

***НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ,
ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ
ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА.
ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ***

*Байбулова К.К.
к.м.н., доцент*

**НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ
СУЩЕСТВЕННО ВОЗРОСЛА. ЭТО
СВЯЗАНО С ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ
ФАКТОРАМИ. ВАЖНУЮ РОЛЬ
ИГРАЮТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ
ЩИТОВИДНОЙ И ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ
И ДРУГИЕ ФОНОВЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИЕМ
ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ,
САЛИЦИЛАТОВ И ДРУГИХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.**



КЛАССИФИКАЦИЯ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

- ⊙ а) эрозия зубов;
- ⊙ б) стирание твердых тканей;
- ⊙ в) клиновидный дефект;
- ⊙ г) травма зубов;
- ⊙ д) некроз твердых тканей зубов;
- ⊙ е) гиперестезия зубов.



**ЭРОЗИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА
(29,5% ИЗ ОБЩЕГО ЧИСЛА ОБРАЩЕНИЙ В
КЛИНИКУ)**

**Эрозия — прогрессирующая убыль
твёрдых тканей зубов (эмали или
эмали и дентина) недостаточно
выясненной этиологии**

**Важную роль в патогенезе эрозии
отводят нарушениям минерального
обмена вследствие эндокринных
нарушений, в частности, гиперфункции
щитовидной (тиреотоксикоз) и
половых желез.**



**НАЗЫВАЮТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ
МЕХАНИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ
НА ЗУБ (ПРИ ЧИСТКЕ ЗУБОВ),
УПОТРЕБЛЕНИЕ БОЛЬШОГО
КОЛИЧЕСТВА ЦИТРУСОВЫХ
ФРУКТОВЫХ СОКОВ
(ВОЗДЕЙСТВИЕ КИСЛОТ),
ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ
ФАКТОРОВ, ПОВЕРХНОСТНО-
АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЗУБНЫХ
ПАСТ И ПР.**



КЛАССИФИКАЦИЯ ЭРОЗИИ (МАКСИМОВСКИЙ Ю.М. (1981))

**Исходя из глубины дефекта
выделяется 3 степени поражения:**

- начальная – поражение поверхностных слоев эмали;**
- средняя – поражение всей толщи эмалевого слоя вплоть до эмалево-дентинного соединения;**
- глубокая – поражение эмали и дентина.**



**АКТИВНОЕ И
СТАБИЛИЗИРОВАННОЕ ТЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

ДЛЯ АКТИВНОГО ТЕЧЕНИЯ

ХАРАКТЕРНЫ:

**БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ
УБЫЛЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА,
ПОТЕРЯ БЛЕСКА ЭМАЛИ,
ПОВЫШЕННАЯ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К
РАЗЛИЧНЫМ ВНЕШНИМ
РАЗДРАЖИТЕЛЯМ.**



**СТАБИЛИЗИРОВАННОЕ ТЕЧЕНИЕ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕДЛЕННО
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ УБЫЛЬЮ
ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА,
СОХРАНЕНИЕМ БЛЕСКА ЭМАЛИ НА
УЧАСТКЕ ПОРАЖЕНИЯ,
ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕННОЙ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ.**

**СТАБИЛИЗИРОВАННОЕ ТЕЧЕНИЕ
МОЖЕТ ПЕРЕЙТИ В АКТИВНОЕ.**



**ЦЕНТРАЛЬНЫХ И БОКОВЫХ РЕЗЦОВ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ВСТРЕЧАЮТСЯ
ОНИ И НА КЛЫКАХ И ПРЕМОЛЯРАХ.
ИНОГДА ПОРАЖЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ
СИММЕТРИЧНЫМ.**

НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ

**ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОТЕРЕЙ БЛЕСКА
НА ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ.
АППЛИКАЦИЯ 5% СПИРТОВОЙ
НАСТОЙКИ ЙОДА НА ОБЛАСТЬ
ПОРАЖЕНИЯ ОКРАШИВАЕТ ДЕФЕКТ В
ЖЕЛТЫЙ ИЛИ КОРИЧНЕВЫЙ ЦВЕТ.
ИНТЕНСИВНОСТЬ ОКРАШИВАНИЯ
ЗАВИСИТ ОТ УРОВНЯ СНИЖЕНИЯ
МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ.**



ЭРОЗИЯ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ



**КОТОРЫЙ РАСПОЛОЖЕН В КОСОМ ИЛИ
ПОПЕРЕЧНОМ НАПРАВЛЕНИИ НАИБОЛЕЕ
ВЫПУКЛОЙ ЧАСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА. ОБЫЧНО ДНО
ЭРОЗИИ ГЛАДКОЕ, БЛЕСТЯЩЕЕ, ТВЕРДОЕ.
ПОСТЕПЕННОЕ РАСШИРЕНИЕ И
УГЛУБЛЕНИЕ ЕЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЭМАЛИ И ОБНАЖЕНИЮ
ДЕНТИНА. ЭРОЗИИ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ
СО СТИРАНИЕМ РЕЖУЩИХ КРАЕВ
КОРОНОК РЕЗЦОВ И БУГРОВ МОЛЯРОВ.
БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ МОЖЕТ НЕ БЫТЬ,
НО ПРИ ОБНАЖЕНИИ ДЕНТИНА
ВОЗНИКАЕТ ВЫРАЖЕННАЯ
ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ДЕНТИНА**



ЭРОЗИЯ В РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ



ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИИ

Проводится совместно с врачом -интернистом

Местное лечение стоматологом:

- глицерофосфат кальция 0,5г. 3 раза в день в течение месяца;
- Кламин (1-2 таб) или Фитолон (30 кап) 2-3 р. в день за 15 мин. до еды в течение 1-2 мес;
- поливитамины «Квадевит» или «Комплевит» 3-4 таб в день после завтрака;
- электрофорез 2,5% раствора глицерофос-фата кальция , 10 сеансов, через день;
- чистка зубов и аппликации фосфатсодер-жащих зубных паст по 15 мин ежедневно



**МЕНЕЕ 2 КУРСОВ ЛЕЧЕНИЯ С
ПЕРЕРЫВОМ МЕЖДУ КУРСАМИ 2-3
МЕСЯЦА.**

**ЕСЛИ ДОСТИГНУТО УЛУЧШЕНИЕ,
МОЖНО ПЕРЕХОДИТЬ К
ПЛОМБИРОВАНИЮ.**

**ПРИ СТАБИЛИЗИРОВАННОМ ТЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ОГРАНИЧИТЬСЯ
ОДНОМЕСЯЧНЫМ КУРСОМ, А ЗАТЕМ – ПО
ПОКАЗАНИЯМ - ПЛОМБИРОВАНИЕ.**

***ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ПЛОМБИРОВАНИЯ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ В
КАЧЕСТВЕ ПРОКЛАДКИ
СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ПОД
КОМПОЗИТ***



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ

твердых тканей зубов наблюдается у 11,8% людей.

До 30 лет повышенное стирание зубов встречается редко. В возрасте старше 30 лет оно наблюдается в среднем у 18,5% мужчин и у 16,5% женщин.

Полное стирание жевательных бугров моляров и премоляров и частичная стертость режущих краев передних зубов чаще (62,5%) наблюдается у мужчин. У женщин этот процесс встречается значительно реже (22,7%).



**ЖИЗНИ. ТАКОЕ СТИРАНИЕ ОБЫЧНО
НИКАКИХ ЖАЛОБ НЕ ВЫЗЫВАЕТ.
НАРЯДУ С ТАКИМ МЕДЛЕННЫМ
СТИРАНИЕМ НАБЛЮДАЕТСЯ
ПОВЫШЕННОЕ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ
НЕПРИЯТНЫМИ БОЛЕВЫМИ
ОЩУЩЕНИЯМИ. ПОЯВЛЕНИЕ ЕГО У
ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
УКАЗЫВАЕТ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТКАНЕЙ ЗУБА,
КОТОРАЯ МОЖЕТ ВЛИЯТЬ И НА
ДАЛЬНЕЙШЕЕ ИХ СОСТОЯНИЕ.**



КОСОЙ,

СМЕШАННЫЙ И ПР.);

- ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ

ОСОБЕННОСТИ

**(СТЕКЛОДУВЫ, МУЗЫКАНТЫ,
ИГРАЮЩИЕ НА**

**ДУХОВЫХ ИНСТРУМЕНТАХ,
КЛЕПАЛЬЩИКИ,**

САПОЖНИКИ И Т.П.);

**- НАЛИЧИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**(НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ЗАБОЛЕВАНИЯ
И НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ
ЩИТОВИДНОЙ И ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ И
ДР.).**



И., 1985) :

Выделено три степени стирания:

- 1 степень – незначительное стирание эмали бугров и режущих краев коронок зубов;
- 2 степень – стертость эмали бугров клыков, премоляров, моляров и режущих краев резцов с обнажением поверхностных слоев дентина;
- 3 степень – стирание эмали и значительной части дентина до уровня коронковой полости зуба.

По виду стираемости различают: *вертикальную,*
горизонтальную *и смешанную*



ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ФОРМА

Зубы стираются по горизонтальной плоскости, сначала бугры жевательных зубов, затем резцы и в последнюю очередь клыки. Характерно уменьшение высоты зубов по мере их стирания. Роль местных и общих факторов при этом виде стирания примерно одинакова.



ВЕРТИКАЛЬНАЯ ФОРМА

Зубы стираются преимущественно по вертикальной плоскости на вестибулярной поверхности. Чаще других стираются премоляры и клыки, затем резцы и моляры. Стираемость по горизонтали выражена слабо. Большое значение при такой форме стирания придают фоновым заболеваниям (по Федорову Ю.А. 80-85%, 1997).



СМЕШАННАЯ ФОРМА

Зубы стираются в равной степени по вертикали и горизонтали, в том числе иногда и с язычной поверхности.

Характерно уменьшение объемного размера зубов. Преимущественно стираются зубы от резцов до премоляров.

Жевательные зубы поражаются в последнюю очередь. Роль фонических заболеваний при этой форме стираемости 75-80%





**ОДНИМ ИЗ РАННИХ ПРИЗНАКОВ
ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРЕСТЕЗИЯ.
СТЕПЕНЬ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ДЕНТИНА
ЗАВИСИТ ОТ КОЛИЧЕСТВА
ОБНАЖЕННЫХ ДЕНТИННЫХ
ТРУБОЧЕК, СКОРОСТИ СТИРАНИЯ И
РЕАКЦИИ ПУЛЬПЫ,
ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ В ОБРАЗОВАНИИ
ВТОРИЧНОГО ДЕНТИНА, А ТАКЖЕ
ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОКРИННЫХ
И ДРУГИХ ФОНОВЫХ НАРУШЕНИЙ,
ОТ СЕЗОНА ГОДА.**



ЛЕЧЕНИЕ

- **Устранение общих (фоновых) и местных неблагоприятных факторов, влияющих на процесс стирания зубов. После стоматологического осмотра пациента необходимо направить на УЗИ щитовидной и половых желез, также к врачу-эндокринологу.**
- **Для замедления или остановки процесса стирания зубов назначают курс реминерализующей терапии. Сроки проведения зависят от формы стираемости.**



(ОДНОВРЕМЕННО С КОРРЕКЦИЕЙ ПРИКУСА) ОБЫЧНО ПРОВОДИТСЯ МЕСЯЧНЫЙ КУРС, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЕТ:

- ГЛИЦЕРОФОСФАТ КАЛЬЦИЯ 0,5Г. 3 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА;**
- КЛАМИН (1-2 ТАБ) ИЛИ ФИТОЛОН (30 КАП) 1 Р. В ДЕНЬ ЗА 15 МИН. ДО ЕДЫ;**
- ПОЛИВИТАМИНЫ «КВАДЕВИТ» ИЛИ «КОМПЛЕВИТ» 2 ТАБ В ДЕНЬ ПОСЛЕ ЗАВТРАКА;**
- ЧИСТКА ЗУБОВ И АППЛИКАЦИИ ФОСФАТСОДЕР-ЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ НА ЗУБЫ (ЕЖЕДНЕВНО НЕ МЕНЕЕ 1 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ 15 МИН.)**



**ИЛИ БЕЛЫЙ КАЛЬЦИЙ И СМЕШАННОЙ
ФОРМАХ СТИРАЕМОСТИ КЛАМИН
ИЛИ ФИТОЛОН НАЗНАЧАЮТ НА
ПРИЕМ 2 РАЗА В ДЕНЬ,
ПОЛИВИТАМИНЫ УВЕЛИЧИВАЮТ ДО
3 ТАБЛЕТОК В ДЕНЬ, ОДИН РАЗ ПОСЛЕ
ЗАВТРАКА. ДОПОЛНИТЕЛЬНО
ПРОВОДЯТ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ 2,5%
РАСТВОРА ГЛИЦЕРОФОСФАТА
КАЛЬЦИЯ , 10 СЕАНСОВ, ЧЕРЕЗ ДЕНЬ.
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ 2
МЕСЯЧНЫХ КУРСОВ С ПЕРЕРЫВОМ
МЕЖДУ НИМИ В 2-4 МЕСЯЦА.**



**ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КУРСА
РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И
УСТРАНЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ
ПРИСТУПАЮТ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ
И ПОЭТАПНОМУ ВОССТАНОВЛЕНИЮ
ЗУБНОГО РЯДА С ПОМОЩЬЮ
ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ,
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ИЛИ
МЕТАЛЛОПЛАСТИКОВЫХ
КОНСТРУКЦИЙ. ШТАМПОВАННЫЕ
КОРОНКИ И ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ НА
НИХ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ!**



КЛИНОВИДНЫЙ ДЕФЕКТ

Чаще встречается у людей среднего и пожилого возраста. Причина его возникновения недостаточно изучена. По мнению Данилевского Н.Ф., клиновидный дефект у 8—10% больных является симптомом некоторых болезней пародонта, когда происходит обнажение шеек зубов.

Распространенными теориями возникновения КД являются механическая и химическая, согласно которым развитие заболевания обусловлено либо травматическим воздействием зубной щетки на шейки зубов, либо деминерализующим действием кислот, которые образуются в результате брожения пищевых остатков.

КОТОРЫЕ ИЗМЕНЯЮТ СТРУКТУРУ ТКАНЕЙ
ЗУБА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ОНИ ПОДЛЕЖАТ
ИСТИРАНИЮ.

БОЛЕЕ СОВРЕМЕННЫ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О
РОЛИ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ,
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС, ЖКТ, ПОЧЕК, ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ, ССС.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ
ВЛИЯНИЯ ОБЩИХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ФАКТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ НАБЛЮДЕНИЯ,
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТЬ
СОЧЕТАНИЯ КД С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СТИРАЕМОСТЬЮ ЭТИХ ЖЕ ЗУБОВ, ЧТО
ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ
НЕСОВЕРШЕНСТВО ИХ СТРУКТУРЫ



**КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ МОГУТ БЫТЬ
ЕДИНИЧНЫМИ, НО ЧАЩЕ ОНИ
МНОЖЕСТВЕННЫЕ, РАСПОЛАГАЮТСЯ НА
СИММЕТРИЧНЫХ ЗУБАХ. ОБЫЧНО
ПОРАЖАЮТСЯ ЩЕЧНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ
ПРЕМОЛЯРОВ ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЕЙ,
ГУБНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И
БОКОВЫХ РЕЗЦОВ. РЕДКО ОНИ МОГУТ
ПЕРЕХОДИТЬ ИЛИ ПОРАЖАТЬ ЯЗЫЧНУЮ
ПОВЕРХНОСТЬ ЭТИХ ЗУБОВ. НА РАННИХ
СТАДИЯХ ОНИ ВЫГЛЯДЯТ КАК ТОНКИЕ
ТРЕЩИНЫ ИЛИ ЩЕЛИ. ЗАТЕМ ЭТИ
УГЛУБЛЕНИЯ НАЧИНАЮТ РАСШИРЯТЬСЯ
И ПРИОБРЕТАТЬ ФОРМУ КЛИНА.**



**ПОВЕРХНОСТЯМИ: ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ –
ПРИЭМАЛЕВОЙ И ПРИДЕСНЕВОЙ.
ПРИЭМАЛЕВАЯ СТЕНКА ФОРМИРУЕТСЯ
ПАРАЛЛЕЛЬНО РЕЖУЩЕМУ КРАЮ, А
ПРИДЕСНЕВАЯ РАСПОЛОЖЕНА
НАКЛОННО. ОНИ ГЛАДКИЕ, БЛЕСТЯЩИЕ,
ИМЕЮТ ТВЕРДОЕ ДНО И КАК БЫ
ПОЛИРОВАННЫЕ СТЕНКИ, НЕ
ИЗМЕНЕННЫЕ В ЦВЕТЕ, ИЗРЕДКА
НАБЛЮДАЕТСЯ ПИГМЕНТАЦИЯ ДЕНТИНА.
ПО МЕРЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА
ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ,
ОБНАЖЕНИЕ ШЕЕК ЗУБОВ, КОТОРЫЕ ВСЕ
ЧАЩЕ И ОСТРЕЕ РЕАГИРУЮТ НА ВСЕ
ВИДЫ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ**



ВЫДЕЛЯЮТ 4 СТАДИИ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ:

1 стадия – начальные проявления с почти невидимой убылью ткани, регистрируемые с помощью лупы и характеризующиеся гиперестезией шеек зубов;

2 стадия – поверхностные КД в виде щелевидных повреждений эмали глубиной до 0,2мм, длиной 3-3,5мм вблизи эмалево-цементной границы, имеют блестящую поверхность с выраженной чувствительностью шеек зубов.

*Эти стадии чаще встречаются в
молодом возрасте (до 30 лет)*



ГОД У ГЛУБИНЕ 1,0-1,5 ММ И СРЕДНЕЙ ГЛУБИНЕ
0,2-0,3ММ И ДЛИНЕ 3,5-4,0ММ. ХАРАКТЕРЕН
ЖЕЛТОВАТЫЙ ЦВЕТ ГЛАДКОГО ДЕНТИНА,
ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ВЫРАЖЕНА УМЕРЕННО.

4 СТАДИЯ – ГЛУБОКИЕ КД, ИМЕЮЩИЕ
ДЛИНУ 5ММ И БОЛЕЕ,
СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ
ГЛУБОКИХ СЛОЕВ ДЕНТИНА ВПЛОТЬ ДО
КОРОНКОВОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА. ИМЕЕТ
ГЛАДКИЕ БЛЕСТЯЩИЕ ПОВЕРХНОСТИ С
РОВНЫМ КРАЕМ. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ
ВЫРАЖЕНА УМЕРЕННО.

*СРЕДНИЕ И ГЛУБОКИЕ ПОРАЖЕНИЯ
ОБЫЧНО*

*БЫВАЮТ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА*





ЛЕЧЕНИЕ

- В фазе обострения комплексная ремтерапия не менее 6 месяцев и должна включать 2 курса эндогенного лечения с интервалами в 3 месяца. Местно - удаление налета и чистка зубов фосфатсодержащими пастами, аппликации этими же пастами по 15 минут ежедневно.
- В фазе стабилизации такие курсы проводят 2 раза в год с интервалом в 6 месяцев.
- При глубоких дефектах более 3 мм, после комплексной реминерализующей терапии проводят пломбирование клиновидного дефекта с использованием в качестве подкладки стеклоиономерных цементов.



НЕКРОЗ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Некроз тканей зуба является тяжелым заболеванием, которое нередко приводит к полной потере зубов. Это поражение может быть вызвано как экзогенными, так и эндогенными причинами. К последним относят нарушение деятельности эндокринных желез, заболевания центральной нервной системы, хронические интоксикации организма или наследственные нарушения развития зубов.

Выделено несколько разновидностей некроза твердых тканей зуба.



РАДИАЦИОННЫЙ НЕКРОЗ

▣ ЭТИОЛОГИЯ

Радиационный некроз твёрдых тканей зубов возникает после воздействия ионизирующего излучения в связи с лечением злокачественных новообразований, действия профессиональных факторов.

▣ ПАТОГЕНЕЗ

До настоящего времени нет единого мнения о механизме и характере изменений в тканях зуба и полости рта в результате радиационного излучения. Одни исследователи относят лучевые поражения тканей зубов к некариозным. Другие считают, что после радиационного облучения активно развивается кариес зубов наряду с некариозными поражениями.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Проявления постлучевого поражения зубов и тканей полости рта достаточно характерны.

Прежде всего, практически у всех больных отмечают радиомукозит слизистой оболочки губ, щёк, языка, потерю или извращение вкусовых ощущений, выраженную ксеростомию и соответственно сухость в полости рта. Спустя 3–6 мес после лучевого воздействия эмаль зубов утрачивает характерный блеск, становится тусклой, серовато-блёклой. Наблюдают ломкость, стирание жевательной и вестибулярной поверхностей зубов.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

На этом фоне появляются участки некроза, вначале локальные, а затем по типу циркулярного поражения зубов. Обычно они тёмного цвета, заполнены рыхлой некротической массой, безболезненные. Отсутствие болевого симптома — характерная особенность радиационного поражения зубов. Постепенно участки некроза расширяются и захватывают значительную часть зуба. Удаление некротических масс из очага поражения, как правило, безболезненное, поэтому делать это надо осторожно.

Без радикальных лечебных мероприятий через 1–2 года поражёнными оказываются более 96% зубов.



ЛЕЧЕНИЕ

При поражении твёрдых тканей коронки зуба лечение проводят в несколько этапов. Вначале осторожно удаляют некротические массы из дефектов зубов вручную экскаватором, чтобы не внедриться в полость зуба, а затем вводят кальцифицирующую пасту, состоящую из равных частей порошка глицерофосфата кальция, оксида цинка и глицерина. Пасту накладывают тонким слоем на дно и стенки образовавшейся полости и закрывают временным пломбировочным материалом.



ЛЕЧЕНИЕ

Следующий этап отсроченного лечения зубов проводят через 1–1,5 мес. Он состоит в удалении нежизнеспособных, некротизированных тканей зуба до минерализованного участка дентина или эмали, после чего вновь накладывают кальцифицирующую пасту и пломбируют зубы стеклоиономерными цементами.

При более глубоких поражениях устраняют имеющиеся некротические дефекты стеклоиономерными цементами и через 3–4 мес, если этого требует косметическая реставрация передних зубов, часть стеклоиономера удаляют, а сверху накладывают композитный пломбировочный материал.



КОМПЬЮТЕРНЫЙ НЕКРОЗ

Впервые описан Ю.А. Фёдоровым в 1997 г. как некроз твёрдых тканей зубов, возникающий у работающих с компьютерами.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Современные компьютеры с мониторами, как и цветные телевизоры, отличаются мягким ионизирующим излучением, создают особое электромагнитное поле, оказывают электростатическое действие и весьма активно влияют на состояние резистентности организма.



НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЭТИХ КЛЕТОК И ДРУГИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПУЛЬПЫ, ТАК И С НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРОНИКАЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА БЕЛКОВЫЕ СТРУКТУРЫ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА. ВАЖНЫМ НЕГАТИВНЫМ ФАКТОРОМ СЛУЖИТ ТАКЖЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ И СООТВЕТСТВЕННО ПРОЦЕССОВ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ. БУФЕРНОЙ ЕМКОСТИ МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ НЕДОСТАТОЧНО ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА, ОСОБЕННО ПРИ ДЕФИЦИТЕ АНТИОКСИДАНТОВ В ОРГАНИЗМЕ.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Характерны системность, множественность и обширность поражения тканей зуба. Очаги некроза охватывают значительную или даже большую часть коронок зубов, прежде всего атипичной для кариеса поверхности, их пришеечной части и корней.



**ЦВЕТ, ЗАПОЛНЕННЫМИ РАЗМЯГЧЁННОЙ
МАССОЙ ТКАНЕЙ ЗУБА ТАКОГО ЖЕ
ИЛИ ГРЯЗНО-КОРИЧНЕВОГО ЦВЕТА.**

**ОНИ ЛЕГКО УДАЛЯЮТСЯ
ЭКСКАВАТОРОМ, КАК ПРАВИЛО,
БЕЗБОЛЕЗНЕННЫ.**

**НЕПОВРЕЖДЁННЫЕ УЧАСТКИ
МУТНО-БЕЛОГО ИЛИ СЕРОВАТО-
БЕЛОГО ЦВЕТА, БЕЗ ЖИВОГО
БЛЕСКА. БОЛЬНЫЕ ОТМЕЧАЮТ
СЛАБУЮ ГИПЕРЕСТЕЗИЮ ЛИШЬ
ВНАЧАЛЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА.**



ЛЕЧЕНИЕ

**ОБЩЕЕ И МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ ТЕРАПИИ
РАДИАЦИОННОГО НЕКРОЗА.
В КАЧЕСТВЕ ПОСТОЯННЫХ
ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ
СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ
ЦЕМЕНТЫ**



КИСЛОТНЫЙ НЕКРОЗ ЗУБОВ

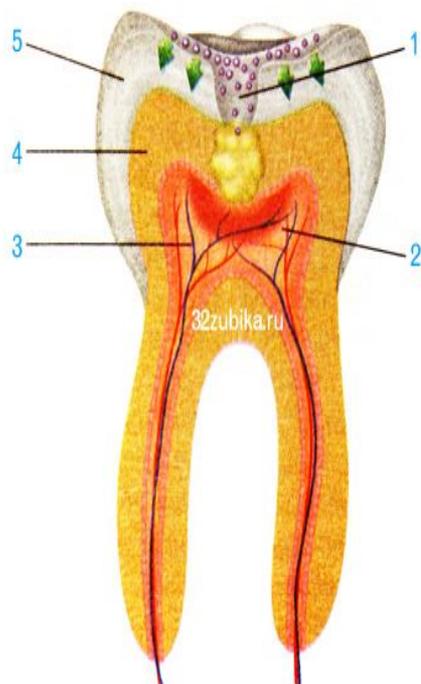
Кислотный (химический) некроз зубов — результат местных воздействий.

Возникновение указанной патологии связывают с непосредственным воздействием профессиональных вредностей на эмаль зуба. В цехах таких производств скапливаются пары неорганических кислот, которые, попадая в полость рта, растворяются в слюне. Последняя приобретает кислую реакцию и декальцинирует твёрдые ткани зуба.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Одними из первых клинических признаков кислотного некроза выступают чувство оскомины, повышенная чувствительность к температурным и механическим раздражителям. Иногда появляется ощущение прилипания зубов при их смыкании. Прогрессирование химического некроза твёрдых тканей зуба приводит к изменению внешнего вида эмали зубов фронтальной группы: она становится матовой и шероховатой. Иногда эмаль приобретает грязно-серый оттенок или тёмную пигментацию. Резко выражено стирание тканей зубов.



ЛЕЧЕНИЕ

При начальных формах – ограничить или устранить действие на зубы химического агента, провести комплексную реминера-лизирующую терапию в течение 3-6 месяцев. Курсы повторять через каждые 3 месяца.

При значительных дефектах тканей после комплексной реминерализующей терапии проводят восстановительное лечение с использованием стеклоиономерных цементах. При значительном снижении высоты прикуса рекомендуется рациональное протезирование



ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ

I. Ушиб зуба (без повреждения или с повреждением сосудисто-нервного пучка).

II. Вывих зуба: неполный (без повреждения или с повреждением сосудисто-нервного пучка);

III. Перелом коронки зуба:

а) в пределах эмали,

б) в пределах эмали и дентина без вскрытия или со вскрытием полости зуба;

в) шейки зуба:

г) корня зуба с разрывом или без разрыва пульпы в месте перелома

IV. Комбинированная травма.

V. Травма зачатка зуба.





ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

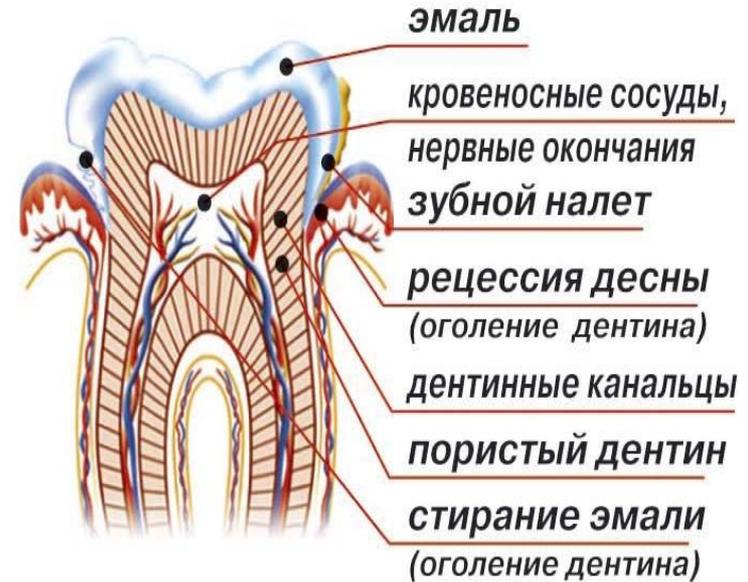
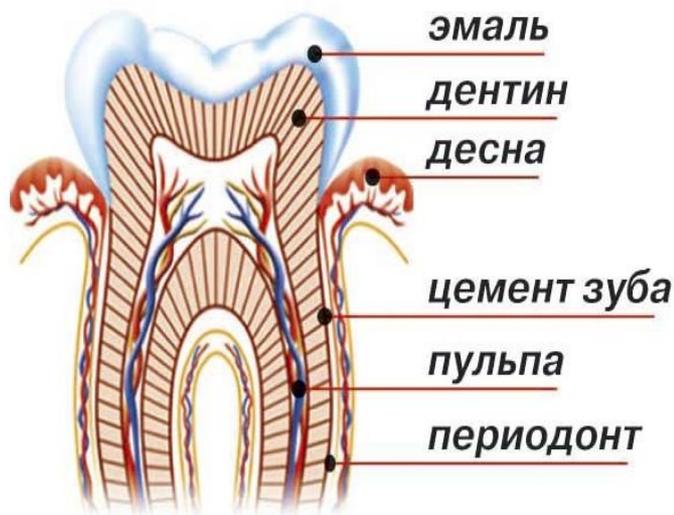
Термином «гиперестезия» принято обозначать повышенную болевую чувствительность твердых тканей зуба к действию температурных, химических и механических раздражителей. Интенсивность болевых ощущений может быть разной – от незначительного дискомфорта до затрудненного приема пищи и привычной гигиены полости рта, что является наиболее частой причиной обращения к стоматологу.



ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЧАСТО СОН СВЯЗАН
ЗАБОЛЕВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ,
СВЯЗАННЫЕ С ИХ ПОТЕРЕЙ (КАРИЕС И ЕГО
ОСЛОЖНЕНИЯ, ЭРОЗИЯ, КЛИНОВИДНЫЕ
ДЕФЕКТЫ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ
СТИРАЕМОСТЬ И ПР.). ИНОГДА ОНА МОЖЕТ
ПРОЯВЛЯТЬСЯ БЕЗ ВИДИМЫХ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЗУБАХ.
ТАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ
ЛУКОМСКИЙ И.Г. НАЗЫВАЛ
«ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ЭМАЛИ». БОЛЬШИНСТВО УЧЕНЫХ
СВЯЗЫВАЮТ ТАКУЮ ГИПЕРЕСТЕЗИЮ С
ОБЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ОРГАНИЗМЕ.



ПРИЧИНЫ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ



- **неправильная чистка зубов, жесткая щетка**
- **высокоабразивная паста**
- **заболевания десны: кровоточивость, воспаление**
- **хирургическое вмешательство**
- **отбеливание зубов**





▣ **41% населения Казахстана страдает от повышенной чувствительности зубов***

▣ **87% обращаются за советом к стоматологу ***

▣ **29% пациентов обращаются за советом к провизору ***



КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ

I степень: ткани зуба реагируют болью разной интенсивности на температурные раздражители;

II степень: ткани зуба реагируют болью разной интенсивности на температурные и химические (сладкое, кислое, соленое, горькое) раздражители;

III степень: ткани зуба реагируют болью разной интенсивности на все виды раздражителей, включая тактильные



В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ?



ЛЕЧЕНИЕ

При выборе оптимального метода лечения гиперестезии зубов необходимо учитывать причины появления этого симптома, его распространенность и выраженность. Большое значение придается применению средств индивидуального пользования — ополаскивателям, зубным пастам



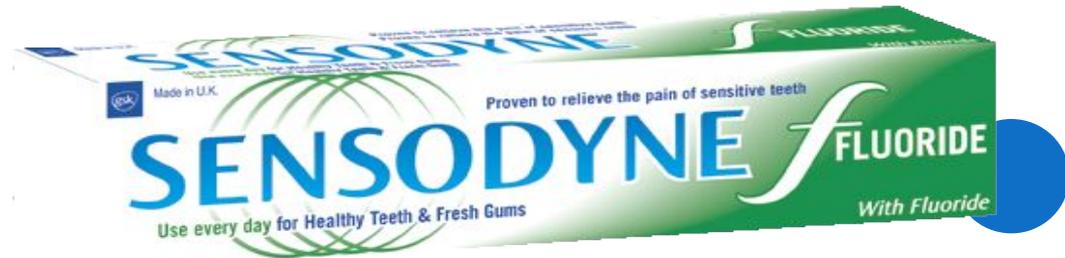
**ПРЕОТИБОСЕНСИТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ,
ЧТО СВЯЗАНО С ВВЕДЕНИЕМ В ИХ
СОСТАВ СОЛЕЙ КАЛИЯ (НИТРАТА,
ЦИТРАТА И ХЛОРИДА), ФТОРИДОВ И
СТРОНЦИЯ. К ПАСТАМ ТАКОГО
ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ “SENSODYN
TOTAL CARE”, “SENSODYN
FLUORIDE”, “COLDATE SENSITIVE
PROFESSIONAL” И ДР.**

**ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ
СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ
РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ПАСТЫ
«ФТОРОДЕНТ», «ЧЕБУРАШКА»,
«ЖЕМЧУГ», «РЕМОДЕНТ» И ДР.**



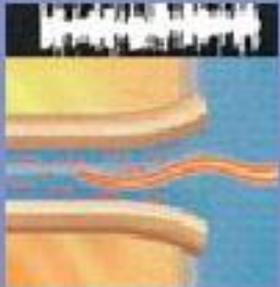
СЕНСОДИН - ЭФФЕКТИВЕН БЛАГОДАРЯ СОСТАВУ

- Хлорид калия (3,75%) - восстанавливает калий-натриевый баланс, эффективно нейтрализует болезненные ощущения
- Цитрат цинка – эффективно устраняет зубной налет
- Фторид натрия (1400 ppm) – нейтрализует болезненные ощущения (накапливается в дентинных канальцах)
- Кокаmidопропилбетаин – натуральный пенообразователь

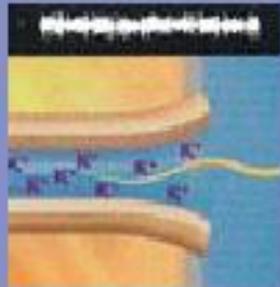


МЕХАНИЗМ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

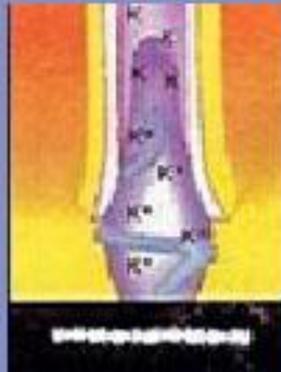
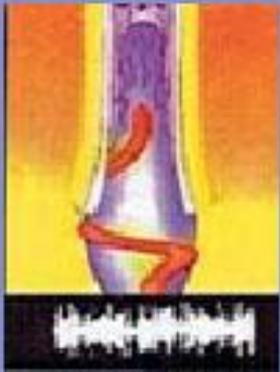
Действие



до



после



Канальцы получают 'импульс' или
"обволакиваются" ионами калия
во время чистки зубов

- Хлорид калия: нейтрализует болезненные ощущения
- Увеличивает концентрацию ионов калия, обволакивая нервное волокно ($K^+ \setminus Na$), препятствует проведению болевого импульса
- Постоянное ежедневное применение обеспечивает надежную защиту



СЛОТОВЫ И ПАНУСЫ АППЛИКАТ С 10%
РАСТВОРОМ ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ ИЛИ
РАСТВОР РЕМОДЕНТА НА 5-7 МИНУТ, НА КУРС
12-15 ПРОЦЕДУР. ВО ВРЕМЯ КАЖДОГО
ТРЕТЬЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПОСЛЕ АППЛИКАЦИИ
РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ЖИДКОСТИ
ПОВЕРХНОСТЬ ЗУБА ОБРАБАТЫВАЮТ 1-2%
РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ. ВНУТРЬ
НАЗНАЧАЕТСЯ ГЛЮКОНАТ КАЛЬЦИЯ ПО 0.5Г. 3
РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ

ИСКЛЮЧИТЬ ИЛИ ОГРАНИЧИТЬ ПРИЕМ КИСЛЫХ
СОКОВ.

НЕ ИСКЛЮЧЕНЫ РЕЦИДИВЫ ГИПЕРЕСТЕЗИИ. В
ТАКИХ СЛУЧАЯХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
ПОЛНОСТЬЮ ПОВТОРИТЬ КУРС ЛЕЧЕНИЯ. ●

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

