ до $2/3$ длины коронки зуба;
- III степень — от $2/3$ до десны;

б) плоскость поражения:

- горизонтальная;
- вертикальная;
- смешанная;

в) протяженность поражения:

- ограниченная;
- генерализованная;

г) чувствительность дентина:

- в пределах нормы;
- с повышенной чувствительностью дентина.

Снижение высоты коронок зубов на $1/3$ и более в возрасте до 60 лет расценивают как патологию.

Более детальное описание повышенного стирания зубов проводят при помощи индекса TWI (Smith B., Khigh J., 1984). Износ твердых тканей на окклюзионных поверхностях оценивается следующими кодами:

0 — нет изменений;

1 — потеря контура эмали;

2 — потеря эмали и дентина менее $1/3$ поверхности;

3 — потеря эмали и дентина более $1/3$ поверхности;

4 — полная потеря эмали, обнажение дентина или вскрытие пульпы.

Интерпретацию полученных данных проводят с учетом возраста обследованного. Неприемлемый уровень износа — обнажение дентина на щечных и язычных поверхностях в области окклюзионных контактов и обнажение дентина более чем на $1/3$ площади окклюзионных поверхностей и

режущих краев зубов в возрасте старше 36 лет.

Диагноз формулируют в соответствии с МКБ-10, вышеприведенной классификацией М.Г. Бушана с указанием пораженных зубов.

Получают письменное согласие пациента на лечение. Проводят детальное планирование, затем выполняют реставраций.

Детальное планирование

При наличии включенных, концевых дефектов зубных рядов, подвижности зубов, снижении высоты альвеолярного гребня план лечения составляют совместно с врачом-стоматологом-ортопедом.

Для устранения неправильного положения отдельных зубов, зубоальвеолярного удлинения может понадобиться ортодонтическое лечение, которое планируют совместно с ортодонтом. Оценивают высоту коронок зубов и планируют размеры реставраций. Выбирают способ создания пространства для реставраций.

1. Для устранения зубоальвеолярного удлинения используют назубную капу из пластмассы, аппарат с накусочной площадкой из пластмассы либо мультибондинг-систему, после чего производят реставрацию формы зубов.

2. Увеличение межальвеолярной высоты.

а) проводится при протезировании частичной вторичной адентии (несъемными или съемными ортопедическими конструкциями: мостовидными, пластиночными или бюгельными протезами), реставрация выполняется после фиксации межальвеолярной высоты врачом-стоматологом-ортопедом.

б) проводится при необходимости реставрации большого количества зубов. Назубные каппы из пластмассы для увеличения межальвеолярной высоты изготавливаются врачом-стоматологом-ортопедом. После удачной адаптации пациента к каппам производится замена капп на реставрации из фотоотверждаемого композиционного материала.

Выполнение реставрации зубов

Реставрация фронтальных зубов:

1. Препарирование зубов:

Сглаживают острые края эмали по периферии дефекта, выполняют финирирование эмали, удаляют поверхностный слой склерозированного дентина. При наличии пигментированных трещин эмали, несоответствии прозрачности композиционного материала прозрачности твердых тканей зуба выбирают более радикальный метод препарирования: на вестибулярной поверхности выполняют скос шириной 3–4 мм либо сошлифовывание эмали на вестибулярной поверхности как под виниры, формируя уступ в пришеечной трети коронки зуба. При горизонтальной форме стирания скос в виде желобка формируют и на оральной поверхности коронки.

2. Композит вносят порциями в направлении от шейки к режущему краю зуба и проводят послойное отверждение.

3. В одно посещение необходимо восстанавливать несколько (группу)

зубов. Пришлифовывание проводят по общепринятой методике.

Реставрация жевательных зубов:

1. Сглаживают острые края эмали, выполняют финирирование эмали. При препарировании зубов удаляют лишь поверхностный слой эмали и обнаженного дентина.

2. Опорные бугорки жевательных зубов (небные на верхней челюсти, вестибулярные на нижней) моделируют более округлыми, а направляющие (вестибулярные на верхней челюсти, язычные на нижней) — заостренными. Угол между скатами опорных и ведущих бугорков должен составлять около 90°. Выраженность бугорков зависит от глубины резцового перекрытия — чем меньше резцовое перекрытие, тем менее выражены бугорки.

По завершении реставрации проводят избирательное шлифовывание в соответствии с общепринятой методикой.

Оценку реставраций проводят: в первый год — через 1 мес., затем 1 раз в 3 мес.; во второй и третий год — 1 раз в полгода, затем 1 раз в год.

Оценка реставраций проводится согласно общепринятым критериям USPHS (1971). Обращают внимание на состояние краев реставраций, доступных для осмотра и наличие фасеток стирания.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Скол части реставрации. При небольших дефектах, отсутствии обнажения дентина (оценка анатомической формы В) производят сглаживание линии скола, полировку. В случае обнажения дентина (оценка анатомической формы С) возможны: коррекция реставрации, удаление старой и выполнение новой реставрации либо коррекция плана лечения (выбор ортопедического метода лечения — удаление реставраций).

2. Пигментация границы реставрация-зуб. Наблюдается при плохой гигиене полости рта пациента, несоблюдении техники внесения, адаптации, полимеризации композиционного материала, финишной обработки реставрации. Пути устранения — мотивация пациента, коррекция гигиены полости рта. Если пигментация не устраняется при повторной финишной обработке, необходима замена реставрации с соблюдением техники выполнения реставраций.

3. Травматическая перегрузка зубов при недостатке резервных сил периодонта требует шинирования группы зубов. Перегрузка отдельных зубов может быть связана с некорректным избирательным шлифовыванием. Необходимо формировать равномерные окклюзионные контакты на всех зубах.

4. Изменение соотношения челюстей, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Необходим контроль положения нижней челюсти по отношению к верхней, планирование размеров реставраций и выполнение реставраций с учетом имеющихся деформаций окклюзионной плоскости.