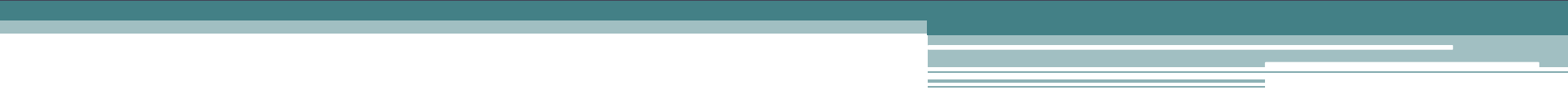


Поверхностный кариес.  
Патологическая анатомия,  
клиника, диагностика,  
дифференциальная диагностика,  
лечение.



**Поверхностный кариес** – это начальная стадия кариозного разрушения эмали зуба вследствие утраты значительного количества кальция. Соединение эмали и дентина пока сохраняется, патологический процесс ещё не затронул более глубокий средний слой – дентин.



# *Патологическая анатомия*

При поверхностном кариесе определяется участок деструкции эмали с наличием микроорганизмов, без нарушения дентиноэмалевого соединения и без изменений в дентине. В случае прогрессирования процесса происходит разрушение дентиноэмалевого соединения и развивается следующая стадия кариеса. При поверхностном кариесе изменений в пульпе не обнаруживается.

# ***Клиническая картина***

Для поверхностного кариеса характерно возникновение кратковременной боли от химических раздражителей ( солёное, сладкое, кислое) является основной жалобой. Возможно также появление кратковременной боли от температурных воздействий, чаще при локализации дефекта у шейки зуба, в участке с наиболее тонким слоем эмали.

# *Диагностика*

## *Основные методы:*

### *Осмотр:*

При осмотре зуба на участке поражения обнаруживается неглубокий дефект в пределах эмали.

### *Зондирование:*

Поверхность эмали при зондировании шероховатая. Может отмечаться слабая болезненность по дну кариозной полости.

### *Перкуссия зуба:*

Отрицательная.

### *Пальпация:*

Пальпация в области корней причинного зуба - отрицательная.

# *Диагностика*

## *Дополнительные методы:*

### *Термометрия:*

(Реакция на температурный раздражитель)-кратковременная боль, быстро проходящая после устранения раздражителя.

### *Электродиагностика:*

Пульпа зуба при поверхностном кариесе реагирует на ток силой 2–6 мкА.

# *Дифференциальная диагностика*

Поверхностный кариес дифференцируют со следующими заболеваниями:

- 1. Начальный кариес*
- 2. Эрозия эмали*
- 3. Гипоплазия эмали*
- 4. Эрозивная форма эндемического флюороза.*
- 5. Кислотный некроз эмали.*
- 6. Клиновидный дефект*



## ***Дифференциальная диагностика с начальным кариесом:***

В отличие от начального, при котором видно пятно, а целостность поверхности эмали не нарушена, для поверхностного кариеса характерен дефект эмали.

## ***Дифференциальная диагностика с эрозией эмали:***

В отличие от поверхностного кариеса, эрозия эмали имеет форму овала, который расположен поперечно на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки. Дно эрозии гладкое, блестящее, плотное. Границы дефекта белесоватые, имеют тенденцию к распространению вширь, а не в глубину, как при кариесе. Эрозия эмали чаще наблюдается у людей среднего возраста, одновременно поражая несколько зубов обычно иммунных к кариесу. Нередко процесс захватывает и симметричные зубы.

## ***Дифференциальная диагностика с гипоплазией эмали:***

Гипопластическому дефекту свойственны правильные сферические контуры, края которых сглажены. Дно такого дефекта всегда гладкое, блестящее. Местная гипоплазия в отличие от поверхностного кариеса характеризуется дефектом эмали неправильной формы, нередко пигментированным, локализующимся в области бугров или режущего края. Дно такого дефекта представлено тонким слоем эмали либо склерозированного дентина.

## ***Дифференциальная диагностика с эрозивной формой эндемического флюороза:***

Эрозивная форма эндемического флюороза, как и поверхностный кариес, характеризуется дефектом в пределах эмали. Различия дефектов очевидны. При флюорозе дефекты эмали локализуются, как правило, на передних зубах — верхних и нижних, на их поверхностях, иммунных к кариесу. Эрозии, расположенные хаотично на фоне измененной (пятнистой) эмали, отличаются строгой симметричностью поражения, которое, как правило, не сочетается с кариесом. Эрозивная форма эндемического флюороза формируется лишь при потреблении воды с высоким содержанием фтора (3 и более мг/л), признаки флюороза наблюдаются у большинства жителей региона.

## ***Дифференциальная диагностика с кислотным некрозом эмали.***

Общее между кариесом и кислотным некрозом - это дефекты твердых тканей зуба, имеют шероховатую поверхность, лишенную блеска, плотности, с неровными краями, болезненностью при зондировании, прогрессирующим течением, с жалобами на боли от раздражителей. Отличия между ними заключаются в следующем: локализация при кариесе ограничивается характерными участками - пришеечной, контактной поверхности, фиссуры, ямки, а при кислотном некрозе поражения обширные, занимают почти всю вестибулярную поверхность с переходом на контактные поверхности. При кариесе не наблюдается выраженной стираемости твердых тканей зуба и изменения формы коронок зубов (при кариесе твердые ткани зуба разрушаются в пределах дефекта). При кислотном некрозе в отличие от кариеса устанавливается наличие профессиональной вредности, в связи с чем наблюдается более прогрессирующее течение заболевания.

## ***Дифференциальная диагностика с клиновидным дефектом эмали.***

Клиновидный дефект локализуется исключительно у шейки зубов, имеет плотные стенки и характерную форму дефекта. Также в отличие от поверхностного кариеса протекает бессимптомно.

***Лечение  
поверхностного  
кариеса***

Поверхностный кариес является относительным показанием к пломбированию. У детей и подростков поверхностный кариес в большинстве случаев не требует оперативного лечения. Нередко поверхностные дефекты, располагающиеся в пределах не требуют пломбирования. В таких случаях достаточно сошлифовать шероховатую поверхность, провести реминерализирующую терапию. Однако при локализации дефекта в естественных углублениях(фиссура) или на контактных поверхностях препарирование полости и её последующее пломбирование обязательно.



# *1. Удаление зубного налёта.*

Проводится при помощи абразивной пасты и специальных щеток поверхность зуба очищается от налета.

## *2. Препарирование пораженной кариесом эмали.*

Препарирование зуба проводят, как правило, под местной анестезией. Т.к. поверхностный кариес подразумевает незначительные объемы поражения эмали кариесом - объем препарирования тканей бормашиной очень мал, и может свестись только к выравниванию контуров дефекта.

## *3.Изоляция зуба от слюны*

Наложение ватных тампонов или коффердама для изоляции зубов от слюны и влажного дыхания. Попадание слюны в процессе пломбирования может привести к выпадению пломбы уже в ближайшем времени, а также развитию вторичного кариеса на границе пломба/зуб.

## *4. Протравливание эмали кислотой*

Проводится протравливание 37% фосфорной кислотой. Это необходимо, чтобы улучшить сцепление пломбы с тканями зуба. После травления эмали кислоту тщательно смывают.

## *5. Нанесение адгезива*

**Адгезив** — вещество, способное соединять материалы путём поверхностного сцепления. Его наносят на всю поверхность дефекта. После нанесения адгезив засвечивается специальной свето-полимеризационной лампой.

## *6.Пломбирование дефекта*

Внесения порции пломбировочного материала в дефект. Затем из последнего моделируется форма отсутствующей части зуба.

## *7. Шлифовка и полировка пломбы*

В самом конце необходимо придать пломбе окончательную форму при помощи низкоабразивных боров и отполировать ее до абсолютной гладкости.





Directed by  
ROBERT B. WEIDE