

Эрозия зубов

Выполнил студент 3 курса
Стоматологического факультета
Кенгерлинский Г.Р
группа52

Эрозия

- Эрозия — прогрессирующая убыль тканей зубов (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии



Патогенез

- Полагают, что эрозия зубов, как и клиновидный дефект, возникает исключительно от механического воздействия зубной щетки и порошка. Существует мнение, что возникновение эрозии обусловлено употреблением в пищу большого количества плодов цитрусовых и их соков



Патогенез

Ю.М.Максимовский (1981) важную роль в патогенезе эрозии твердых тканей зубов отводит эндокринным нарушениям, в частности гиперфункции щитовидной железы.

- Симптомами этого заболевания являются увеличение секреции слюны и снижение вязкости ротовой жидкости, что не может не отразиться на состоянии твердых тканей зуба.
- Установлено, что эрозия зубов у больных тиреотоксикозом возникает в 2 раза чаще, чем у лиц с нормальной функцией щитовидной железы. Даже при увеличении длительности болезни на 1 год (с 3 до 4 лет) количество больных с эрозиями и твердых тканей повышается на 20 %.



Патогенез

Ю.А.Федоров и соавт. (1990) также установили, что эрозия зубов более чем в 40—50 % случаев образуется на фоне увеличения щитовидной железы и нарушения ее функции.

- Эрозии твердых тканей зубов появляются преимущественно на симметричных поверхностях центральных и боковых резцов верхней челюсти, а также на клыках и малых коренных зубах обеих челюстей. Практически не встречаются эрозии на резцах и больших коренных зубах нижней челюсти.

Эрозия эмали - до лечения



Эрозия эмали - после лечения



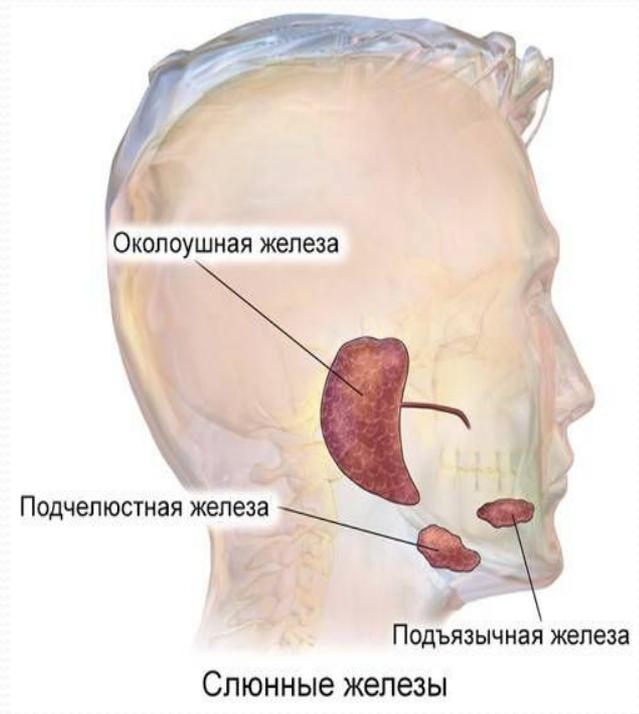
Чаще Наблюдаются

- Поражение наблюдается преимущественно у лиц среднего возраста и **характеризуется длительным течением — до 10—15 лет. С возрастом наблюдается вовлечение в процесс большого количества зубов. В настоящее время в связи с воздействием неблагоприятных экологических факторов, в том числе с Чернобыльской катастрофой, увеличивается число случаев поражения зубов эрозией у лиц молодого возраста (18—25 лет).**



Патогенез

- Причина возникновения эрозии эмали окончательно не установлена, однако, бесспорно, важную роль играет химический фактор в сочетании с механическим воздействием. При этом нельзя исключить ослабления реминерализующего действия ротовой жидкости



Клиническая картина

- Эрозия представляет собой овальный или округлый дефект эмали, расположенный в поперечном направлении на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки зуба. Дно эрозии гладкое, блестящее и твердое



Клиническая картина

- Постепенное углубление и расширение границ эрозии приводит к утере всей эмали на вестибулярной поверхности зуба и части дентина. Иногда эрозия имеет менее правильную форму, которую сравнивают с желобоватым долотом, т.е. элемент поражения слегка вогнут, а края эрозии постепенно переходят в интактную поверхность коронки зуба.



Стадии

Различают 2 стадии поражения:

- начальную (эрозия эмали)
- выраженную (эрозия эмали и дентина)

По глубине поражения выделяют 3 степени эрозии: степень I, или начальная, — поражены только поверхностные слои эмали;

степень II, или средняя, — поражена вся толщина эмалевого покрова зуба вплоть до дентиноэмалевого соединения;

степень III, или глубокая, — поражены поверхностные слои дентина.



Стадии

- **Е.В.Боровский и соавт. (1978), а также Ю.М. Максимовский (1981) предлагают различать 2 клинические стадии эрозии — активную и стабилизированную, хотя в целом любая эрозия эмали и дентина характеризуется хроническим течением**



Стадии

- Для активной стадии типична быстро прогрессирующая убыль твердых тканей зуба, что сопровождается повышенной чувствительностью пораженного участка к различного рода внешним раздражителям (явление гиперестезии)



Стадии

- **Стабилизированная стадия** эрозии характеризуется замедленным и более спокойным течением. Другим признаком является отсутствие налета и гиперестезии тканей. Отмечается сохранение блестящей поверхности эмали на участке поражения. Возможен переход стабилизированной стадии эрозии в активную.

- Эрозия эмали в отличие от других видов стирания тканей зуба в большинстве случаев характеризуется выраженными болевыми ощущениями при действии различного рода факторов, особенно холодного воздуха и химических раздражителей.



Патогистологическая картина

- При микроскопическом исследовании участка с эрозией эмали наблюдаются изменения в поверхностном слое. Электронномикроскопическое исследование помогает установить
- наличие органической пленки на поверхности поражения, утрату четкой кристаллической структуры эмали и появление значительных аморфных участков



Дифференциальная диагностика

- Эрозию эмали следует дифференцировать от **поверхностного кариеса** и **клиновидного дефекта**.
- Эрозии отличаются от кариеса локализацией, формой поражения, а главное — поверхностью (при эрозии она гладкая, а при кариесе шероховатая).



Дифференциальная диагностика

- Клиновидный дефект отличается от эрозии формой поражения, локализацией у шейки на границе эмали с цементом, нередко при обнажении корня



Лечение

- При эрозиях тканей зуба лечение следует проводить с учетом **активности процесса** и характера сопутствующего соматического заболевания. **Назначают препараты кальция и фосфора** внутрь при снижении их уровня в крови. **Полезны витамины отдельно или в сочетании с микроэлементами.**



Лечение

- Лечение при стабилизированной стадии эрозии зубов, которая часто сопровождается изменением цвета эмали на участке поражения, должно состоять из нескольких процедур, направленных на депигментацию тканей.

Во время 2—3 посещений нужно обрабатывать пораженную поверхность абразивной пастой, содержащей до 1,23 % фтора.

В последующие два посещения на эрозию следует наносить фтор-гель или фтор-лак.

