

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ

**НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ
ЗУБОВ (ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ
ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ
НЕКАРИОЗНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ) —
СУММИРУЮЩИЙ ТЕРМИН,
КОТОРЫЙ ОБЪЕДИНЯЕТ
БОЛЬШУЮ ГРУППУ БОЛЕЗНЕЙ
(И ПОВРЕЖДЕНИЙ) ТВЁРДЫХ
ТКАНЕЙ ЗУБОВ (ЭМАЛИ, ДЕНТИН
А, ЦЕМЕНТА), ИМЕЮЩИХ
РАЗЛИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ,
ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ
КОТОРЫХ, ОДНАКО,
НЕПОСРЕДСТВЕННО НЕ
СВЯЗАНО
С МИКРОБНЫМ ФАКТОРОМ, В
ОТЛИЧИЕ
ОТ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ.**



КЛАССИФИКАЦИЯ:

ВСЕ НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ПРИНЯТО РАЗДЕЛЯТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ИХ СРОКОМ ФОРМИРОВАНИЯ НА ДВЕ БОЛЬШИЕ ГРУППЫ:

I. ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ, ВОЗНИКШИЕ В ПЕРИОД ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАЗВИТИЯ ИХ ТКАНЕЙ (ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ):

- 1.1. ГИПОПЛАЗИЯ ТКАНЕЙ ЗУБОВ
- 1.2. ГИПЕРПЛАЗИЯ ТКАНЕЙ ЗУБОВ.
- 1.3. ФЛЮОРОЗ ЗУБОВ.

ВОЗНИКШИЕ ПОСЛЕ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ:

- 1.1. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ (ПОВЫШЕННАЯ) СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ
- 1.2. КЛИНОВИДНЫЙ ДЕФЕКТ ЗУБОВ.
- 1.3. ЭРОЗИЯ ЗУБОВ.
- 1.4. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ТОКСИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ЗУБОВ.
- 1.5. ТРАВМА ЗУБОВ.
- 1.6. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ (ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ) ЗУБОВ.

ГИПОПЛАЗИЯ (ЛАТ. *HYPOPLASIA*) — ЭТО НЕДОРАЗВИТИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ПОРОК РАЗВИТИЯ КОТОРЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВЕННЫМИ И КАЧЕСТВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ.¹ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПРОИСХОДИТ НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ БЕЛКОВОЙ МАТРИЦЫ ЗУБА И ПРОЦЕССОВ МИНЕРАЛИЗАЦИИ. ПРИЧИНЫ ЭТОГО ПРОЦЕССА ЛЕЖАТ КАК В ОБЛАСТИ ПОЛОМКИ ГЕНОВ И ПЕРЕДАЮТСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ, ТАК И В СФЕРЕ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ, А, СЛЕДОВАТЕЛЬНО, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИОБРЕТЁННЫМИ (ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ТОКСИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА, ГОРМОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРЕНАТАЛЬНОМ И ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ).

ПРОЯВЛЯТЬСЯ ГИПОПЛАЗИЯ МОЖЕТ НА ВСЕХ ЗУБАХ СИСТЕМНО – СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ, НА ГРУППЕ ЗУБОВ – ОЧАГОВАЯ ГИПОПЛАЗИЯ, А ТАКЖЕ ЛОКАЛЬНО НА ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБАХ (ОДИН, ДВА ЗУБА) – МЕСТНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ. В ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ ЛИБО ВЕСЬ ЗУБ (ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЗУБОВ), ЛИБО ОТДЕЛЬНЫЕ ЕГО ТКАНИ – ЭМАЛЬ, ДЕНТИН И ЦЕМЕНТ (ЧАЩЕ ПРИ ОЧАГОВОЙ И ОСОБЕННО МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ). ГИПОПЛАЗИИ ПОДВЕРЖЕНЫ КАК МОЛОЧНЫЕ, ТАК И ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ.



СИСТЕМНАЯ ГИПОПАЗИЯ

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ, СИСТЕМНАЯ ГИПОПАЗИЯ ЭМАЛИ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ИЗМЕНЕНИЕМ ЦВЕТА ЭМАЛИ, ЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕМ ИЛИ ЖЕ ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЭМАЛИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ СИММЕТРИЧНЫХ БЕЛЫХ ПЯТЕН РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ, КОТОРЫЕ РАСПОЛОЖЕНЫ НА ОДНОИМЕННЫХ ЗУБАХ. МЕЛОВЫЕ ПЯТНА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ И НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НЕПРИЯТНЫМИ ИЛИ БОЛЕЗНЕННЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ.

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО НАРУЖНЫЙ СЛОЙ ЭМАЛИ НА ПОРАЖЕННОМ УЧАСТКЕ ГЛАДКИЙ, БЛЕСТЯЩИЙ И НЕ ИЗМЕНЯЕТ ЦВЕТ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С КРАСИТЕЛЯМИ. НА ПРОТЯЖЕНИИ ЖИЗНИ ПЯТНО НЕ ИЗМЕНЯЕТ НИ ЦВЕТ, НИ ФОРМУ.

БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОПАЗИИ ЧАЩЕ НЕ ЗАМЕТНЫ ПРИ ОБЫЧНОМ ОСМОТРЕ. ВОЛНИСТАЯ, ТОЧЕЧНАЯ И БОРОЗДЧАТАЯ ЭМАЛЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ВЫСУШИВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ. ПРИ ТЩАТЕЛЬНОМ

ОСМОТРЕ СТОМАТОЛОГУ СТАНОВЯТСЯ ЗАМЕТНЫ ЧЕРЕДОВАНИЯ НЕБОЛЬШИХ ВАЛИКОВ И УГЛУБЛЕНИЙ С НЕИЗМЕНЕННОЙ ЭМАЛЬЮ. ЧАЩЕ ЭТА ФОРМА ГИПОПАЗИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ ТОЧЕЧНЫХ УГЛУБЛЕНИЙ В ЭМАЛИ, КОТОРЫЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА РАЗНОМ УРОВНЕ. В ПЕРВОЕ ВРЕМЯ ЭТИ УЧАСТКИ ИМЕЮТ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ, НО ПО МЕРЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РОСТА ЗУБА ЭТИ УЧАСТКИ ПОСТЕПЕННО ПИГМЕНТИРУЮТСЯ. В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ГИПОПАЗИЯ ЭМАЛИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ ОДИНОЧНОЙ ГИПЕРПИГМЕНТИРОВАННОЙ ПОЛОСЫ НА КОРОНКЕ ЗУБА. ИНОГДА ЭТА БОРОЗДКА ДОВОЛЬНО ГЛУБОКА И ПРОИСХОДИТ ЗАМЕТНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРА КОРОНКИ ЗУБА В ВИДЕ ПЕРЕХВАТА, ТАКУЮ ФОРМУ ГИПОПАЗИИ НАЗЫВАЮТ БОРОЗДЧАТОЙ. ОЧЕНЬ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ЛЕСТНИЧНАЯ ГИПОПАЗИЯ, КОГДА НА КОРОНКЕ ЗУБОВ ФОРМИРУЕТСЯ НЕСКОЛЬКО БОРОЗДОК. НО ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ДАЖЕ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ТАКИХ ГИПОПАЗИЙ ЭМАЛИ, ЕЕ ЦЕЛОСТНОСТЬ НЕ НАРУШЕНА.

РЕЖЕ ДРУГИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ АПАЗИЯ ЭМАЛИ НА ОПРЕДЕЛЕННОМ УЧАСТКЕ. ПРИ ЭТОМ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ КОНТАКТЕ С РАЗДРАЖИТЕЛЕМ И ПРОХОДИТ ПОСЛЕ ЕГО УСТРАНЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИ ДАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ ЭМАЛИ НА ЧАСТИ КОРОНКИ ЗУБА, НО ЧАЩЕ НА ДНЕ ЧАШЕОБРАЗНОГО УГЛУБЛЕНИЯ, ЛИБО В БОРОЗДКЕ, ОХВАТЫВАЮЩЕЙ КОРОНКУ ЗУБА. ЧАСТО ПРИ АПАЗИИ ЭМАЛИ ИМЕЕТСЯ И НЕДОРАЗВИТИЕ ДЕНТИНА. ЭТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ ФОРМЫ ЗУБОВ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ДАННОЙ



ПРИМЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ ФОРМЫ ЗУБОВ ПРИ ГИПОПЛАЗИЯХ ЭМАЛИ.

ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА. ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ ОТВЕРТКООБРАЗНУЮ ИЛИ БОЧКООБРАЗНУЮ ФОРМУ. ИХ РАЗМЕР У ШЕЙКИ НЕСКОЛЬКО БОЛЬШЕ, ЧЕМ У РЕЖУЩЕЙ ПОВЕРХНОСТИ И ИМЕЕТСЯ ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА У РЕЖУЩЕГО КРАЯ. РАНЕЕ ПОЛАГАЛОСЬ, ЧТО ДАННЫЙ СИМПТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ, ОДНАКО ПОЗЖЕ УСТАНОВИЛИ, ЧТО АНОМАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ И ПРИ ИНЫХ ПРИЧИНАХ.

ЗУБЫ ФЛЮГЕРА. ПРИ ДАННОМ СИМПТОМЕ ПОРАЖЕНЫ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ, РАЗМЕР КОРОНКИ У ЩЕКИ БОЛЬШЕ, ЧЕМ У ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ. БУГРЫ НЕДОРАЗВИТЫ, ЧТО ПРИДАЕТ ЗУБАМ СХОЖЕСТЬ С КОНУСОМ.

ЗУБЫ ФУРНЬЕ. КЛИНИЧЕСКИ ВЫГЛЯДЯТ ТАК ЖЕ, КАК И ПРИ СИМПТОМЕ ГЕТЧИНСОНА, НО БЕЗ ПОЛУЛУННОЙ ВЫЕМКИ.

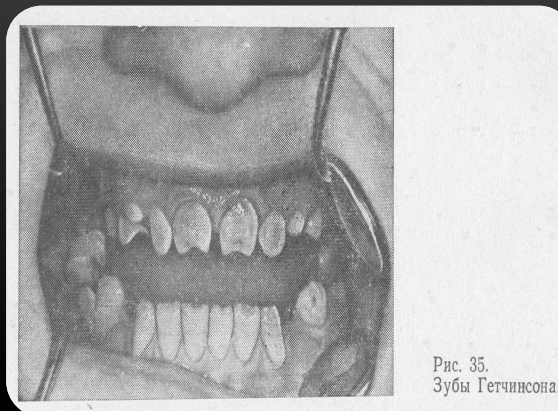


Рис. 35.
Зубы Гетчинсона.

Зубы Гетчинсона
Рис. 35

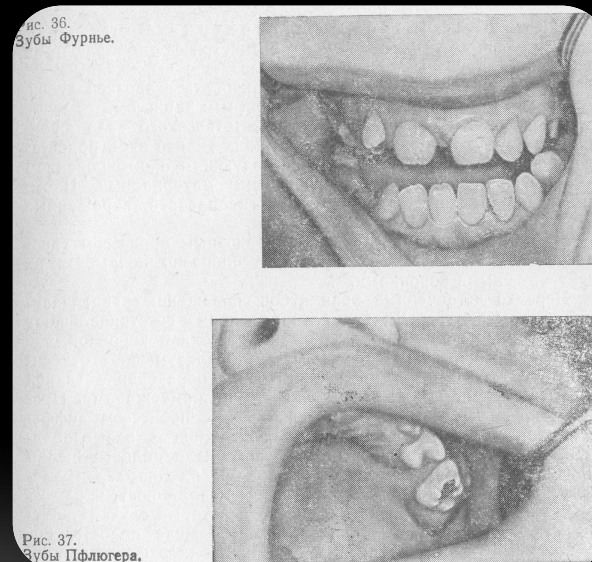


Рис. 36.
Зубы Фурнье.

Рис. 37.
Зубы Флюгера.

Зубы Флюгера
Рис. 37

МЕСТНАЯ ГИПОПАЗИЯ ЭМАЛИ.

ТАКИЕ ГИПОПАЗИИ ВОЗНИКАЮТ НА ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ ИЗ-ЗА ВОВЛЕЧЕНИЯ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ЗАЧАТКОВ ЗУБОВ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ РАЗВИВАЮЩЕГО ЗАЧАТКА. КЛИНИЧЕСКИ ЭТОТ ТИП ГИПОПАЗИЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ БЕЛЫХ ИЛИ ЖЕЛТОВАТО-КОРИЧНЕВЫХ ПЯТЕН, А ЧАЩЕ В ВИДЕ ТОЧЕЧНЫХ УГЛУБЛЕНИЙ ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ. В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ЭМАЛЬ КОРОНКИ ЗУБА ПОЛНОСТЬЮ ИЛИ ЧАСТИЧНО ОТСУТСТВУЕТ.

ГИПОПАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИВОДЯТ К ТОМУ, ЧТО МИКРОБЫ БОЛЕЕ АГРЕССИВНО ВОЗДЕЙСТВУЮТ НА ДЕНТИН, БЕСПРЕПЯТСТВЕННО ПРОНИКАЯ В НЕГО И ВЫЗЫВАЯ ГЛУБОКИЙ КАРИЕС. ВТОРЫМ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ДРУГИХ ТКАНЕЙ ЗУБА – ЦЕМЕНТА, ДЕНТИНА И ПУЛЬПЫ, ТАК КАК ГИПОПАЗИИ ЭМАЛИ РЕДКО ПРОТЕКАЮТ ИЗОЛИРОВАННО. У МНОГИХ ДЕТЕЙ ВПОСЛЕДСТВИИ ФОРМИРУЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПРИКУС.



РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГИПОПАЗИИ.

ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ГИПОПАЗИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ ПЯТЕН БЕЛОГО ЦВЕТА С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ, ГЛАДКОЙ БЛЕСТЯЩЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ, РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ НА ОДНОМ УРОВНЕ СИММЕТРИЧНО РАСПОЛОЖЕННЫХ КОРОНОК ЗУБОВ. СИММЕТРИЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО РАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЯТЕН, НО И ИХ ФОРМОЙ И РАЗМЕРОМ.



ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ГИПОПАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИСТОНЧЕННОСТЬЮ СЛОЯ ЭМАЛИ В РАЗЛИЧНЫХ МЕСТАХ КОРОНКИ ЗУБА НА ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ. ДЕФЕКТЫ ИМЕЮТ РАЗНУЮ, НО ЧАЩЕ ОКРУГЛУЮ ФОРМУ, РАСПОЛАГАЮТСЯ СИММЕТРИЧНО НА ОДНОИМЕННЫХ ЗУБАХ, ПРИ ЭТОМ, КАК ПРАВИЛО, ОДНОГО РАЗМЕРА.



БОРОЗДЧАТАЯ ФОРМА ГИПОПАЗИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ БОРОЗДЧАТЫХ УГЛУБЛЕНИЙ ЭМАЛИ РАЗЛИЧНОЙ ШИРИНЫ И ГЛУБИНЫ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПАРАЛЛЕЛЬНО РЕЖУЩЕМУ КРАЮ. НА ДНЕ БОРОЗДОК СЛОЙ ЭМАЛИ ИСТОНЧЕН, А ИНОГДА СОВСЕМ ОТСУТСТВУЕТ.



СМЕШАННАЯ ФОРМА ГИПОПАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧЕРЕДОВАНИЕМ БЕЛЫХ ПЯТЕН И ЭРОЗИИ НА ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБАХ И ДАЖЕ В ПРЕДЕЛАХ ОДНОГО ЗУБА ИЛИ СОЧЕТАНИЕМ БОРОЗДОК, ЭРОЗИЙ И ПЯТЕН. В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ОНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ, ЧТО ЗАТРУДНЯЕТ ДИАГНОСТИКУ ПОРАЖЕНИЙ ЭМАЛИ.

Кариес дифференцируют от гипоплазии эмали по следующим признакам:

- 1) **Этиология.** Кариес вызывает *Streptococcus mutans*, тогда как этиологией гипоплазии является нарушение обмена веществ в период закладки зачатков зубов.
- 2) **Поверхность.** При кариесе поверхность шероховатая, при гипоплазии гладкая, блестящая.
- 3) **Локализация.** Начальный кариес располагается чаще всего на апроксимальной поверхности зубов, тогда как гипоплазия поражает иммунные зоны, режущие края, бугры, вестибулярные поверхности.
- 4) **Расположение.** Карисе располагается беспорядочно, бессистемно, в то время как при гипоплазии поражаются симметричные зубы, например моляры.
- 5) **Окрашивание метиленом синим.** Кариес окрашивается, гипоплазия при использовании даёт отрицательную реакцию.
- 6) **Люминисценция, трансиллюминация.** При воздействии данных методов при кариесе будут наблюдаться коричневые пятна, при свечении в случаях гипоплазии реакция отрицательная.
- 7) **Наследственность.** Кариес относится к процессам, который приобретается при жизни человека, тогда как гипоплазия является наследственным нарушением целостности эмали.



Лечение гипоплазии и ее профилактика

- Лечение некариозных поражений зубов – именно тот случай, когда необходимо озаботиться о предотвращении этого заболевания. Это обусловлено тем, что гипоплазия эмали в большинстве случаев развивается у малыша ещё тогда, когда он находится в утробе матери.
- Заботиться о здоровье малыша необходимо ещё до его появления на свет. Существует несколько рекомендаций, которым необходимо следовать, чтобы защитить здоровье малыша от некариозных поражений зубов.
- Будущая мама во время беременности должна постоянно наблюдать у врачей-специалистов, в том числе у врача-стоматолога. Даже если у женщины нет заболеваний полости рта, необходимо посещать [стоматологическую клинику](#) каждый три месяца.
- Не нужно забывать, что на всех сроках беременности могут проводиться профилактические мероприятия по оздоровлению полости рта, но лечение зубов не может проводиться в некоторые периоды беременности.
- Очень важно питание будущей мамы. Категорически не приемлемо питание беременной женщины по вегетарианской системе, потому что оно лишает организм малыша многих полезных элементов.
- Правильным должно быть и питание малыша. Врачи утверждают, что грудное вскармливание должно продолжаться минимум один год. Грудное молоко очень помогает правильному развитию организма ребенка.
- Очень важно оберегать ребенка в первые годы жизни от травмирования полости рта. Все мы знаем, насколько малыши активны и непослушны в раннем возрасте, за их действиями нужен постоянный контроль. Травмирование полости рта малыша вследствие его неосторожных действий может иметь ряд неприятных последствий при развитии и росте постоянных зубов. Можно не только обеспечить травмой развитие некариозных заболеваний полости рта, но и полностью разрушить зачаток будущего постоянного зуба.
- Если же предотвратить развитие гипоплазии эмали у малыша не удалось, то существует ряд методов лечения этого заболевания.
- Необходимо провести ряд процедур, способствующих предотвращению развития кариозных осложнений. Для этого нужно строго следить за внешней средой, с которой контактирует зуб. Нельзя принимать в пищу слишком холодную или горячую еду. Важно регулярно и правильно соблюдать гигиену полости рта.
- Восстановление формы пораженного зуба проходит двумя методами: либо с помощью нанесения пломбировочных материалов на поверхность зуба, либо с помощью протезирования.
- Выбор способа лечения гипоплазии эмали зависит также от формы заболевания.
- При пятнистой гипоплазии проводится [протезирование](#) с целью вернуть эстетический вид пораженному зубу пациента.
- Лечение бороздчатой формы гипоплазии допускает как протезирование, так и [пломбирование](#). Выбор делает врач-стоматолог на основании степени развития заболевания, общего состояния полости рта маленького пациента.
- Профилактика гипоплазии эмали полностью зависит от действий молодой мамы. Помните, что беременность – очень важный жизненный этап как для самой мамы, так и для малыша, необходимо тщательно заботиться о своем здоровье и предотвращать осложнения развития ребенка в этот срок.

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЗУБОВ – ЭТО ИЗБЫТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ТКАНЕЙ ЗУБА, СВЯЗАННОЕ С НАРУШЕНИЕМ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КЛЕТОК ГЕРТВИГОВСКОГО ВЛАГАЛИЩА В ЭНАМЕЛОБЛАСТЫ. В ХОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ШЕЙКЕ ЗУБА ИЛИ В ОБЛАСТИ БИФУРКАЦИИ ОБРАЗУЕТСЯ ОКРУГЛЫЙ УЧАСТОК ГИПЕРПЛАЗИИ – ЭМАЛЕВАЯ ЖЕМЧУЖИНА. РАЗМЕР ДАННОГО УЧАСТКА ЗАЧАСТУЮ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ ДО 4 ММ, НО КЛИНИЧЕСКИ ОНА НИКАК НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ, ТО ЕСТЬ НИКАК НЕ БЕСПОКОИТ БОЛЬНОГО.



КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЗУБОВ

1. ГИПЕРПЛАЗИЯ ЗУБА БЫЛА ПОДРОБНО ИЗУЧЕНА А.О. СОВАННА (1965), КОТОРЫЙ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗДЕЛИЛ ВСЕ ГИПЕРПЛАЗИИ НА 3 ТИПА:

КОРНЕВЫЕ

ПРИШЕЕЧНЫЕ

КОРОНКОВЫЕ

2. ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ ЖЕ СТРОЕНИЮ А.О. СОВАННА РАЗДЕЛИЛ ГИПЕРПЛАЗИИ НА:

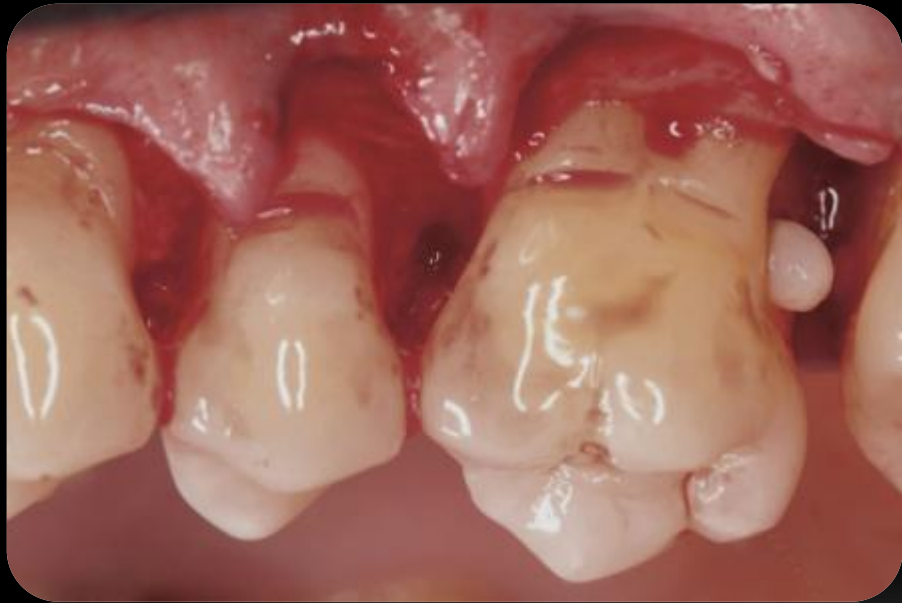
ИСТИННО ЭМАЛЕВЫЕ КАПЛИ (СОСТОЯТ ТОЛЬКО ИЗ ЭМАЛИ);

ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННЫЕ КАПЛИ (СОСТОЯТ ИЗ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА);

ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННЫЕ КАПЛИ С ПУЛЬПОЙ;

КАПЛИ РОДРИГЕСА-ПОНТИ – ЭМАЛЕВЫЕ КАПЛИ МАЛЕНЬКИХ РАЗМЕРОВ, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ В ПЕРИОДОНТЕ;

ВНУТРИЗУБНЫЕ ЭМАЛЕВЫЕ КАПЛИ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧЕНЫ В КОРОНКОВЫЙ ИЛИ КОРНЕВОЙ ДЕНТИН;



ЛЕЧЕНИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЗУБОВ
СЛЕДУЕТ ОТМЕТИТЬ, ЧТО ИЗ ВСЕХ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ
ГИПОПЛАЗИИ ЗУБА **ЛЕЧАТ ТОЛЬКО**
ПРИШЕЕЧНЫЕ КАПЛИ, ПОСКОЛЬКУ
ОНИ ВРЕМЯ ОТ ВРЕМЕНИ МОГУТ
СТАТЬ ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛЕНИЯ
ДЕСЕН. В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ
ЭМАЛЕВУЮ КАПЛЮ
ОТШЛИФОВЫВАЮТ АЛМАЗНЫМ
БОРОМ И НАЗНАЧАЮТ ТЕРАПИЮ С
ПРИМЕНЕНИЕМ
ФОСФАТСОДЕРЖАЩИХ
ПРЕПАРАТОВ.



ФЛЮОРОЗ (ЛАТ. *FLUORUM* —
ФТОР + *OSIS*) —
ХРОНИЧЕСКОЕ
ЗАБОЛЕВАНИЕ,
РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ДО
ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ (И
ПОСЛЕ) ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ
ПРИЁМЕ ВНУТРЬ ВОДЫ ИЛИ
ПРОДУКТОВ С ПОВЫШЕННЫМ
СОДЕРЖАНИЕМ
СОЕДИНЕНИЙ ФТОРА (А
ТАКЖЕ ФТОР ПОСТУПАЕТ В
ОРГАНИЗМ ПРИ АКТЕ
ДЫХАНИЯ В ЗАГРЯЗНЕННОЙ
АТМОСФЕРЕ). ЗАБОЛЕВАНИЕ
НОСИТ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ХАРА
КТЕР.



КЛАССИФИКАЦИЯ

ПО ПРИЧИНЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЯ ВЫДЕЛЯЕТ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ФЛЮОРОЗ.

ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РАЗЛИЧАЮТ 5 ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

ПЯТНИСТУЮ И ШТРИХОВУЮ,
МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТУЮ,
ЭРОЗИВНУЮ И ДЕСТРУКТИВНУЮ.

ПЕРВЫЕ ДВЕ ФОРМЫ ОТНОСЯТ К ФЛЮОРОЗУ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ.

МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТАЯ ФОРМА СЧИТАЕТСЯ ФЛЮОРОЗОМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, А ЭРОЗИВНАЯ И ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМЫ — ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ФЛЮОРОЗА.

ЧАСТО У ПАЦИЕНТА С ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНЬЮ ФЛЮОРОЗА РАЗЛИЧНЫЕ ГРУППЫ ЗУБОВ ПОРАЖАЮТСЯ РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПО НАБЛЮДЕНИЮ НЕКОТОРЫХ АВТОРОВ, ВОЗНИКШАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА СОХРАНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТА НА ВСЮ ЖИЗНЬ И НЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В ДРУГУЮ ФОРМУ ДАЖЕ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРА

В УПОТРЕБЛЯЕМОЙ ВОДЕ.

ШТРИХОВАЯ ФОРМА

ФЛЮОРОЗА

ПРОЯВЛЯЕТСЯ
ВОЗНИКНОВЕНИЕМ НА
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ РЕЗЦОВ
МЕЛОВЫХ ШТРИХОВ ИЛИ
ПОЛОС. В НЕКОТОРЫХ
СЛУЧАЯХ ОНИ ХОРОШО
ЗАМЕТНЫ, НО ЧАЩЕ
ВЫРАЖЕНЫ СЛАБО И
СТАНОВЯТСЯ ЛУЧШЕ ВИДНЫ
ПРИ ВЫСУШИВАНИИ ЗУБНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ. ВОЗМОЖНО
СЛИЯНИЕ ПОЛОС В ПЯТНА, НО
ПРИ ЭТОМ В СТРУКТУРЕ
ПЯТНА ВСЕГДА МОЖНО
РАЗЛИЧИТЬ ОТДЕЛЬНЫЕ
ПОЛОСЫ.

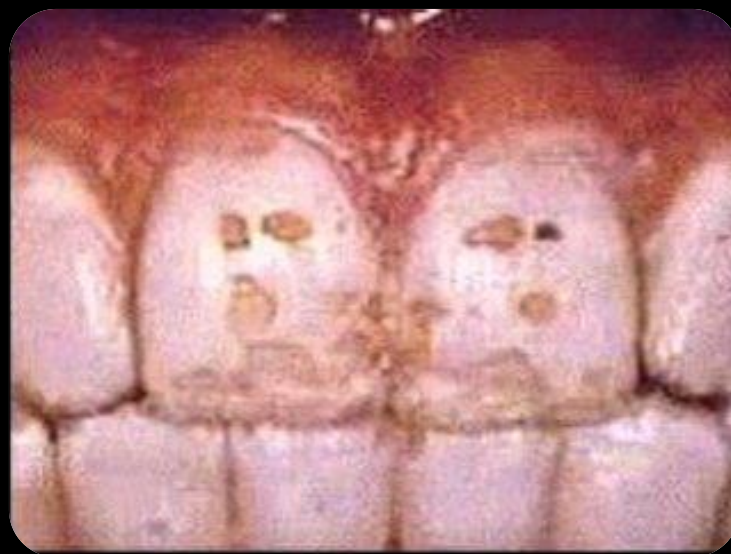


**ПЯТНИСТАЯ ФОРМА
ФЛЮОРОЗА** — НА
ЗУБНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ
ИМЕЮТ МЕСТО
ХОРОШО ЗАМЕТНЫЕ
МНОЖЕСТВЕННЫЕ
БЕЛЕСЫЕ ПЯТНА БЕЗ
ПОЛОС, КОТОРЫЕ ПРИ
СЛИЯНИИ МОГУТ
ОБРАЗОВАТЬ ПЯТНО
БОЛЬШОГО
ДИАМЕТРА.
ПОВЕРХНОСТЬ ПЯТЕН
ФЛЮОРОЗА
БЛЕСТЯЩАЯ И
ГЛАДКАЯ, ГРАНИЦЫ
ВЫРАЖЕНЫ НЕ РЕЗКО
И ПЛАВНО ПЕРЕХОДЯТ
В ЗДОРОВУЮ ЭМАЛЬ.



МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАТОВЫМ
ОТТЕНКОМ ВСЕЙ ЭМАЛИ
ПОРАЖЕННЫХ ЗУБОВ С
РАСПОЛОЖЕННЫМИ НА НЕЙ ЧЕТКО
ОЧЕРЧЕННЫМИ
ПИГМЕНТИРОВАННЫМИ ПЯТНАМИ И
ТОЧКАМИ. В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ
ЭМАЛЬ ИМЕЕТ ЖЕЛТЫЙ ОТТЕНОК. НА
НЕЙ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ УЧАСТКИ
ДЕСТРУКЦИИ — КРАПИНКИ
ГЛУБИНОЙ 0,1-0,2 ММ И ДИАМЕТРОМ
ДО 1,5 ММ, ИМЕЮЩИЕ
ПИГМЕНТИРОВАННОЕ ДНО. ПРИ
ЭТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА У
ПАЦИЕНТОВ ОТМЕЧАЕТСЯ БЫСТРОЕ
СТИРАНИЕ ЭМАЛИ С ОБНАЖЕНИЕМ
РАСПОЛОЖЕННОГО ПОД НЕЙ
ТЕМНО-КОРИЧНЕВОГО ДЕНТИНА.



ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА

ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ УЧАСТКОВ ДЕСТРУКЦИИ ЭМАЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЬШЕГО РАЗМЕРА, ЧЕМ КРАПИНКИ МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА, — ЭРОЗИИ. В ОБЛАСТИ ЭРОЗИЙ ЭМАЛЬ ВОООЩЕ ОТСУТСТВУЕТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЕ СТИРАНИЕ ЭМАЛИ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ



ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА

СОПРОВОЖДАЕТСЯ
ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
И СТИРАНИЕМ НЕ ТОЛЬКО
ЭМАЛИ, А И ПОДЛЕЖАЩИХ
ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА. ТКАНИ
ЗУБА СТАНОВЯТСЯ ХРУПКИМИ,
СКЛОННЫ К ОБЛАМЫВАНИЮ,
ЗА СЧЕТ ЧЕГО НАРУШАЕТСЯ
ФОРМА ЗУБНОЙ КОРОНКИ.
ОДНАКО ОТЛОЖЕНИЕ
ЗАМЕСТИТЕЛЬНОГО ДЕНТИНА
ПРЕДОТВРАЩАЕТ ВСКРЫТИЕ
ЗУБНОЙ ПОЛОСТИ.

ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА
ФЛЮОРОЗА, КАК ПРАВИЛО,
НАБЛЮДАЕТСЯ В РЕГИОНАХ,
ГДЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА В
ВОДЕ ПРЕВЫШАЕТ 10 МГ/Л.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЛЮОРОЗА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЛЮОРОЗА ОЧЕНЬ СХОЖИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПОЭТОМУ ПРИВЕДЕМ ПРИЗНАКИ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО ОТЛИЧИТЬ ФЛЮОРОЗ ОТ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПОМНИТЕ, ЧТО ТОЛЬКО КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ СМОЖЕТ ПРАВИЛЬНО РАЗЛИЧИТЬ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОСТАВИТЬ ВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ. МЫ ЛИШЬ УКАЖЕМ НЕКОТОРЫЕ ПРИЗНАКИ.

ФЛЮОРОЗ НА СТАДИИ ПЯТНА СЛЕДУЕТ ОТЛИЧАТЬ ОТ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА И ПЯТНИСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ. ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ПОРАЖЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ, РАСПОЛАГАЮТСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ И ЯЗЫЧНОЙ ПОВЕРХНОСТЯХ. ЭМАЛЬ В ЗОНЕ ПОРАЖЕНИЯ МАТОВАЯ, ТВЕРДАЯ И НЕ ОКРАШИВАЕТСЯ КРАСИТЕЛЯМИ. НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ В ЦЕНТРЕ ПЯТНА, КОТОРАЯ ПОСТЕПЕННО СНИЖАЕТСЯ К ПЕРИФЕРИИ. ФЛЮОРОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СРАЗУ ЖЕ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ И НЕ ПРОГРЕССИРУЕТ СО ВРЕМЕНЕМ;

ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ МЕЛОВИДНЫЕ ПЯТНА РАСПОЛОЖЕННЫЕ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ И НА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ. ПЯТНО ПРИ ЭТОМ МЕЛОВОЕ ИЛИ ПИГМЕНТИРОВАННОЕ, БЕЗ ЧЁТКИХ ГРАНИЦ, ПОВЕРХНОСТЬ МАТОВАЯ, ГЛАДКАЯ, ОКРАШИВАЕТСЯ КРАСИТЕЛЯМИ. ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЕТ, ЧТО В КОНЕЧНОМ ИТОГЕ ПРИВОДИТ К ДЕФЕКТУ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ И ПОЛОСТИ В ЗУБЕ;

ПРИ ГИПОПЛАЗИИ, ПЯТНА МНОЖЕСТВЕННЫЕ И ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ. ПЯТНА БЕЛОГО ЦВЕТА, С ЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ, ИМЕЮТ ГЛАДКУЮ БЛЕСТЯЩУЮ ПОВЕРХНОСТЬ, НЕ ОКРАШИВАЮТСЯ КРАСИТЕЛЯМИ. НЕ ПРОГРЕССИРУЮТ, ПРОЯВЛЯЮТСЯ СРАЗУ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ.

БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА СЛЕДУЕТ ОТЛИЧАТЬ ОТ РАЗНООБРАЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КАРИОЗНОГО И НЕКАРИОЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ: ПОВЕРХНОСТНОГО И СРЕДНЕГО КАРИЕСА, ЭРОЗИЙ, КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА И Т.Д.

ПРИ ФЛЮОРОЗЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ МНОЖЕСТВО ЭРОЗИЙ РАЗНООБРАЗНЫХ РАЗМЕРОВ И ФОРМЫ, ЛОКАЛИЗОВАНЫ ПО ВСЕЙ ЭМАЛИ. ДЕНТИН ПИГМЕНТИРОВАННЫЙ, ХАРАКТЕРНА ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ. ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ ПРОГРЕССИРУЕТ И НЕ СПОСОБНО ПЕРЕХОДИТЬ В ДРУГИЕ СТАДИИ.

КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ТИПИЧНЫХ ДЛЯ КАРИЕСА МЕСТАХ – ПРИШЕЕЧНАЯ ОБЛАСТЬ, ФИССУРЫ И КОНТАКТНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ. ПОРАЖЕНИЕ ИМЕЕТ ВИД ПОЛОСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ, ПЛАЩЕВОГО ИЛИ ОКОЛОПУЛЬПАРНОГО ДЕНТИНА, ЗАПОЛНЕННОЕ БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ РАЗМЯГЧЕННОГО ДЕНТИНА. ХАРАКТЕРНЫ БОЛЕВЫЕ РЕАКЦИИ ОТ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОГРЕССИРУЕТ И МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ ПУЛЬПИТОМ ИЛИ ПЕРИОДОНТИТОМ.

ПРИ ЭРОЗИИ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СИММЕТРИЧНЫХ УЧАСТКАХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И БОКОВЫХ РЕЗЦАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, А ТАКЖЕ НА КЛЫКАХ И ПРЕМОЛЯРАХ ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЕЙ. ЭТО БЛЮДЦЕОБРАЗНЫЙ ИЛИ ОВАЛЬНЫХ ДЕФЕКТ ЭМАЛИ, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ПОПЕРЕЧНОМ НАПРАВЛЕНИИ К НАИБОЛЕЕ ВЫПУКЛОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА. КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЯМИ ОТ ХОЛОДНОГО ВОЗДУХА И ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ. ЭРОЗИИ СПОСОБНЫ ПРОГРЕССИРОВАТЬ.

КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ЗУБОВ. ПО ВИДУ НАПОМИНАЕТ КЛИН СО СТЕНКАМИ НАПРАВЛЕННЫМИ ОСТРИЕМ К ПУЛЬПОВОЙ КАМЕРЕ. КАК ПРАВИЛО, НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЕВЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ. ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЕТ И МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВСКРЫТИЮ ПУЛЬПОВОЙ КАМЕРЫ.

КАК ЛЕЧИТСЯ ФЛЮОРОЗ ЗУБОВ

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ФЛЮОРОЗА ЗАВИСИТ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ТОЛЬКО ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЭМАЛИ. ПРИ ЭТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ПРОВОДИТСЯ ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ.

РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ — ЭТО ПРОЦЕДУРА НАСЫЩЕНИЯ ЭМАЛИ СОЕДИНЕНИЯМИ КАЛЬЦИЯ, ФОСФОРА, ФТОРА. ЭТИ СОЕДИНЕНИЯ ПРОНИКАЮТ В ТВЕРДЫЕ ТКАНИ ЗУБА, ВОССТАНАВЛИВАЯ И УКРЕПЛЯЯ ИХ. ФОСФАТЫ, КАЛЬЦИЙ, ФТОРИДЫ И РЯД ДРУГИХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ВХОДЯТ В СОСТАВ ОСНОВНОГО ВЕЩЕСТВА ЭМАЛИ — РАЗЛИЧНЫХ АПАТИТОВ.

РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЮ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПУТЕМ АППЛИКАЦИЙ, А ТАКЖЕ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРО — И ФОНОФЕРЕЗА. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ 10 % РАСТВОР КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТА И 0,2 % РАСТВОР НАТРИЯ ФТОРИДА, КОТОРЫЕ, ЧЕРЕДУЯ ДРУГ С ДРУГОМ, ВВОДЯТ КАК С ПОМОЩЬЮ АППЛИКАЦИЙ, ТАК И ЭЛЕКТРОФЕРЕЗА. ДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ РЕМОДЕНТ.

РЕМОДЕНТ — ПРЕПАРАТ, ПОЛУЧЕННЫЙ ИЗ КОСТЕЙ ЖИВОТНЫХ, СОДЕРЖИТ КОМПЛЕКС МАКРО — И МИКРО — ЭЛЕМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ. В ЕГО СОСТАВ ВХОДЯТ ТАКИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ, КАК: КАЛЬЦИЙ 4,35 %, ФОСФОР 1,35 %, МАГНИЙ 0,15 %, КАЛИЙ 0,2 %, НАТРИЙ 16 %, ХЛОР 30 %, ОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА 44 %, МИКРОЭЛЕМЕНТЫ ДО 10 %. ПРИ НАНЕСЕНИИ НА ЭМАЛЬ ЗУБОВ НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ РЕМОДЕНТА ИНТЕНСИВНО ПРОНИКАЮТ В ЕЁ ПОВЕРХНОСТНЫЙ СЛОЙ, НОРМАЛИЗУЯ СТРУКТУРУ ЭМАЛИ.

ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОЦЕДУРЫ ЗУБЫ ТЩАТЕЛЬНО ОЧИЩАЮТ ОТ ЗУБНОГО НАЛЕТА И ВЫСУШИВАЮТ ВАТНЫМ ТАМПОНОМ, ЗАТЕМ НАКЛАДЫВАЮТ ТАМПОНЫ, ПРОПИТАННЫЕ 10 % РАСТВОРОМ КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТА, НА УЧАСТОК ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ НА 15-20 МИН, МЕНЯЯ ИХ КАЖДЫЕ 4-5 МИН. ПОСЛЕ КАЖДОЙ ТРЕТЬЕЙ АППЛИКАЦИИ С МИНЕРАЛИЗУЮЩИМ РАСТВОРОМ НА ОБРАБАТЫВАЕМУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЗУБА НАКЛАДЫВАЮТ ВАТНЫЙ ТАМПОН, СМОЧЕННЫЙ 0,2 % РАСТВОРОМ НАТРИЯ ФТОРИДА НА 2-3 МИН.

ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ВСЕЙ ПРОЦЕДУРЫ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИНИМАТЬ ПИЩУ В ТЕЧЕНИЕ 2Ч. КУРС РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ СОСТОИТ ИЗ 15-20 АППЛИКАЦИЙ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТ ЕЖЕДНЕВНО ИЛИ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПОВЕРХНОСТЬ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОКРЫТА ФТОРЛАКОМ.

НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПОСТУПЛЕНИЕ ФТОРА В ОРГАНИЗМ. ДЛЯ ЭТОГО СЛЕДУЕТ ЗАМЕНИТЬ ИСТОЧНИК ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, ИЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ БУТИЛИРОВАННУЮ ВОДУ С ОПТИМАЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ. ДЕТЯМ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ В ПИЩУ БОЛЬШЕ МОЛОКА, ФРУКТОВ, ОВОЩЕЙ. ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ ПРИЕМ СОЛЕЙ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ВИДЕ ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ, ГЛИЦЕРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ. В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ ПОКАЗАН ПРИЕМ РЫБЬЕГО ЖИРА, ПОЛИВИТАМИНОВ, УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ (ИСКУССТВЕННЫЙ ЗАГАР). РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ.

ПРИ ФЛЮОРОЗЕ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЕЙ ПРОИСХОДИТ НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ. ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ЭТИХ ФОРМАХ ФЛЮОРОЗА МЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНО. В ТАКИХ СЛУЧАЯХ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОДЫ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ. К НИМ ОТНОСЯТСЯ: — ПРИМЕНЕНИЕ КЕРАМИЧЕСКИХ ВИНИРОВ — ПРЯМЫЕ РЕСТАВРАЦИИ ПОРАЖЕННЫХ ЗУБОВ КОМПОЗИТАМИ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ. В СЛУЧАЯХ ТЯЖЕЛОГО ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОКАЗАНЫ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ — ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ ПРИ ПОМОЩИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК.

ПРОФИЛАКТИКА

ПРОФИЛАКТИКА ФЛЮОРОЗА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ВЕЗДЕ, ГДЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА В ИСТОЧНИКАХ ВОДОСНАБЖЕНИЯ. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ СЛЕДУЕТ УДЕЛЯТЬ РАЙОНАМ, ГДЕ В ВОДЕ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЕЕ 2 МГ/Л ФТОРА. ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ, ФТОР, ВСАСЫВАЯСЬ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ, ГЕМАТОГЕННЫМ ПУТЕМ ДЕЙСТВУЕТ НА АМЕЛОБЛАСТЫ, НАРУШАЯ ПРОЦЕСС ОБРАЗОВАНИЯ И МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ. В СВЯЗИ С ЭТИМ ИНТЕНСИВНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ В ПЕРИОД ЗАКЛАДКИ ЗУБОВ И ИХ МИНЕРАЛИЗАЦИИ.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЕЛЯТСЯ НА КОЛЛЕКТИВНЫЕ МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УМЕНЬШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, И НА МЕРЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.

УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТО ПУТЕМ ЗАМЕНЫ ВОДОИСТОЧНИКА ИЛИ СНИЖЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА ЗА СЧЕТ СМЕШЕНИЯ ВОДОИСТОЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, НАПРИМЕР, СКВАЖИН И ЛЕДНИКОВОЙ ВОДЫ В ГОРНОЙ МЕСТНОСТИ. СУЩЕСТВУЮТ МЕТОДИКИ ОЧИСТКИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ОТ ИЗБЫТКА ФТОРА. СЛЕДУЕТ, ОДНАКО, ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ПОЛНОСТЬЮ ОБЕСПЕЧИТЬ НАСЕЛЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКИХ РАЙОНОВ ОЧИЩЕННОЙ ОТ ФТОРА ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ НЕВОЗМОЖНО, ХОТЯ ДЛЯ НЕБОЛЬШИХ КОНТИНГЕНТОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭТО ДЕЛАТЬ МОЖНО. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ С МОМЕНТА РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И РАННЕГО ПРИКОРМА РЕБЁНКА. С НАЧАЛОМ ПРИКОРМА НЕ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В ПИЩЕ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ, А НУЖНО ЗАМЕНЯТЬ МОЛОКОМ И СОКАМИ.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ В ПИЩУ ВИТАМИНА С, D, ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ УМЕНЬШАЕТ ПРОЯВЛЕНИЕ ФЛЮОРОЗА. ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СОСТАВ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА. В ЧАСТНОСТИ, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧАТЬ ИЛИ ОГРАНИЧИВАТЬ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ФТОР (МОРСКАЯ РЫБА, ЖИВОТНОЕ МАСЛО, ШПИНАТ И ДР.). ОСОБО ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ФЛЮОРОЗА ИМЕЕТ ВЫВОЗ ДЕТЕЙ НА ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ИЗ ЭНДЕМИЧЕСКОГО РАЙОНА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ЗАМЕНА ВОДОИСТОЧНИКОВ В ТЕЧЕНИЕ 3-4 МЕС ЕЖЕГОДНО В ПЕРВЫЕ 8-10 ЛЕТ ЖИЗНИ РЕБЁНКА СПОСОБСТВУЕТ НОРМАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ЭМАЛИ И В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ СНИЖАЕТ ПРОЦЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ФЛЮОРОЗОМ.



ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ -
ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ!