

Полтавський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології

НЕКАРІОЗНІ УРАЖЕННЯ ЗУБІВ

Доцент ПАВЛЕНКО С.А.

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Класифікація некаріозних уражень
2. Гіпоплазія емалі – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
3. Гіперплазія емалі.
4. Ендемічний флюороз – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
5. Спадкові ураження твердих тканин зуба.
6. Гіперестезія – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
7. Клиноподібний дефект – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
8. Ерозія твердих тканин зуба – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
9. Некроз твердих тканин зуба – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
10. Травми зубів – етіологія, патогенез, класифікація, клініка, диф.діагностика, лікування.
11. Рекомендована література

КЛАСИФІКАЦІЯ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ

(В.К.ПАТРИКЕЄВ, 1968)

- ***I. Ураження зубів, які виникають у період фолікулярного розвитку їх тканин, тобто до прорізування зубів:***
 - Гіпоплазія емалі;
 - Гіперплазія емалі;
 - Ендемічний флюороз;
 - Аномалія розвитку та прорізування зубів, зміна їх кольору;
 - Спадкові порушення зубів.
- ***II. Ураження зубів, які виникають після їх прорізування:***
 - Пігментація зубів і нальоти;
 - Стирання твердих тканин;
 - Клиноподібний дефект;
 - Ерозія зубів;
 - Некроз твердих тканин зубів;
 - Травма зубів;
 - Гіперестезія зубів.

ГІПОПЛАЗІЯ ЕМАЛІ

порушення розвитку емалі, що характеризується її недостатнім формуванням та мінералізацією і проявляється у вигляді плям або дефектів на поверхні емалі, які мають незворотній перебіг і лишаються на зубах на все життя

ВИДИ ГІПОПЛАЗІЇ

1. СИСТЕМНА ГІПОПЛАЗІЯ



2. ВОГНИЩЕВА ГІПОПЛАЗІЯ



3. МІСЦЕВА ГІПОПЛАЗІЯ



ВИДИ ГІПОПЛАЗІЇ

СИСТЕМНА ГІПОПЛАЗІЯ – характеризується ураженням всіх зубів, або групи зубів, яка формується в один проміжок часу. Частіше розвивається у дітей в перші 9 місяців після народження. Виникає через загальні причини:

- *Призначення антибіотиків, які пригнічують функцію амелобластів, дітям першого року життя;*
- *Хвороби ендокринної системи;*
- *Хвороби центральної нервової системи;*
- *Рахіт;*
- *Гострі інфекційні захворювання;*
- *Важка форма диспепсії.*

ФОРМИ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ

ЗМІНА КОЛЬОРУ ЕМАЛІ



ПЛЯМИ, РІЗНІ ЗА ФОРМОЮ, СИМЕТРИЧНО РОЗТАШОВАНІ НА ОДНОЙМЕННИХ ЗУБАХ, ОДНАКОВОЇ ФОРМИ ТА ВЕЛИЧИНИ З ЧІТКИМИ МЕЖАМИ, БІЛОГО АБО ЖОВТОГО КОЛЬОРУ, ЛОКАЛІЗУЮТЬСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНІЙ ПОВЕРХНІ

ФОРМИ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ

НЕДОСТАТНІЙ РОЗВИТОК ЕМАЛІ

*Крапкова
гіпоплазія*

*Борозенчаста
гіпоплазія*

*Хвиляста
гіпоплазія*



ФОРМИ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ

ПОВНА ВІДСУТНІСТЬ ЕМАЛІ (АПЛАЗІЯ)



СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ЗАГЛИБЛЕННЯ, В ЯКОМУ ВИДНО ДЕНТИН. ПАЦІЄНТА ТУРБУЮТЬ БОЛЬОВІ ВІДЧУТТЯ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ВІД ДІЇ ТЕРМІЧНИХ ТА ХІМІЧНИХ ПОДРАЗНИКІВ

РІЗНОВИДИ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ

ЗУБИ ГЕТЧИНСОНА

Уражаються верхні центральні різці. Мають півмісяцеву вирізку на ріжучому краї.



ЗУБИ ПФЛЮГЕРА

Уражаються перші моляри. Жувальні горбики мають гострі верхівки, коронка ширша біля шийки. Причина розвитку: вроджений сифіліс.



ЗУБИ ФУРНЬЄ

Мають бочкоподібну форму, без півмісяцевої вирізки. Причина розвитку: вроджений сифіліс.



ВОГНИЩЕВА ГІПОПЛАЗІЯ

ФАНТОМНІ ЗУБИ, НЕЗАВЕРШЕНИЙ ОДОНТОГЕНЕЗ, ВОГНИЩЕВА ОДОНТОДИСПЛАЗІЯ

Досить рідко зустрічається. Уражуються декілька зубів, які формуються в один проміжок часу. Характерно: ураження різців, ікол або постійних молярів, рідше – уражуються всі зуби однієї половини щелепи.

Зуби мають зменшений розмір, потоншену і недорозвинену емаль, жовтуватого кольору та шорохувату поверхню. Колір зубів з часом темнішає.



МІСЦЕВА ГІПОПЛАЗІЯ

Характерне ураження одного зуба. Частіше виявляється на премолярах .

Причина розвитку: травма зачатка постійного зуба під час ендодонтичного лікування молочних молярів, різців, запальний процес верхівкового періодонту молочного зуба, остеомієліт.



ЛІКУВАННЯ ГІПОПЛАЗІЇ

МІСЦЕВЕ:

- Відбілювання плям та проведення РЕМ-терапії;
- Зішліфовування плям та покриття ділянок препаратами фтору;
- Відновлення анатомічної форми зуба композитними матеріалами.
- Відновлення анатомічної форми зубів ортопедичними коронками.

ЗАГАЛЬНЕ:

- Прийом гліцерофосфату кальцію;
- Прийом антиоксидантів та мікроелементів;
- Прийом полівітамінів

В комплексному лікуванні: місцево – електрофорез гліцерофосфату кальцію 3 рази на рік.

ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕМАЛІ

(ЕМАЛЕВІ КРАПЛИНИ, ПЕРЛИНИ)

Має місце надлишкове утворення тканини зуба під час його розвитку.

Локалізуються на контактних поверхнях премолярів та молярів в області шийки зуба. Зустрічаються в області біфуркації коренів молярів на межі емалі з цементом. Клінічно не проявляються.



ФЛЮОРОЗ

Є різновидом системної гіпоплазії, яка розвивається внаслідок порушень мінерального обміну і виникає при надлишковому надходженні в організм фтору.

Поширеність флюорозу серед населення і важкість ураження залежить від концентрації фтору у питній воді.

*Оптимальний вміст фтору у питній воді – 0,7-1-3 мг/л,
допустима концентрація фтору у питній воді – 1,5 мг/л*

ФЛЮОРОЗ

КЛАСИФІКАЦІЯ В.К.ПАТРИКЕЄВА

1 група – дисплазія – ураження зубів без втрати тканин зуба

- штрихова форма;
- плямиста форма;
- крейджано-крапчаста форма.

2 група – гіпоплазія – ураження з втратою тканин зуба

- крейджано-крапчаста форма;
- ерозивна форма;
- деформуюча форма.



ФЛЮОРОЗ

КЛАСИФІКАЦІЯ А.К.НІКОЛІШИНА (1989)

- **I. Легкий ступінь** – емаль є гідроксифторапатитом, стійкою сполукою, яка не змінює своїх клінічних проявів упродовж життя хворого.
- **II. Середній ступінь** – супроводжується фрагментарним утворенням фториду кальцію. Зуби прорізуються найчастіше незабарвленими, а в міру мінералізації емалі через деякий час відбувається фрагментарне (за зонами мінералізації) забарвлення емалі від світлого до темно-коричневого кольору.
- **III. Важкий ступінь** — супроводжується утворенням добре вираженого шару фториду кальцію. Така емаль за характеристиками різко відрізняється від емалі з високим вмістом гідроксифторапатиту.

ФЛЮОРОЗ



ЛІКУВАННЯ ФЛЮОРОЗУ

1. **Легкий ступінь** флюорозу без косметичних уражень емалі лікування не потребує.
2. **Штрихова, плямиста, крейдоподібно-крапкова** форми флюорозу без деструкції емалі лікують, застосовуючи ремінералізуючу терапію протягом 6 місяців впродовж 2 років .
3. **Плямисту форму** флюорозу за умови локалізації плям на вестибулярних поверхнях фронтальних зубів та з інтенсивною зміною кольору емалі лікують методом відбілювання з подальшою ремінералізуючою терапією.
4. **За наявності пігментації, деструкції** емалі спочатку проводять рем.терапію, потім відбілювання та поліровку поверхонь зубів (А.К.Ніколішин, 1992).
5. **Ерозивна та деструктивна форма** флюорозу – лікування проводять застосовуючи композитні матеріали для відновлення анатомічної форми зубів, але після проведення рем.терапії.
6. **При значному руйнуванні** коронок зубів – проводиться ортопедичне лікування.

ГІПЕРЕСТЕЗІЯ

Підвищена чутливість зубів до дії різних подразників – температурних, хімічних механічних.

Біль виникає в результаті оголення дентину та контакту його нервових рецепторів з зовнішнім середовищем при:

- оголенні шийок зубів;
- оголенні цементу кореня зуба;
- патологічному стиранні емалі, дентину;
- ерозії емалі;
- клиноподібному дефекті;
- травмі;
- порушенні процесів демінералізації та мінералізації.

ГІПЕРЕСТЕЗІЯ

МІСЦЕВА – виникає від дії місцевих подразників;

СИСТЕМНА (генералізована) – виникає при нервово-психічних, ендокринних, інфекційних захворюваннях, при порушенні обміну речовин, при захворюванні шлунково-кишкового тракту.

ГІПЕРЕСТЕЗІЯ

Класифікація гіперестезії (Федоров Ю.А., 1981)

I. За поширеністю:

- обмежена форма;
- генералізована форма.

II. За походженням:

- гіперестезія дентину, яка пов'язана з втратою твердих тканин зуба;
- гіперестезія дентину, не пов'язана з втратою твердих тканин зуба;

III. За клінічним перебігом:

- 1 ступінь – зуб реагує на холод та тепло, ЕОД – 5-8 мкА;
- 2 ступінь – зуб реагує на температурні та хімічні (солоне, солодке, кисле, гірке), ЕОД – 3-5 мкА;
- 3 ступінь – зуб реагує на всі види подразників (включаючи механічні), ЕОД – 1,5-3,5 мкА.

ГІПЕРЕСТЕЗІЯ

ЛІКУВАННЯ переважно місцеве та обов'язково комплексне.

Засоби для місцевого лікування гіперестезії можна розділити на групи:

1. Припікаючі – 30% р-н нітрату срібла, 10% р-н хлориду цинку.
2. Засоби зневоднювальної дії – до їх складу входять луги (гідрокарбонат, карбонат натрію, хлорид натрію, хлорид магнію).
3. Засоби біологічної дії – 1% р-н фториду натрію, фторлак, хлорид стронцію, препарати кальцію.
4. Анестетики та анальгетики – 2-5% р-н дікаїну, лідокаїну, анестезину в гліцерині, 4-20% р-н прополісу в спирті.
5. Адгезивні системи.

КЛИНОПОДІБНИЙ ДЕФЕКТ

Некаріозне ураження зубів, яке локалізується в пришийковій ділянці будь-якої групи зубів.



КЛІНІЧНО проявляється у вигляді клина, вершина якого спрямована до пульпової камери. Дефект має дві стінки – приемалеву, що розташована паралельно ріжучому краю зуба та приясеневу, яка розташована під нахилом та утворює з приемалевою стінкою гострий кут.

Стінки при зондуванні гладкі, щільні, в кольорі не змінені. Може відчуватися чутливість від механічних подразників.



КЛИНОПОДІБНИЙ ДЕФЕКТ

Лікування клиноподібного дефекту як місцеве так і загальне.

Місцеве: якщо глибина дефекту перевищує 2 мм необхідно проводити його відновлення композитними матеріалами, але після курсу рем.терапії. В подальшому при збільшенні глибини дефекту – ортопедичне лікування.

Місцево призначають електрофорез глюконату або гліцєрофосфату кальцію, аплікації фторвмісних препаратів, Ремодент.

Загальне: 3 рази на добу гліцєрофосфат кальцію по 0,5 мг, 2-3 рази “Філотон”, “Кламін”, По 30 крапель за 15 хв. до їжі, полівітаміни “Квадевіт”, “Комплевīt” по 2-3 драже щодня після сніданку.



КЛИНОПОДІБНИЙ ДЕФЕКТ ЛІКУВАННЯ

- Загальне лікування включає в себе призначення всередину вітамінів, мікроелементів, щоб мінералізувати емаль та зняти гіперестезію.
- Призначають 3 рази на добу гліцєрофосфат кальцію по 0,5 мг, 2-3 рази «Кламін» і «Філотон» по 30 крапель за 15 хв. до їди, полівітаміни «Комплевіт», «Квадевіт» по 2-3 табл. Щодня після сніданку.
- Місцеве лікування проводиться у вигляді електрофорезу глюконату або гліцєрофосфату кальцію, аплікаціями фторвмісних препаратів щоденно в період лікування.
- Місцеве лікування клиноподібних дефектів, глибина яких перевищує 2 мм проводять методом пломбування композитними матеріалами, але після курсу місцевої ремінералізуючої терапії.
- При небезпеці відлому коронки зуба при глибокому клиноподібному дефекті рекомендовано покривати зуби штучними коронками.
- Щоб клиноподібні дефекти не прогресували, рекомендовано пацієнтам використовувати м'яку зубну щітку та чистити зуби у вертикальному напрямку, використовуючи зубні пасту, які містять гліцєрофосфат кальцію.

ЕРОЗІЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

ПРОГРЕСУЮЧА ВТРАТА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА (ЕМАЛІ ТА ДЕНТИНУ) З НЕВІЯСНЕНОЮ ЕТІОЛОГІЄЮ

Причини виникнення:

1. Механічні (зубна щітка, зубний порошок); хімічні (надмірне вживання цитрусових);
2. Захворювання: подагра, ендокринні порушення (гіперфункція щитоподібної залози), нервово-психічні захворювання, часта блювота при булемії, вагітності, алкоголізмі.



ЕРОЗІЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

*Стадії розвитку ерозії
(Е.В. Боровський, 1987)*

1. Початкова – ерозія емалі;



2. Виражена – ерозія дентину.



*Від глибини ураження
(М.Ю.Максимовський, 1981)*

- I (початковий) ступінь



- II (середній ступінь)



- III (глибокий) ступінь



ЕРОЗІЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

Клінічно: симетричне розташування на різцях верхньої щелепи, на іклах та премолярах верхньої і нижньої щелепи. Ерозія має вигляд дефекту овальної форми, який розміщений на випуклих поверхнях зуба. Дно ерозії гладке, щільне лискуче, зондування чутливе, але зонд ковзає по поверхні. Ерозія не фарбується метиленовим синім.



ЕРОЗІЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

ЛІКУВАННЯ

Комплексне лікування ерозії – загальна терапія, яка включає призначення всередину препаратів кальцію і фосфору, вітамінів і мікроелементів.

Якщо стабілізована форма **ерозії змінює колір** - необхідно провести вибілювання (депігментацію), використовуючи абразивну пасту, яка містить 1,23% фтору, а в 2 наступні відвідування покриття поверхні ерозії фтор-гелем або фтор-лаком (Ю.М.Максимовський).

- При **активному перебігу ерозії (за Максимовським Ю.М., (1981))** – необхідно стабілізувати процес за допомогою додаткової мінералізації за допомогою аплікації або електрофорезу препаратами кальцію за схемою: впродовж 3-4 днів на поверхню ерозії накладають щоденно пасту з чистого гліцерофосфату кальцію на 15-20 хвилин. Після цього в три наступні відвідування на ерозію накладають на 2-3 хвилини фтор-гель в 0,1М розчині ортофосфорної кислоти. Завершують лікування покриттям поверхні ерозії фтор лаком.
- **Боровський Є.В. та Леус П.А. (1978)** :ремінералізуюча терапія 10% р-м глюконат кальцію і 2% р-м фториду натрію. Проводять 15-20 сеансів. Глюконат кальцію вводять за допомогою електрофорезу, а після цього на поверхню ерозії накладають ватний шарик, змочений в 2% розчині фториду натрію (курс 10-15 процедур).
- Якщо **ерозія має достатньо великі розміри**: проводять відновлення дефекту композитними пломбувальними матеріалами, але лише після курсу ремінералізуючої терапії.
- Пацієнтам необхідно рекомендувати відмовитися від вживання citrusових, кислих продуктів. Рекомендувати посилену гігієну порожнини рота, але чистити зуби м'якою зубною щіткою з використанням зубної пасти, яка містить гліцерофосфат кальцію та фтор.

НЕКРОЗ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

ПРОГРЕСУЮЧА ФОРМА НЕКАРІОЗНОГО УРАЖЕННЯ, ЯКА ПРИЗВОДИТЬ ДО ПОВНОЇ ВТРАТИ ЗУБА ТА РОЗВИВАЄТЬСЯ ПІД ДІЄЮ НЕМІКРОБНИХ ЧИННИКІВ:

ЕКЗОГЕННІ ЧИННИКИ: кислоти, опромінення, радіація

ЕНДОГЕННІ ЧИННИКИ: порушення діяльності ендокринних залоз (гіпертиреоз), захворювання ЦНС, хронічна інтоксикація організму, спадкові порушення розвитку зубів.

ВИДИ НЕКРОЗУ:

1. Пришийковий;
2. Кислотний (хімічний);
3. Променеий;
4. Комп'ютерний.



НЕКРОЗ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

Пришийковий некроз

Розвивається при порушенні роботи щитоподібної залози - гіпертиреозі

Клінічно: з'являється крейдоподібна пляма, розмір якої збільшується, емаль втрачає блиск, стає матовою, шорсткою. Емаль "зісковзує" з поверхні дентину, дуже крихка. Відмічається гіперестезія до всіх



НЕКРОЗ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

Кислотний (хімічний) некроз

Розвивається у людей, які працюють на виробництві неорганічних кислот (сірчаної, азотної, хлористої), в цехах з високою концентрацією випарів цих кислот;

Розвивається у пацієнтів, які хворіють на ахілічний гастрит та вимушені вживати 10% р-н хлористоводневої кислоти.



НЕКРОЗ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

Комп'ютерний некроз

Розвивається у пацієнтів за умови порушень правил роботи за комп'ютером (більше 8-10 годин на день) впродовж 3-5 років.

Клінічно: локалізація уражень на карієс імунних зонах; в пришийкових ділянках; ураження темно-коричневого кольору, майже чорного, не уражені ділянки мають мутний сіруватий колір без живого блиску; відмічається незначна гіперестезія та гіпосалівація (ксеростомія).



Диференційна діагностика некаріозних уражень, які виникають до прорізування зубів

Клінічні ознаки	Легкі та дуже легкі форми флюорозу	Плямиста форма гіоплазії	Карієс в стадії плями
Етіологія	Надмірне надходження фтору	Порушення мінерального обміну внаслідок перенесених захворювань	Карієсогенні фактори (місцеві та загального характеру)
Час виникнення	До прорізування зубів	До прорізування зубів	Після прорізування зубів
Локалізація	Губна, язикова поверхня, горбики, ріжучий край	Губна, язикова поверхня, горбики, ріжучий край	Жувальні, контактні, пришийкові ділянки (відповідно класу за Блекум), поодинокі
Вигляд ураження	Перлинно-білі плями, блискучі, симетрично розташовані, без чітких контурів, при зондуванні - гладкі, зондування безболісне,	Світлі, блискучі, у вигляді ланцюжка, з чіткими контурами, щільні при зондуванні, зондування безболісне	Світлі, крейдо подібні, матові при висушуванні, без блиску, зондування чутливе, поверхня шорстка, плями з чітким контуром, реагує на термічні подразники
Динаміка розвитку ураження	Плями відносно стійкі, можливе зменшення або зникнення (при зміні місця проживання чи лікуванні)	Плями не зникають і не прогресують	Прогресує з утворенням каріозної порожнини
Вітальне фарбування	Не фарбуються метиленовим синім	Не фарбуються метиленовим синім	Фарбуються метиленовим синім
Люмінесцентна діагностика	Флюоресціюють світло-блакитним світінням	Флюоресціюють світло-жовтим світінням	Відмічається гасіння флуоресценції

Диференційна діагностика некаріозних уражень, які виникають після прорізування зубів

Клінічні ознаки	Клиноподібний дефект	Ерозія емалі	Некроз емалі	Карієс (середній, глибокий)
Етіологія	Механічні фактори (горизонтальне чищення зубів зубною щіткою з та паст з високим сткпнем абразивності); бруксизм; порушення обміну речовин, структурні зміни в емалі; при захворюваннях ШКТ, тканин пародонту	Механічний вплив (зубна щітка, порошок), дія кислот (лимонна, оцтова, яблучна); гіперфункція щитоподібної залози; гіпофункція паращитоподібних залоз;; часте вживання цитрусових;	Гіпертиреоз; Тиреотоксикоз; Дія парів органічних та неорганічних кислот; Вплив іонізуючого випромінювання («комп'ютерний некроз»)	Карієсогенні фактори (місцеві та загального характеру)
Час виникнення	Після прорізування зубів у пацієнтів середнього віку та старшого; тривалість розвитку – 20-25 років і більше	Після прорізування зубів у пацієнтів середнього віку; тривалість розвитку – 10-15 років	Після прорізування зубів	Після прорізування зубів: гострий карієс – 2-6 місяців; хронічний карієс – 6-12 місяців від появи перших проявів
Локалізація	Переважаю на іклах, пре молярах верхньої та нижньої щелепи, рідше на різцях і моляра. В ділянці шийки зуба. Не поширюється на вестибулярну поверхню коронки; множинні та симетричні	Симетричне розташування на найбільш випуклій частині вестибулярної поверхні фронтальних зубів (різці верхньої щелепи), а також ікла і премолариверхньої та нижньої щелепи; – в зоні екватора зуба; Не зустрічається на різцях нижньої щелепи, молярах	Вестибулярні поверхні в ділянці шийки різців, ікол, премоларів, молярів.	Жувальні, контактні, пришийкові ділянки (відповідно класу за Блеком), поодинокі
Вигляд ураження	Має дві стінки: при емалева та при ясенева. Дефект у формі клину,верхівка якого спрямована до пудь пової камери. Стінки дефекту щільні, блискучі, гіпермінералізовані	Ділянки з твердою, блискучою поверхнею овальної або круглої форми; дефект має блюдцепдібну форму зі щільним блискучим дном в межах емалі (пізніше і в межах дентину)	Втрата блиску емалі, поступове утворення крейдоподібних плям на багатьох зубах, які стають коричневими	Залежно від форми карієсу: гострий чи хронічний, середній чи глибокий: каріозна порожнина з вузьким або широким вхідним отвором, в межах плащового або колопультарного дентину; дентин розм'якшений або щільний; дентин світлий або пігментований; Зондування безболісне, чутливе по дну чи по стінкам каріозної порожнини

Диференційна діагностика некаріозних уражень, які виникають до прорізування зубів (продовження)

Клінічні ознаки	Клиноподібний дефект	Ерозія емалі	Некроз емалі	Карієс (середній, глибокий)
Динаміка розвитку ураження	З часом дефект поглиблюється, може досягти пульпової камери	З віком дефект розширюється на здорову емаль та поглиблюється. Можливе ураження ерозією цементу та дентину кореня зуба	Починається з пиширкової ділянки, емаль стає шорсткою. Потоншується, «сповзає», оголюючи дентин, дефект набуває жолобуватої форми. Відчуття «злипання» зубів при стисканні	Прогресує
Скарги	Відчуття гіперестезії, косметичний дефект	Відчуття гіперестезії, косметичний дефект	Гострий біль від термічних, механічних і хімічних подразників, швидко минає після їх усунення	Гострий біль від хімічних, термічних подразників, що минає відразу після усунення подразника (при гострому карієсі); наявність каріозної порожнини, затримка їжі; косметичний дефект
Вітальне фарбування	Не фарбуються метиленовим синім	Не фарбуються метиленовим синім	Не фарбуються метиленовим синім	Під час лікування проводиться карієс-маркування де мінералізованого дентину каріозної порожнини

ТРАВМА

Класифікація гострої травми зубів за Чуприкіною (1985).

I. Травма зуба (без ушкодження чи з ушкодженням судинно-нервового пучка).

II. Вивих зуба:

1. Неповний (без ушкодження чи з ушкодженням судинно-нервового пучка).

- а) зі зсувом коронки у бік оклюзійної поверхні;
- б) зі зсувом коронки у бік переддвер'я порожнини рота;
- в) зі зсувом коронки у бік сусіднього зуба;
- г) зі зсувом коронки в піднебінну сторону;
- д) з поворотом навколо осі;
- е) комбінований;

2. Вколючений вивих.

3. Повний вивих.

III. Перелом:

1. Коронки зуба:

- а) у зоні емалі;
- б) у зоні емалі і дентину без розкриття чи з розкриттям порожнини зуба;

2. Шийки зуба.

- а) вище дна зубоясневої борозенки;
- б) нижче дна зубоясневої борозенки.

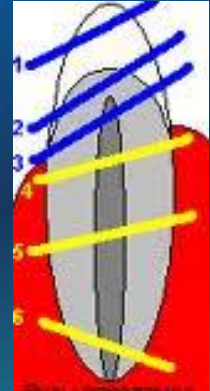
3. Кореня зуба:

а) з розривом чи без розриву пульпи в місці перелому (без зсуву чи зі зсувом уламків):

- поперечний;
- косий;
- подовжній;
- осколковий;
- у пришийковій ділянці;
- верхівковій і середній частинах зуба.

IV. Комбінована травма.

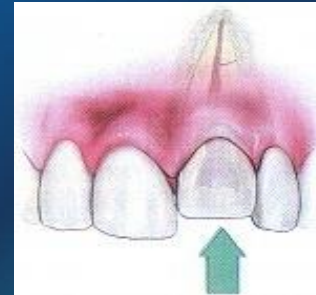
V. Травма зачатка зуба.



Гостра травма

Вивих або вколочування зуба

- Повний;
- Неповний;
- Вколочений;
- Ізольований;
- Сполучений з переломом кореня



Виникає при боковому або вертикальному напрямку сили, що травмує. Може відбуватися з розривом чи без розриву судинно-нервового пучка.



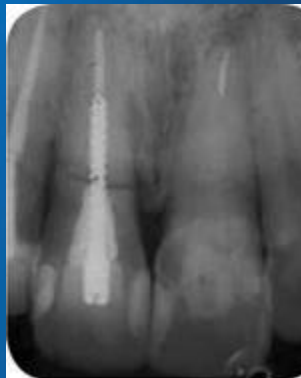
Гостра травма

Перелом зуба

- Злам частини чи всієї коронки зуба;



- Перелом кореня зуба (вертикальний, горизонтальний)



Гостра травма

Вертикальний перелом



Повний перелом
(втрата зуба)



Розкол зуба



Комбінований
перелом



Перелом
коронки з оголенням
пульпи зуба



ХРОНІЧНА ТРАВМА

Причина розвитку: шкідливі звички, професійні фактори



Рекомендована література

- **Основна:**
- Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 3. – К.: Медицина, 2008. – 616 с.
- Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Фантомний курс / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.] / За редакцією А.В. Борисенка. – Т 1. – К.: Медицина, 2009. – 400 с.
- Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.
- Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.1. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 392 с.
- Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2 – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

- Додаткова:
- Грохольский А.П. Назубные отложения: их влияние на зубы, околозубные ткани и организм / А.П. Грохольский, Н.А. Кодола, Т.Д. Центило. – К.: Здоров'я, 2000. – 160 с.
- Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба /М.И. Грошиков. – М.: Медицина, 1985. – 176 с.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 461 с.
- Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просверяк. – Минск, 1994. – 494 с.
- Ефанов О.И., Физиотерапия стоматологических заболеваний / О.И. Ефанов, Т.Ф. Дзанагова. – М.: Медицина, 1980. – 296 с.
- Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология / Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова. – М.: Медицина, 2002. – 638 с.
- Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 13-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
- Мельничук Г.М. Практична одонтологія: курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту: навчальний посібник / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. – Івано-Франківськ, 2003. – 392 с.
- Николишин А.К. Флюороз зубов. Ч. 1 и 2 / А.К. Николишин. – Полтава, 1995. – 144 с.
- Ніколішин А.К. Флюороз зубів / А.К. Ніколішин. – Полтава, 1999. – 135с.
- Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями „ортопедична стоматологія”, „терапевтична стоматологія”, „хірургічна стоматологія”, „ортодонтія”, „дитяча терапевтична стоматологія”, „дитяча хірургічна стоматологія”: Нормативне виробничо-практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ „Медінформ”, 2007. – 236 с.
- Терапевтическая стоматология: учебник / [Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский и др.] / Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского – М.: Медицина. – 1998. – 736 с.
- Терапевтическая стоматология: учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. – М.: Мед. инф. агенство, 2004. – 798 с.
- Федоров Ю.А. Клиника и лечение гиперестезии твердых тканей зуба / Ю.А. Федоров. – Л.: Медицина, 1970. – 136 с.
- Чупрынина Н.М. Травма зубов / Н.М. Чупрынина, А.И. Воложин, Н.В. Гинали. – М.: Медицина, 1983. – 160 с.

Рекомендована література

- Інформаційні ресурси в мережі Інтернет:
- - http://dental-ss.org.ua/load/kniga_stomatologia/terapevticheskaja/8
- - <http://www.stomatkniga.ru/index.php?start=48>
- - http://stomatbook.blogspot.com/p/blog-page_14.html
- - <http://www.mosdental.ru/Pages/Page28.1.html>
- - <http://www.booksmed.com/stomatologiya/153-terapevticheskaya-stomatologiya-borovskij.html>
- - <http://nashol.com/2011041354397/propedevtika-stomatologicheskikh-zabolevanii--skorikova-l-a-volkov-v-a-bajenova-n-p.html>
- - <http://www.booksmed.com/stomatologiya/2393-propedevtika-stomatologicheskikh-zabolevaniy-skorikova.html>
- - http://mirknig.com/knigi/nauka_ucheba/1181309066-terapevticheskaya-stomatologiya-uchebnik.html

Дякую за увагу!



+