

**ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ
ДО САМОЙ СТАРОСТИ**

**САМОМАССАЖ
ДЕСЕН**

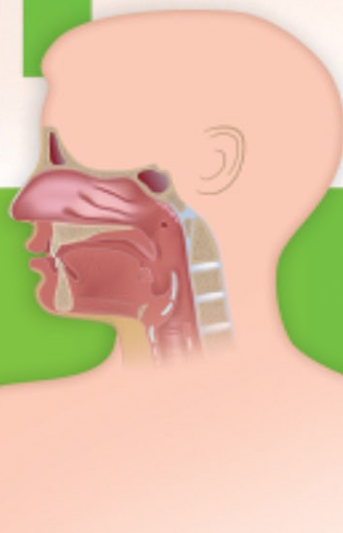
**РОЛЬ ПИТАНИЯ
В УХОДЕ ЗА ЗУБАМИ**

**ИНТЕРЕСНЫЕ
ФАКТЫ
О ЗУБАХ**

**КАК ИСПРАВИТЬ
ПРИКУС**

ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ



ПРЕДИСЛОВИЕ

Состояние зубов, являющихся преддверием желудочно-кишечного тракта, непосредственно влияет на здоровье. Нарушение акта жевания, обусловленного заболеваниями зубов (кариес, пульпит, парадонтоз), плохо установленные протезы, воспаление и травматизация слизистой ротовой полости приводит к заболеваниям не только органов пищеварения, но и всего организма.

Общеизвестно влияние воспалительных, особенно гнойных, процессов в зубах на возникновение тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек и других органов. Недавно английскими медиками было доказано увеличение количества инфарктов и инсультов у пациентов с нелеченными хроническими очагами инфекции в тканях, окружающих зубы (периодонтит, киста), по сравнению с теми больными, у которых подобные очаги были вовремя ликвидированы. Очень часто такие проблемы, как заложенность носа, гайморит, головные боли, нарушения зрения могут быть связаны с проблемами зубов верхней челюсти. Плохие зубы довольно часто могут стать причиной низкой успеваемости детей.

Однако стоматология настолько быстро развивается в силу своей высочайшей востребованности, что ежегодно появляются новые методы лечения и диагностики, новые материалы и лекарственные препараты. Новейшие технологии позволяют сохранять зубы, которые еще недавно безжалостно удаляли, исправлять неправильный прикус, выравнивать даже очень неровные зубы, замещать удаленные

зубы имплантами, высококачественными удобными протезами, используя современную аппаратуру, инструменты и методы обезболивания и превращая посещение кабинета стоматолога в относительно приятное времяпрепровождение. Главное при возникновении проблем с зубами — это найти хорошо оснащенную стоматологическую клинику, специалисты которой владеют соответствующими методами лечения.

Однако, несмотря на успехи стоматологии, здоровье зубов прежде всего зависит от самого человека, от его знаний и навыков в вопросах профилактики заболеваний ротовой полости.

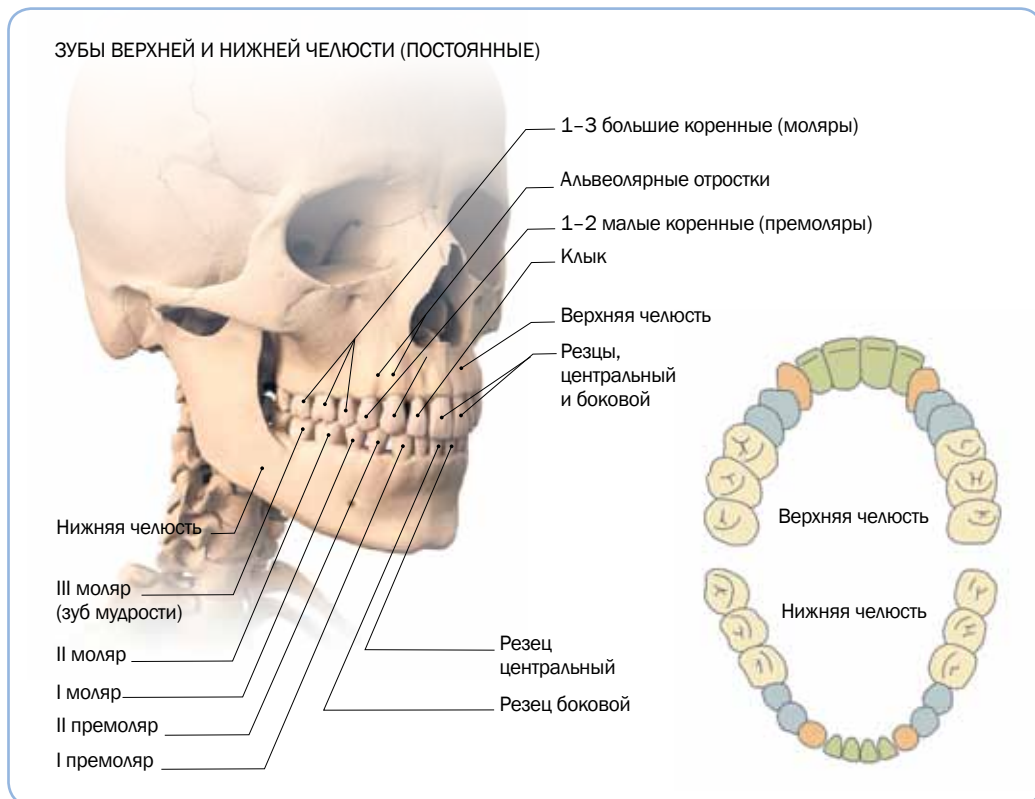
В данном выпуске рассматриваются причины и факторы возникновения основных заболеваний зубов, знание которых позволяет лучше понять способы их предупреждения. Среди профилактических мер центральное место занимают питание, гигиена полости рта и самомассаж десен. Особое внимание уделено детской стоматологии: молочным зубам, исправлению прикуса. Представлены основные методы лечения различной патологии зубов, в том числе народными методами и лекарственными растениями, приведена скорая доврачебная помощь при острой зубной боли.



Мы ни в коем случае не призываем читателей к самолечению. Пожалуйста, помните, что при возникновении любого рода недомогания необходимо срочно обратиться к врачу и обязательно проконсультироваться по всем вопросам с опытными специалистами.

СТРОЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИИ ЗУБОВ

Знание особенностей строения и функционирования зубов позволяет лучше понимать вопросы профилактики и лечения зубов, особенно у детей.



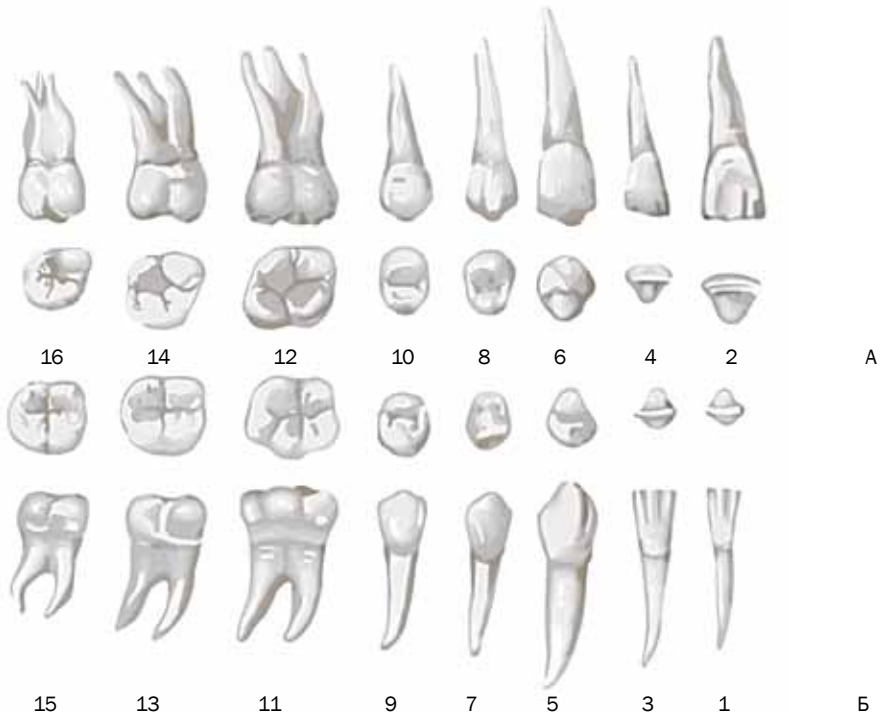
Зубы расположены в полости рта, **которая** является начальным отделом системы органов пищеварения. Они осуществляют механическую обработку пищи, по мере которой пища подвергается и химическому воздействию ферментов слюны. Плохо пережеванная, нераздробленная пища хуже переваривается и усваивается организмом, что может приводить к нарушению нормальной деятельности всего желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, зубы принимают активное участие в формировании речи — потеря отдельных, особенно передних, зубов отражается на четкости произнесения звуков. Отсутствие или неестественное положение зубов в полости рта искажает черты лица.

Различают верхнюю (неподвижную) челюсть и нижнюю (подвижную) челюсть, которая как раз и обеспечивает процесс пережевывания пищи. На каждой челюсти имеются четыре основных типа зубов: **резцы** (центральные и боковые), **клыки**, **малые** (премоляры) и **большие** (моляры) **коренные зубы**. Каждому типу зубов присуща своя функция: резцы, действуя как ножницы, захватывают и отрезают кусок пищи; клыки наряду с разрезанием пищи еще и разрывают ее; премоляры способны и разрезать, и разрывать, и раздавливать пищу, а моляры, наиболее используемые зубы, в основном перемалывают (перетирают) пищу на мелкие кусочки.

Обычно первые молочные зубы прорезываются в возрасте 6–8 месяцев. Сначала появляются нижние средние резцы, затем верхние средние резцы, верхние боковые резцы, нижние боковые резцы, коренные зубы, затем вырастают клыки и последними дальние коренные зубы. Ни малых коренных, ни, естественно, зубов мудрости среди молочных зубов нет.

С 5 лет молочные зубы начинают постепенно сменяться постоянными: сначала I моляры, затем резцы, далее премоляры и клыки, следом, к 11–13 годам, II моляры. III моляры (зубы мудрости) могут появляться гораздо позже, вплоть до 25–30 лет. Почти у каждого четвертого человека отдельные или даже все зубы мудрости могут отсутствовать, то есть у взрослого человека в норме от 28 до 32 зубов.

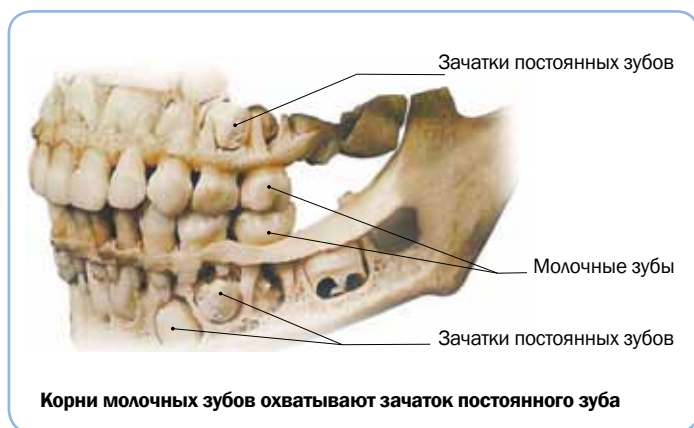


Постоянные зубы, правые.

А — зубы верхней челюсти; Б — зубы нижней челюсти; 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 — вестибулярная (лицевая) поверхность; 2, 4 — режущий край; 6 — острие зуба; 8, 10, 12, 14, 16 — поверхность смыкания; 1, 2 — медиальный резец; 3, 4 — латеральный резец; 5, 6 — клык; 7, 8 — первый малый коренной зуб; 9, 10 — второй малый коренной зуб; 11, 12 — правый большой коренной зуб; 13, 14 — второй большой коренной зуб; 15, 16 — зуб мудрости (третий моляр)

СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ, МЕСЯЦ

Зубы	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть
Центральный резец	7,5	6
Боковой резец	9	7
Клык	18	16
Первый моляр	14	12
Второй моляр	24	20



СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ГОДЫ

Зубы	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть
Центральный резец	6–8	7–8
Боковой резец	7–8	8–9
Клык	9–10	11–12
Первый премоляр	9–12	10–11
Второй премоляр	11–12	10–12
Первый моляр	5–7	6–8
Второй моляр	11–13	12–13
Третий моляр	12–26	17–21

В связи с тем что молочные зубы тесно соприкасаются с зачатками постоянных зубов, надо своевременно и очень тщательно лечить молочные зубы, иначе постоянные вырастут дефектными, а некоторые могут и вовсе не вырасти.

В каждом зубе различают три основные части: **коронку, корень и шейку**.

Коронка зуба, покрытая эмалью, внутри состоит из дентина. Она выступает в полость рта, возвышаясь над десной.

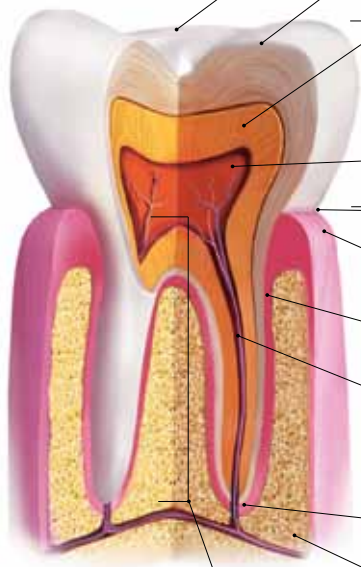
Эмаль является самой прочной тканью человеческого организма (прочность до 400 кг/мм²), содержит в основном такие неорганические вещества (96–97 %), как различные апатиты (фос-

фаты кальция): гидроксилapatит, карбонатапатит, хлорапатит и фторапатит. Кроме того, в эмали есть магний, цинк, железо, фтор. Количество органических веществ (белков, жиров, углеводов) всего 1,2–1,5 % и воды около 3 %. Фтор, взаимодействуя с апатитами, способствует образованию фторапатитов, обеспечивающих устойчивость зубов к кариесу. Однако избыток фтора вызывает еще более опасное, чем кариес, заболевание — **флюороз**, разрушающий зубы. В эмали нет живых клеток, как в коже или костях, поэтому при повреждении она не восстанавливается. Вместе с тем для поддержания постоянного минерального состава эмали необходимо поступление достаточного количества солей кальция и фосфора как с пищей (в основном), так и с зубными пастами.

ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЕЗ МОЛЯРА

БУГОР ЖЕВАТЕЛЬНЫЙ
небольшой выступ на жевательной поверхности моляров и премоляров

КОРЕНЬ
часть зуба, находящаяся в лунке костной ткани челюстей. Резцы и клыки имеют 1 корень, премоляры — 1 или 2, моляры — 2 или 3



- ЭМАЛЬ**
самая твердая ткань организма, защищает коронку и часть шейки
- ДЕНТИН**
основное костное вещество коронки и корня, пронизанное множеством канальцев
- КОРОНКА**
видимая часть зуба, выступающая над десной и покрытая эмалью
- ПУЛЬПА**
мякоть зуба с сосудами и нервами
- ШЕЙКА**
узкая часть зуба между корнем и коронкой, окруженная десной
- ДЕСНА** является частью слизистой оболочки рта, окружающей зуб
- ЦЕМЕНТ**
покрывает тонким слоем корень зуба, похож на кость
- АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ (корневой) КАНАЛ**, в котором проходят кровеносные капилляры, лимфатические сосуды и нервы
- АЛЬВЕОЛЯРНАЯ (периодонтальная) СВЯЗКА**
удерживает зуб в лунке
- АЛЬВЕОЛЯРНАЯ КОСТЬ**
поверхностная часть костной ткани верхней и нижней челюстей с зубными лунками

Наименее прочной является эмаль в области щеек и боковых поверхностей зубов, что диктует необходимость особо тщательного ухода именно за этими участками зубов (поддержание здоровья десен и удаление остатков пищи из межзубных промежутков).

Эмаль способна пропускать воду и растворенные в ней вещества как из полости рта (ротовая жидкость) так и через пульпу (тканевая жидкость), причем она проницаема в обоих направлениях. Это свойство эмали обеспечивает процессы деминерализации и реминерализации, происходящие по законам диффузии: жидкость движется со стороны малой концентрации в сторону высокой, а различные минеральные и другие вещества, наоборот, из области высокой концентрации в сторону низкой.



На жевательной поверхности моляров и премоляров, между буграми зубов расположены бороздки и канавки — **фиссуры**, толщина эмали в которых меньше, чем в буграх. Фиссуры могут быть очень узкими и глубокими, что способствует накоплению налета в них и затрудняет очистку зубов. Поэтому кариес часто начинается именно в фиссурах.

Корень зуба закреплен в лунке (альвеоле) челюстной кости и также состоит из дентина, покрытого снаружи цементом, в котором содержится около 46 % неорганических соединений.

Дентин — твердая костная ткань, основными структурными элементами которой, так же как и эмали и цемента, являются кальций и фосфор (70 % неорганических веществ). В 1 мм² дентина располагается до 75 000 мельчайших канальцев, обеспечивающих обменные процессы в эмали.

Цемент, покрывая корень зуба тонким слоем, соединяется с эмалью вблизи шейки зуба. Причем цемент может располагаться точно у окончания эмали, наслаиваться на нее или не доходить до эмали (незащищенный дентин). В последнем случае отмечается повышенная чувствительность к температурному, химическому и механическому воздействию.

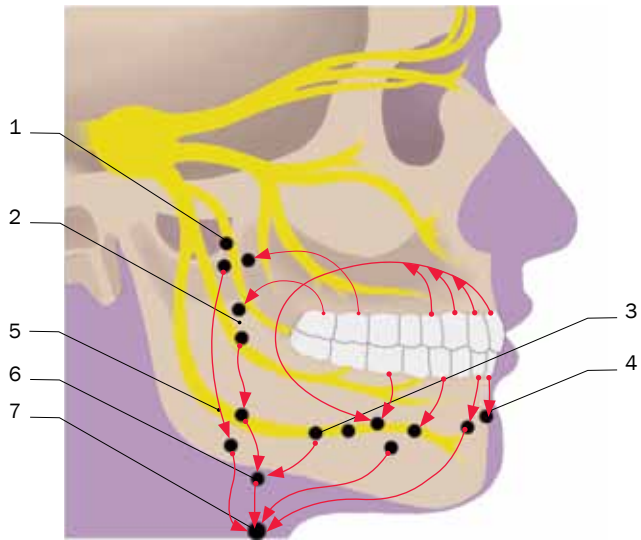
Между коронкой и корнем зуба располагается **шейка**, покрытая цементом и десной. Причем **коронка** (видимая часть зуба) составляет всего 30 %, под десной находится 70 % зуба.

Развитие корня и окончательное укоренение зуба завершается через 18 месяцев после прорезывания у молочных зубов и через 3 года — у постоянных.

Между корнем зуба и **альвеолой** располагается **периодонт** — узкое щелевидное пространство, заполненное волокнами соединительной ткани, которые вплетаются в цемент корня и костную ткань ячейки зуба, образуя связку, удерживающую зуб в лунке. Из стенок альвеолы в периодонт проникают кровеносные сосуды, питающие ткани зуба, проходят нервные волокна.

В середине каждого зуба имеется полость, переходящая в узкий канал, заканчивающийся отверстием на верхушке корня. Эта полость заполнена **пульпой** — мягкой, упругой соединительной тканью, пронизанной кровеносными сосудами и нервами, которая обеспечивает как питание всех тканей зуба, так и удаление продуктов жизнедеятельности через сеть венозных и лимфатических сосудов. Обилие сосудов и особенно нервов в пульпе как раз и обуславливает сильную зубную боль при воспалении этой ткани (пульпите).

ЛИМФОТОТОК ОТ ЗУБОВ



1 — околоушные узлы; 2 — заглочные узлы; 3 — поднижнечелюстные узлы; 4 — подподбородочные узлы; 5 — боковые шейные узлы; 6 — правый яремный ствол; 7 — правый лимфатический проток. Стрелками обозначено направление тока лимфы

Иннервацию (снабжение органов и тканей нервами) зубов обеспечивает средняя (верхняя челюсть) и нижняя (нижняя челюсть) ветки тройничного нерва. Довольно часто боль в зубах появляется из-за воспаления тройничного нерва, а не в связи с заболеванием зубов.

Поэтому нельзя ни в коем случае удалять зубы без предварительного тщательного обследования (рентгенологическое, осмотр невропатолога, невролога), так как боль, связанная с воспалением тройничного нерва, при удалении зуба не исчезнет.

Практически всегда при воспалительных заболеваниях зубов (пульпит, периодонтит) происходит воспаление и соответствующих лимфатических

узлов. Причем чаще всего при поражении как верхних, так и нижних зубов воспаляются лимфоузлы, расположенные под нижней челюстью. От моляров и премоляров верхних зубов лимфа также может попадать в поверхностные и глубокие околоушные лимфоузлы, прилегающие к слюнной железе, а также в заглочные узлы, примыкающие к стенкам глотки. В свою очередь, от нижних зубов и их пародонта лимфа может попадать и в подподбородочные лимфоузлы (от клыков и резцов).

Корни верхних зубов иногда бывают расположены близко к полости носа (верхние боковые резцы и клыки) и к верхнечелюстной пазухе (I моляры и II премоляры), отделяясь от них тонкой костной перегородкой. При этом возможен переход воспалительного процесса из пародонта в указанные полости. Поэтому иногда бывает невозможно вылечить ринит или гайморит, не вылечив предварительно зубы.

ЗУБЫ И ВОЗРАСТ

Проблем с молочными зубами возникает достаточно много, и их необходимо знать, чтобы понимать, как помочь малышам. Свои трудности есть и в юношеском, и в среднем, и особенно в пожилом и старческом возрасте.

Для того чтобы в дальнейшем избежать проблем как с молочными, так и постоянными зубами, необходимо регулярно показывать ребенка стоматологу. И первое посещение должно состояться при появлении первого зуба, а затем не реже 1 раза в полгода, а также при формировании неправильного молочного прикуса, неправильного роста зуба, кариеса.

Предупредить кариес молочных зубов поможет тщательный уход за первым и последующими зубами, заключающийся в протирании их специальными очищающими салфетками или силико-

новыми щеточками-напальчниками. В дальнейшем надо приучить ребенка самого чистить зубы как минимум 2 раза в день — утром после завтрака и вечером перед сном. Для этого использовать только щетки и зубные пасты в соответствии с возрастом ребенка.



Несколько важных моментов при уходе за молочными зубами, о которых, к сожалению, не знают родители:

- Досрочное удаление молочных зубов при развитии кариеса способствует смыканию рядом стоящих молочных зубов, что может привести к нарушению роста постоянных (искривлению, росту в сторону). Если же все-таки приходится удалить молочный зуб раньше срока, то надо обязательно обратиться к ортодонт, который установит специальные приспособления, не дающие остальным зубам смещаться.
- Кариес и другие болезни молочных зубов могут способствовать поражению зачатков зубов постоянных, лежащих сразу за корнями молочных, поэтому лечить их надо также тщательно, как и постоянные, сделав все возможное для их сохранения. Вовремя не вылеченные зубы, являясь постоянным очагом инфекции во рту, часто сопутствуют не только гаймориту или риниту, не поддающихся лечению, но и увеличивают риск возникновения болезней сердца, суставов и некоторых других.
- Наличие пломбы в молочных зубах часто задерживает рассасывание корня и выпадение зуба, что не менее вредно, чем раннее его удаление. Поэтому при существенной за-

держке выпадения любого молочного зуба (пломбированного или нет), в сравнении со средними сроками его замены постоянным, необходима обязательная консультация стоматолога (рентген) и удаление такого зуба. Удаление молочного зуба также бывает необходимо, когда он мешает прорезываться постоянному, не давая ровно встать на положенное место.

- Причиной кариеса у детей 1–3 лет часто является микробное заражение от домочадцев, которые передают ребенку микробов вместе с облизанной ложкой (нельзя пробовать еду из ложки ребенка) или соской, упавшей на пол, которую надо не облизывать, а стерилизовать кипятком.
- Такие вредные привычки, как сосание пальца, уголка подушки, использование соски почти до школьного возраста, далеко не безобидны: они существенно влияют на формирование правильного прикуса, смещая верхние и нижние передние зубы относительно друг друга.
- Особое внимание надо уделять прорезывающимся первыми постоянным зубам-шестеркам (в 5–7 лет), так как к ним часто относятся так же небрежно, как и к молочным, а иногда даже случайно удаляют за компанию с молочными; у большинства людей они портятся первыми из постоянных зубов.

У подростков большинство проблем связано с исправлением прикуса и выравниванием неправильно выросших отдельных зубов. В юности на первом месте оказывается поддержание здоровья зубов.

Что касается людей зрелого возраста, то для них наряду с правильным уходом за имеющимися зубами и их лечением важное значение приобретает своевременная компенсация протезированием удаленных зубов. Это позволяет уменьшить нагрузку на оставшиеся зубы и замедлить их изнашивание и болезни.

Зубов мудрости, являющихся III большими коренными (молярами) и называемых восьмерками, может быть максимум 4 — по одному с каждой стороны верхней и нижней челюстей. Однако примерно у каждого четвертого человека отдельные зубы мудрости, а иногда и все отсутствуют. Причем даже при появлении всех 4 зубов мудрости, некоторые из них приходится удалять из-за неправильного прорезывания или быстрого возникновения кариеса и других изменений, которые могут перейти на ближайшие семерки.

В США и некоторых странах Европы зубы мудрости удаляют сразу же, как только они начнут прорезываться. В России отношение к восьмеркам более взвешенное, хотя наши стоматологи их лечить не любят из-за трудного доступа и, часто, малой эффективности лечения.

Тем не менее нормально растущий здоровый зуб мудрости хотя и не принимает большого участия в пережевывании пищи, но сдерживает расшатывание основных жевательных зубов — I и II больших коренных. Кроме того, при удалении тех же шестерок и семерок может стать опорой для мостовидного протеза. Поэтому спешить с удалением здоровых восьмерок не следует, хотя с возрастом становится труднее их удалять в связи с врастанием корней в костную ткань лунки зуба. Вопрос об удалении может решить стоматолог, а все остальные должны заботиться о зубах мудрости гораздо

тщательнее, чем о других. В частности, сразу после полного прорезывания рекомендуется покрывать их реминерализующим раствором и герметиком, защищающим от бактерий, ну и, конечно, очень тщательно их чистить и вовремя лечить.



В древности люди верили, что зубы мудрости появляются лишь при достижении духовной зрелости. Наличие всех четырех восьмерок считалось также знаком защиты высших сил, хранителей рода. Поэтому, чтобы не лишиться покровительства своих пращуров, больные зубы мудрости не удаляли, а заговаривали. Эти впрочем невылеченные зубы часто являлись очагом гнойной инфекции, что могло быть одной из причин высокой и ранней смертности наших предков.

К 60–75 годам в результате различных заболеваний (кариес, пародонтоз) теряются зубы, что вместе с атрофией жевательных мышц затрудняет механическую переработку пищи в ротовой полости. При этом размеры нижней челюсти (подвижной) уменьшаются гораздо меньше, чем верхней (неподвижной). Для профилактики атрофии нижней челюсти нужно активно жевать твердую пищу, а верхнюю челюсть необходимо регулярно массировать как снаружи (через кожу), так и изнутри (десны). И конечно, своевременно заменять удаленные зубы протезами, разнообразнейших которых в настоящее время имеется огромное количество — от дешевых пластмассовых и мягких нейлоновых до имплантов.

ПЕРВЫЕ СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЗУБОВ

Одним из первых симптомов, сигнализирующих о неполадке с зубами, является повышенная чувствительность конкретного зуба к холодной или горячей пище, к сладкому, кислому или соленому.



Это чаще всего бывает связано с воздействием контрастной пищи на дентин зуба через микротрещины в эмали, что в скором времени проявится кариесом. При появлении этого симптома надо срочно обратиться к стоматологу и принять меры по защите дентина.

Однако наиболее частым симптомом является боль, которая возникает после химического (кислая пища), механического (надавливание на зуб при откусывании, жевании) и температурного воздействия. Такая боль сначала проходит после прекращения действия раздражителя (полоскание полости рта), но при отсутствии лечения боль усиливается и становится постоянной, снимаясь только обезболивающими препаратами.

Боль может быть связана не только с поражением тканей самого зуба (кариес, пульпит), но и с

патологией околозубных тканей — десны (гингивит), периодонтит, а также воспалением надкостницы челюстей или мягких тканей, окружающих челюсть, невралгией соответствующих веточек тройничного нерва, гайморитом.

При пульпите и других нарушениях боль постоянная, упорная, усиливающаяся по ночам, распространяющаяся на окружающие зуб области, часто на всю половину челюсти, где расположен больной зуб. Выявить источник боли часто бывает невозможно без специальных исследований (рентгеновское, компьютерная томография).

Боль может существенно уменьшаться и проходить полностью при переходе острого воспаления пульпы или других тканей в хроническое, при увеличении кариозного отверстия и улучшении оттока гноя. Однако это кажущееся улучшение является временным и, если своевременно не обра-

таться к стоматологу, возможно развитие тяжелых осложнений (остеомиелит, абсцесс).

Боль в десне при жевании, покраснение, отечность и кровотечение указывают на развитие воспаления десны — гингивита, который при непринятии мер может перейти в пародонтит. На начальные стадии пародонтита указывает появление зуда и пульсации в десне, усиление боли при жевании и чистке зубов, неприятный запах изо рта. При прогрессировании пародонтита увеличивается подвижность зубов, вплоть до их выпадения.

Припухлость щеки со стороны больного зуба (флюс) чаще всего указывает на развитие инфекции в кисте или гранулеме корня этого зуба вследствие переохлаждения, стресса, простуды и других травмирующих факторов. Сильная боль в зубе и отек соответствующей половины лица могут быть связаны с абсцессом — скоплением гноя в челюсти в области зуба, часто сопровождающимся повышением температуры, что требует немедленно-

го обращения к стоматологу. В крупных городах это можно (и нужно) сделать даже ночью.



При сильной боли, чтобы пережить ночь, можно воспользоваться следующими способами скорой доврачебной помощи:

- Прополоскать рот горячим раствором соды или соли. Оба эти вещества уменьшают воспаление и раздражение тканей зуба, а полоскание вымоет остатки пищи из кариозной полости, которые также усиливают раздражение и боль. Если боль связана с воспалением десны, то после такого полоскания она может пройти самостоятельно; при гингивите также хорошо помогает полоскание с ромашкой, шалфеем и другими противовоспалительными растениями.
- Помассировать основание большого пальца с ладонной стороны и промежуток между большим и указательным пальцами с тыльной стороны.
- Так как лежачее положение способствует обострению зубной боли из-за притока

крови к голове и, естественно, сосудам зубов, создающего в пульпе повышенное давление, усиливающее чувствительность нервных окончаний, рекомендуется принять вертикальное положение и почитать сидя или походить по комнате.

- Если эти меры не помогают, можно принять любое обезболивающее средство и походить по комнате до тех пор, пока оно не начнет действовать, и только потом ложиться спать.
- При усилении боли, появлении отеков и других неблагоприятных симптомов и при отсутствии возможности обратиться за скорой стоматологической помощью в ближайшие 24 часа, следует пропить курс любого антибиотика широкого спектра, действующего и на костную ткань.

Не рекомендуется греть пораженную область, так как это может усилить воспаление и боль, особенно при наличии отека.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ

Проблемы с зубами начинаются с момента прорезывания первого зуба, но не заканчиваются при потере последнего, и о них надо знать, чтобы вовремя принимать соответствующие меры.

НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ

Если у 5–7-месячного ребенка, который только что был совершенно здоров и весел, вдруг незначительно повышается температура, появляется жидкий стул, усиливается выделение слюны, он начинает капризничать, просыпаться и плакать среди ночи, отказываться от пищи, то скорее всего у него начинают прорезываться первые зубы. Боль при этом нередко отдает в челюсти, в уши, поэтому если ребенок потирает соответствующие места, то, возможно, скоро появится молочный зуб. Задача родителей — помочь ребенку справиться с непривычными и неприятными для него ощущениями.

Усиливающееся слюноотделение может приводить к существенной потере жидкости и появлению жажды, которая также может быть причиной беспокойства ребенка.



Кстати, именно жажда часто не дает ребенку заснуть.

Необходимо несколько увеличить обычно даваемое ребенку количество жидкости, а выделяющуюся слюну обязательно вытирать, так как она может раздражать кожу, вызывая появление сыпи вокруг рта.

Зуб при прорезывании фактически разрезает десну изнутри и, естественно, ребенку некомфортно и больно — ему хочется почесать это место. Хорошо помогает снять зуд и боль легкий массаж десен. Изредка, на ночь, можно смазывать место прорезывания зуба каким-либо противовоспалительным и обезболивающим средством (лучше в виде геля), разрешенным для детей.



Существуют специальные игрушки-прорезыватели для десен, при жевании которых ребенку становится легче. Однако детские стоматологи не рекомендуют постоянное использование ребенком таких приспособлений, особенно при прорезывании первых зубов, так как корни молочных зубов коротенькие и могут повреждаться при сильном надавливании, особенно если рядом нет других зубов, которые поддерживают друг друга. Использовать прорезыватели следует не чаще чем 1 раз в 3–4 часа и каждый раз не более полчаса. При выборе прорезывателя надо обращать внимание на его прочность, чтобы ребенок не мог оторвать от него кусочек и подавиться или проглотить, а также на состав, в котором не должно быть непищевых красителей.



НАРУШЕНИЯ ПРИКУСА И ЕГО ИСПРАВЛЕНИЕ

Правильным прикусом является такое положение зубов, когда при смыкании челюстей все зубы верхней челюсти (кроме клыков) соприкасаются с соответствующими им зубами нижней челюсти, при этом резцы верхней челюсти немного (не более чем на $\frac{1}{3}$) перекрывают переднюю поверхность нижних резцов. Если же зубы выдвинуты вперед или назад, повернуты вокруг собственной оси, имеются промежутки между ними и другие нарушения, то говорят о нарушении прикуса.

Помимо вредной привычки малышей сосать все подряд, формирование неправильного прикуса может вызываться нарушением носового дыхания (постоянно открытый рот при аденоидах), нарушениями осанки и другими факторами. При этом особое внимание на предупреждение развития нарушений прикуса следует обращать родителям, которые сами имеют (имели) такие нарушения, так как влияние наследственности никто не отменял.

Ровные зубы — это не только красивый внешний вид. Здоровые, но кривые зубы могут существенно осложнить жизнь, особенно девушке. Неправильный прикус наряду с нарушением пережевывания пищи и дикции может вызывать боли в шейном отделе позвоночника, головные боли, головокружение, ухудшение зрения, а также портить и расшатывать зубы, приводя к кариесу и пародонтозу.



Неправильный прикус, так же как и неровные зубы, надо обязательно исправлять, причем даже у взрослых, но лучше в детстве и юности, когда все еще не заостенело. Чем раньше это сделать, тем быстрее, безболезненнее и дешевле оно будет.

За последние 20 лет произошло бурное развитие науки ортодонтии (буквальный перевод «наука о прямых зубах»). Для самых маленьких детей придуманы различные съемные пластинки и трейнеры.

В зависимости от вида нарушений используют разные типы пластинок: при изменениях челюстей — одни, при ротовом дыхании — другие, при открытом прикусе — третьи. Их ставят с возраста около 2,5 лет, когда надо исправить прикус, перевести ротовое дыхание в носовое, устранить дефекты речи. Обычные пластины, изготовленные из пластмассы, носятся постоянно, они легко крепятся к зубам проволочными крючками и также легко снимаются во время еды и чистки зубов. Их часто оснащают специальной системой (винт Бертони), позволяющей постепенно регулировать

Для профилактики нарушений прикуса у более старших детей и подростков, а также нормального прорезывания постоянных зубов полезно есть твердую пищу: яблоки, морковь, редис, репу.



Такие твердые предметы, как карандаши, фломастеры и ручки, лучше не грызть.



давление после достижения определенного положения зубов. Используют также пластины с искусственными зубами, которые при потере молочных предотвращают раннее смещение соседних, что позволяет обеспечить правильный рост постоянному зубу.

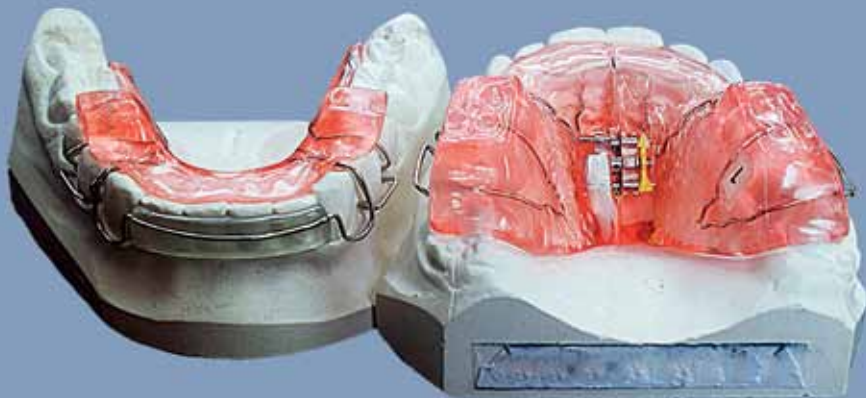
Трейнеры изготавливают из силикона и используют для выравнивания зубов у детей более старшего возраста после прорезывания 4–6 постоянных передних зубов (в частности, преортодонтические трейнеры). Они постоянного ношения не требуют — их надевают только на ночь и на 1–2 часа днем.

Существуют трейнеры и для детишек от 2 до 5 лет. Их носят 15–20 минут 2 раза в день, и они способствуют отучиванию от вредных привычек, например сосать палец, приводят к нормализации дыхания и жевания.

а плотно зафиксированы в альвеоле (лунке) соединительными тканями (пародонтом). При длительном надавливании стенка лунки постепенно рассасывается, зуб перемещается на другое место и вновь обволакивается соединительной тканью.

Брекеты бывают металлические, пластмассовые, керамические и сапфировые (из искусственно выращенных кристаллов). Металлические дешевле, надежнее и удобнее других; их обычно ставят на нижнюю челюсть, где они не видны. Различные прозрачные брекет-системы выглядят красивее металлических, но более объемные и хрупкие, поэтому требуют осторожного обращения и особого ухода.

ПЛАСТИНКА С ВИНТОМ



Для детей от 10 лет и старше применяют **брекеты** из различных материалов, представляющие собой крошечные замочки, приклеиваемые к наружной или внутренней (лингвальные) поверхности зубов, соединенные тонкими, но очень прочными проволочками. С помощью этих замочков можно сдвигать и раздвигать зубы, менять их наклон, разворачивать в нужную сторону. Это возможно благодаря тому, что зубы не сращены с костью челюстей,

ПРОЗРАЧНАЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМА



Гораздо более тщательный уход за зубами необходим при установке любых брекетов, так как на месте их прикрепления может развиваться кариес. Сразу после фиксации брекетов необходимо после каждого приема пищи использовать две зубные щетки: специальную с V-образной выемкой для брекетов и тонкую щетку со сменными насадками (ершиками) для очистки пространства под дугой (между брекетами). Кроме того, для более эффективной очистки желательно использовать зубные нити и ополаскиватели (ирригаторы) для полости рта.

Нельзя есть очень твердую и липкую пищу (орехи, сушки, сухари, казинаки, грильяж, нугу, ириски, попкорн), пользоваться жевательной резинкой, так как могут соскочить приклеенные замочки, которые надо будет заново устанавливать и регулировать.

Не рекомендуется также кисло-сладкая, слишком холодная (мороженое) или очень горячая пища.

Яблоки, груши, жесткое мясо **следует не кусывать**, а отрезать небольшими кусками и отправлять в рот.

Запрещается заниматься такими видами спорта, как бокс, дайвинг.

Не рекомендуется игра на духовых инструментах.

Более удобными, чем брекеты, но и более дорогими являются капы — своеобразные прозрачные чехольчики на зубы. Обычно сразу изготавливается комплект кап на весь курс лечения, и лечащий врач заменяет капы по мере необходимости в среднем 1 раз в 2 недели. Последняя капа (**ретейнер**) является закрепляющей и носится до 6 месяцев.

Кстати, закрепление положения зубов после ношения брекетов тоже лучше осуществлять с помощью капы.



Одно из основных достоинств кап состоит в том, что они практически не заметны при ношении. Кроме того, в отличие от брекетов, легко снимаются, позволяя чистить зубы, а также не травмируют слизистую щеки и не требуют особых изменений в питании.

Одним из недостатков кап является невозможность устранения сложных дефектов — выраженной скученности зубов и необходимости существенного перемещения зубов.



Кроме указанных, существует множество других устройств — лицевые дуги, губные бамперы, — позволяющих выправлять как простые нарушения, так и сложные наследственные дефекты, передающиеся из поколения в поколение.

Одно из самых современных направлений в медицине — **нейромышечная стоматология**, которая исправляет неправильное положение жевательных и других мышц лица, вызванных нарушениями прикуса. Это, в свою очередь, ставит на место второй шейный позвонок, смещающийся при перенапряжении височно-нижнечелюстного сустава, а также снимает напряжение указанных мышц, что способствует устранению головных болей и болей в области шеи, головокружения, остеохондроза шейного отдела позвоночника, онемения пальцев рук, звона в ушах.

БОЛЕЗНИ ЗУБОВ

Болезней зубов чрезвычайно много и даже для краткого описания их нужна довольно большая книга. Тут приводятся наиболее часто встречающиеся заболевания зубов, десен и пародонта.

КАРИЕС

Кариес, в переводе с латинского означающий «гниение, гниль», является одним из самых распространенных заболеваний зубов и заключается в постепенном разрушении ткани зуба с образованием дефекта сначала в эмали, затем, при отсутствии лечения, в дентине с последующим образованием полости и развитием воспаления в пульпе и периодонте.

Распространенность кариеса в России в первом десятилетии XXI века среди детей 6 лет составляла 73 %, то есть из четырех детей только у одного не было кариеса. У 12-летних детей распространенность кариеса достигала уже 78 %, а у взрослых 98–100 %, то есть практически у каждого взрослого человека был хотя бы один кариозный зуб.

Основной причиной кариеса является развитие микробов в тканях зуба. Однако в здоровой, без повреждений эмали микробы развиваться не могут. Нарушению прочности эмали способствует множество факторов риска, среди которых на пер-

вом месте стоит неполноценное питание: недостаток жесткой пищи (фруктов, овощей), избыток сахара и сдобы, а также дефицит фтора, кальция, фосфора и витамина D.

Раннему кариесу молочных зубов у детей способствует неправильное питание матери во время беременности, а также сильные переживания и стрессы в этом периоде. Существенное значение имеет неблагоприятная наследственность, то есть повышенная предрасположенность к развитию кариеса, передающаяся от родителей. Увеличению риска возникновения кариеса и его ускоренного развития способствуют неправильный уход за зубами и недостаточная гигиена полости рта, неблагоприятное влияние высоких и низких температур на эмаль зуба, особенно их чередование (употребление мороженого после горячего чая), что приводит к появлению микротрещин эмали, сразу же заселяемых микробами. Нерегулярное посещение стоматолога также является фактором риска развития кариеса, в том числе его тяжелых форм. И конечно, недостаточная информированность о здоровье зубов, а отсюда и отсутствие мотивации к его поддержанию.

РАЗВИТИЕ КАРИЕСА





При изучении черепов жителей России IX–XII веков было установлено, что кариесом зубов страдали около 3,3 % населения. Это объясняют тем, что выражено стирание зубов, начинавшееся под действием твердой пищи в молодом возрасте, опережало развитие кариеса. С XVII века, когда появился в питании сахар, а пища стала более мягкой, распространенность кариеса резко возросла. К концу XIX века кариозным поражением зубов страдала большая часть населения развитых стран.

Знание механизмов развития кариеса позволяет глубже понять методы профилактики его возникновения и лечения.

Первым этапом в развитии кариеса является образование **зубного налета** — плотного образования, состоящего из микробов и продуктов их жизнедеятельности, фиксированного на поверхности зуба. Зубной налет начинает накапливаться сразу же после чистки зубов, причем если жесткая пища препятствует его накоплению, то мягкая и богатая сахаром, наоборот, способствует резкому увеличению его количества. Даже регулярная чистка зубов утром и вечером не обеспечивает полноценной защиты от закрепления налета на труднодоступных участках полости рта (межзубные участки, фиссуры и зубодесневая поверхность). Постепенно в налете начинают развиваться различные микроорганизмы (в основном стрептококки и лактобациллы), которые продуцируют органические кислоты, разрушающе действующие на эмаль.

Далее воздействие неблагоприятных факторов приводит к деминерализации слоя эмали, расположенного под ее поверхностным слоем, что внешне проявляется образованием **белого пятна**, возникающего примерно через 2–3 недели после начала действия вредного фактора. Этот вид кариеса называют **кариесом эмали**. При этом ни наружный слой эмали, ни более глубокие слои эмали и дентина не повреждаются. Процесс разрушения при своевременном принятии мер можно повернуть вспять с помощью регулярной очистки зоны повреждения от налета и обеспечения эмали зуба полноценным питанием как изнутри, так и снаружи. Кариес в стадии белого пятна обычно

протекает бессимптомно, редко может появиться повышенная чувствительность на химические и температурные воздействия.

Последующее развитие процесса приводит сначала к **поверхностному кариесу** (поражена только эмаль), а затем и к **среднему кариесу** (поражается и эмаль, и дентин), который по международной классификации называют **кариесом дентина**. Начинается образование полости, что сопровождается появлением боли от холодной, сладкой, кислой или соленой пищи.

Следующий этап — **глубокий кариес**, при котором полость в дентине существенно увеличивается, становясь часто во много раз больше входа в нее через эмаль. Это обусловлено тем, что дентин намного мягче эмали и быстрее подвергается разрушению. Боль часто приобретает постоянный характер из-за развития пульпита.

Существует несколько классификаций кариеса:

- **По глубине процесса** (стадия пятна, поверхностный, средний и глубокий кариес). При этом выделяют также кариес, осложненный пульпитом и периодонтитом.
- **По локализации** (кариес в области фиссур, на контактных областях моляров и премоляров, на контактных областях резцов и клыков без вовлечения режущего края и с вовлечением такового, в области шеек зубов (пришеечный)).
- **По пораженным тканям зуба** (кариес эмали, дентина, цемента).
- **По остроте процесса** (острый, хронический, подострый кариес).
- Выделяют также **первичный** (первый кариес зуба) и **вторичный кариес** (кариес ранее леченных (запломбированных) зубов).

Основные **субъективные симптомы кариеса** — повышение чувствительности или боль при температурных, механических и химических воздействиях, воспаление или отек в области поражения и другие.

Однако есть определенные проявления кариеса, которые определяет врач-стоматолог с помощью **осмотра и специальной аппаратуры**. Начальные признаки кариеса, когда лечение наиболее эффективно, можно обнаружить только при тщательном осмотре, поэтому даже при отсутствии повышенной чувствительности и боли необходимо не реже 2 раз в год обращаться к стоматологу. Осмотр проводится с помощью одного или двух зеркал, при хорошем освещении, после изоляции зуба от слюны ватным тампоном, очищения и высушивания его поверхности. При таком осмотре можно установить первые признаки деминерализации эмали, проявляющиеся исчезновением ее блеска и прозрачности, а также появлением матовости и изменением цвета.

Для диагностики и оценки степени поражения эмали и дентина используют также различные методы окрашивания — метиленовым синим (эмаль) и фуксином (дентин).

Более точные данные о начинающихся процессах деминерализации можно получить с помощью прибора ультрафиолетовой диагностики, позволяющего определить скрытые очаги деминерализации по их меньшему свечению по сравнению со здоровой эмалью.

Одним из самых современных методов обнаружения кариеса является лазерная диагностика, которая позволяет обнаружить кариес в таких труднодоступных местах для обычного наблюдения, как фиссуры, корень зуба.

Также используется и обычная рентгенография, однако в настоящее время в стоматологии отдают предпочтение **компьютерной рентгенографии**, которая имеет много преимуществ по сравнению с обычной:

- в десятки раз меньше лучевая нагрузка на организм
- полученное изображение тотчас отражается на экране компьютера, в памяти которого

может храниться в виде файла, пересылаться по электронной почте

- удобнее изучать изображение, которое можно увеличивать, уменьшать, менять контрастность
- позволяет обнаруживать кариес под пломбами, в корне зуба и прочих недоступных обычному осмотру места

Существуют также методы, позволяющие определить наличие риска возникновения кариеса:

- содержание вызывающих кариес микробов в слюне
- pH (реакция) слюны, которая в норме должна быть нейтральной или слабощелочной, при pH менее 5,6 риск развития кариеса существенно увеличивается
- экспресс-определение с помощью тестовых индикаторных полосок концентрации молочной кислоты на языке и сравнение с нормой

В настоящее время все большее применение находят щадящие **методы лечения кариеса**: замена электромеханических сверл лазерными; размягчение пораженного дентина специальными растворами с последующим его механическим удалением без сверления; качественная местная анестезия при работе на болезненных участках зуба и удалении нервов. Причем лазер удаляет лишь пораженную ткань и делает это безконтактно (отсутствие опасности заражения), бесшумно, бескровно и безболезненно.



Лазерное излучение используется не только для лечения кариеса, но и пародонтита, и удаления поддесневых зубных отложений, кист и гранулем.

Непосредственное лечение кариеса зависит от стадии процесса. При начальной стадии деминерализации эмали достаточно провести реминерализующее лечение в течение 10 дней путем

аппликации (прикладывания) или электрофореза различных растворов кальция и фтора. При этом сначала очищают зуб от налета, затем обрабатывают слабым раствором лимонной или другой кислоты, промывают водой и наносят соответствующий раствор на 15 минут, добавляя каждые пять минут свежий раствор.

При поверхностном, среднем и глубоком кариесе проводится удаление пораженных тканей и установка пломбы, закрывающей кариозную полость и восстанавливающей целостность зуба.



Новый метод лечения кариеса зубов без оперативного вмешательства апробирован французскими стоматологами на мышах. Они вводили экспериментальным животным в кариозную полость меланоцитстимулирующие гормоны, которые побуждали клетки тканей зуба к размножению и заращивали повреждение в течение месяца.

Профилактика кариеса:

- оптимизация питания начиная с беременности, кормления грудью и всю оставшуюся жизнь
- тщательный уход за зубами и полостью рта
- регулярное, не менее 1 раза в полгода, посещение стоматологического кабинета
- своевременная герметизация фиссур, покрытие антибактериальным лаком и проведение реминерализующих процедур, особенно на зубах мудрости, исправление неправильного прикуса и неровных зубов

ПУЛЬПИТ

Пульпит — воспаление пульпы зуба. Пульпит имеет место примерно у 30 % обращающихся за стоматологической помощью в связи с зубной болью.

Основной причиной пульпита является несвоевременное лечение кариеса, когда кариозная полость достигает пульпы и вызывает там воспаление инфекционной природы. Однако попадание микробов в пульпу может происходить и восходящим путем из периодонта при отсутствии внешних по-

вреждений коронки зуба. Причем провоцирующее влияние может оказывать переохлаждение организма, травма зуба, токсическое действие пломбирочных материалов и другие факторы, в частности механический вибрирующий бор стоматолога. Возможно возникновение временного пульпита при повышении давления внутри полости зуба, при подъеме на высоту или при дайвинге.

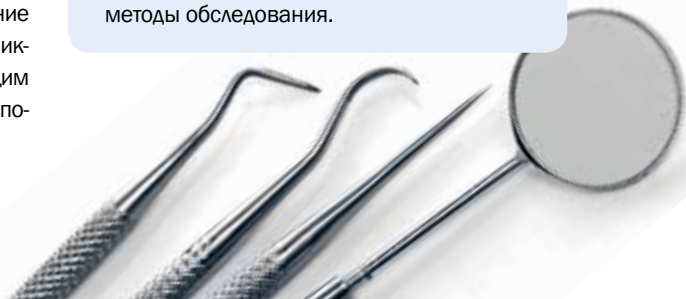
Выделяют **острый** и **хронический** пульпит. Хронический пульпит может быть как следствием острого (в основном), так и возникать при ослаблении защитных сил организма.

Основным симптомом пульпита являются боли разной степени выраженности и длительности. Боль обычно возникает при действии того или иного раздражителя: механического, химического или температурного влияния пищи, надавливания на больной зуб, вдыхания холодного воздуха. После окончания действия раздражителя (удаление из кариозной полости кусочка пищи, полоскание полости рта) боль постепенно затихает. При длительном течении нелеченного пульпита боль может отдавать в тройничный нерв.

Некоторые формы невралгии тройничного нерва могут быть похожи на пульпитные безкариозные боли, поэтому, прежде чем вскрывать здоровый зуб, надо сделать рентгеновский или компьютерный снимок и проконсультироваться у невролога.

Длительное самолечение острого пульпита при глубоком кариесе обезболивающими препаратами может привести к гнойному пульпиту, для которого характерна резкая, нестерпимая, пульсирующая боль, отдающая в ухо, в висок, в область глаза. Горячее питье вызывает резкую боль, а холодное часто эту боль снимает.

Подтвердить наличие пульпита позволяют различные инструментальные (перкуссия, зондирование), аппаратные (рентген, электродиагностика, реодентография) и другие методы обследования.



Пульпит, особенно гнойный, **лечится** в основном удалением нерва (нервов) соответствующего зуба и пломбированием его каналов. Однако в начальных стадиях пульпита можно еще попытаться его восстановить различными методами как при наличии прямого доступа к пульпе через кариозную полость, так и при закрытом воспалении пульпы. Для этого используют антисептические и восстанавливающие пульпу препараты, а также физиотерапевтические методы (лазеротерапию, электрофорез, диатермокоагуляцию).

Для профилактики пульпита основное значение имеет регулярное посещение стоматолога, своевременное лечение кариеса в клиниках, использующих ультразвуковое и лазерное оборудование для обработки зуба, а также водяное охлаждение при механическом сверлении зубов, гигиена полости рта и поддержание иммунитета на высоком уровне.

ГИНГИВИТ

Гингивит — это острое или хроническое воспаление десны, которое может протекать в трех формах: катаральной, язвенной и гипертрофической.



Причинами гингивита могут быть как различные механические повреждения десны (ушибы, царапины, порезы), так и ожог горячей пищей. Однако основной виновник — размножение микробов в десне, попадающих туда из богатого микроорганизмами зубного налета. При этом

под действием микробных токсинов налет сначала развивается острый (через 3–4 дня), а затем при непринятии мер через 3–4 недели — хронический гингивит.

Одним из факторов, способствующих накоплению микробов в десне, может быть придесневой кариес. Вместе с тем определенное влияние может оказывать и ослабление иммунитета при гриппе и других вирусных инфекциях, а также заболевания инфекционной и неинфекционной природы. Десны могут повреждаться и при неправильно поставленной пломбе или плохо подогнанном протезе, нарушениях прикуса.



Гингивит, пародонтит и пародонтоз, по данным Всемирной организации здравоохранения, встречаются у 75 % жителей планеты старше 18 лет.

Острый катаральный гингивит (простое воспаление десен) чаще возникает у детей, подростков и людей молодого возраста (до 35 лет). **Основными его симптомами** являются покраснение (краснота вокруг шеек зубов) и отек десен нескольких или всех зубов, разной степени кровоточивость десен (зависит от интенсивности воспаления) при чистке зубов и/или приеме твердой пищи, наличие зубного налета или камня, может быть повышенная чувствительность десен к кислоте, сладкому или соленому, иногда зуд. Все симптомы обычно проходят после принятия простейших мер — полоскания полости рта отварами трав, использования более мягких зубных щеток, поэтому люди редко обращаются к врачу. Однако появление неприятного запаха изо рта на фоне этих ощущений со стороны десен, в том числе боли, может указывать на переход острого гингивита в хронический, что должно насторожить и заставить больного обратиться к стоматологу.

Лечение катарального гингивита заключается в первую очередь в устранении зубного налета и/или камня специальными инструментами и аппаратурой, которое проводится после стихания острых проявлений. Процедуру осуществляют вслед за полосканием рта противомикробными средствами (хлоргексидин, фурацилин) и под местным

обезболиванием с помощью специальных гелей. Следующим этапом обычно является лечение кариозных зубов, особенно при наличии придесневого кариеса.

Обязательной является чистка зубов после каждого приема пищи, полоскание рта настоями и отварами трав (ромашка, шалфей). Если краснота и отечность не исчезают, то используют специальные противовоспалительные мази.

После нормализации состояния десны **для профилактики** обострения и улучшения восстановления тканей десны рекомендуется проведение пальцевого самомассажа десен, а также увеличение в питании твердой пищи.

Завершающим этапом лечения и закрепления успеха может быть профессиональная чистка зубов, которую затем рекомендуется проводить регулярно при очередном посещении стоматолога 1 раз в полгода или реже по мере необходимости.



Катаральный гингивит является начальной, но легко обратимой стадией пародонтита. Не следует затягивать с лечением, даже если гингивит сильно не беспокоит. Здоровые десны являются залогом крепких зубов.

Язвенный гингивит чаще всего развивается при неполноценном лечении хронического катарального гингивита, реже возникает при сильном ослаблении защитных сил организма на фоне вирусных инфекций, переохлаждения, стресса и других факторов. **Характерным симптомом** является резкая боль, обусловленная появлением язв на деснах, усиливающаяся при приеме пищи, разговоре и чистке зубов. Наряду с болью отмечаются длительная кровоточивость десен, неприятный, гнилостный запах изо рта, часто бывают повышение температуры, слабость, головная боль, боли в суставах и мышцах. При осмотре выявляются бледность кожи и землистый цвет лица, увеличе-

ние и болезненность подчелюстных лимфатических узлов, серый налет на красных кровотокающих деснах, после снятия которого обнажаются язвочки. При длительном течении нелеченного язвенного гингивита больные худеют в связи с уменьшением количества принимаемой пищи из-за болей и общей интоксикации организма.

В лечении язвенного гингивита вместе с местными противовоспалительными и антисептическими процедурами внутрь используют противомикробные препараты широкого спектра действия. Для снятия болей, особенно перед приемом пищи, применяют специальные мази и гели с обезболивающим действием.

Основным в профилактике язвенного гингивита является своевременное и качественное лечение хронического катарального гингивита и кариеса зубов. Кроме того, ведущие российские и зарубежные стоматологи придают большое значение повышению защитных сил организма (закаливание, полноценное питание) и гигиене полости рта.

Гипертрофический гингивит — хроническое воспаление десен, проявляющееся их разрастанием. Чаще всего является следствием хронического катарального гингивита на фоне травматизации десен неправильным прикусом, плохо подогнанными протезами и пломбами. Развитие гипертрофического гингивита может быть обусловлено также и гормональными нарушениями, особенно при беременности, приемом некоторых препаратов.

При гипертрофическом гингивите десна или несколько десен увеличиваются в размерах, происходит деформация межзубных десневых сосочков. При отечной форме гингивита возможны повышенная кровоточивость, краснота и незначительная боль.

Лечение, сходное с лечением катарального хронического гингивита, проводится после устранения основных причин разрастания и снятия острых проявлений. При отсутствии эффекта ис-

пользуют хирургическое удаление лишних тканей десны или их прижигание.

Пародонт представляет собой комплекс тканей, окружающих зуб, которые обеспечивают его фиксацию в челюсти и обмен веществ. В состав пародонта входят: альвеолярная кость челюсти, в лунках которой располагаются корни зубов; связочный аппарат зуба (периодонт); цемент корней зубов и десна, покрывающая эти ткани снаружи.

ПАРОДОНТИТ

Пародонтит — воспаление всех тканей пародонта с постепенным их разрушением, в результате чего нарушается прочность соединения зуба с десной и лункой.

Выделяют следующие формы пародонтита:

- по степени тяжести — легкий, средней тяжести и тяжелый
- по скорости развития — острый и хронический
- по распространенности — локализованный (очаговый), если затронуто не более 30 % зубов, и генерализованный, когда пародонтитом поражено более 30 % зубов

Основные причины пародонтита те же, что и гингивита, так как чаще всего отмечается **хронический пародонтит**, развившийся из нелеченного или недолеченного гингивита. При этом в десне возникает зубодесневой карман (щель между шейкой зуба и десной), в котором постепенно скапливается зубной налет, преобразующийся со временем в камень. Определенное значение в развитии пародонтита имеют дефицит витаминов и нарушение обмена веществ. Различные острые вирусные и микробные заболевания (грипп, пневмония) могут вызывать обострение хронического пародонтита. Провоцирующими факторами могут быть и обычные, неинфекционные заболевания, в особенности органов пищеварения (гастриты, колиты) и сердечно-сосудистой системы (атеросклероз), сахарный диабет и другие.

Острый пародонтит, развивающийся из-за сильного механического (травма) или химического (мышьяк) повреждения пародонта, встречается гораздо реже хронического.



СХЕМА РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА



Начальные симптомы пародонтита сходны с таковыми при хроническом гингивите: кровоточивость, зуд, пульсация в десне, боль при жевании и чистке зубов. Должно насторожить усиление боли, резкое увеличение чувствительности зубов из-за обнажения десен, появление густой, вязкой, липкой слюны, иногда ржавого цвета, а также неприятный запах изо рта, замечаемый пока только посторонними. Обращение к стоматологу на этом этапе еще может спасти зубы.

Однако больные привыкают к неполадкам в ротовой полости, развивающимся очень постепенно, и чаще всего обращаются за помощью только тогда, когда возникает повышенная подвижность зубов (расхождение верхних резцов), появление язвочек и гноя из межзубных промежутков, сопровождаемое сильным гнилостным запахом, воспринимаемым уже самим больным.



Одновременно в полости рта могут находиться и здоровые зубы, и зубы, пораженные пародонтитом разной степени тяжести, в том числе и такие, которые еще можно спасти.

На последней стадии пародонтита происходит полное разрушение связочного аппарата и костной ткани, удерживающих зуб, и зубы выпадают сами во время разговора, еды и сна или легко вынимаются больным.

Для постановки **диагноза** пародонтит обычно достаточно осмотра и зондирования зубодесневых карманов. Для более точного определения степени и характера поражения делают панорамный снимок челюстей, иногда трехмерную компьютерную томограмму.

Лечение пародонтита в зависимости от стадии и тяжести процесса проводится комплексно с использованием самых разнообразных методов (медикаментозных, физиотерапевтических, хирургических, ортодонтических). Процесс лечения, особенно в запущенных случаях, длительный — от нескольких месяцев до года и более. Однако основное лечение длится не так долго, в отличие от восстановительного и поддерживающего курсового лечения с обязательным посещением стоматолога для его проведения 1 раз в 3 месяца.



Непосредственно лечение начинают с ликвидации обострения хронического пародонтита. Сначала снимают острые проявления с помощью антибиотиков, путем вскрытия гнойников, обработки полости рта дезинфицирующими и противовоспалительными средствами. Затем проводится стандартное лечение, заключающееся в устранении факторов, раздражающих пародонт: лечение кариеса, удаление зубного налета и камня. Проводится обязательное обучение больного правилам гигиены полости рта и чистки зубов.

Следующим этапом является медикаментозная обработка зубодесневого кармана с помощью различных препаратов с одновременным удалением зубных отложений. Иногда бывает достаточно 4–5 таких обработок для достижения лечебного эффекта.

В запущенных случаях проводится еще один этап — **хирургическое лечение**, так называемый **кюретаж**, заключающийся в удалении поддесневых зубных отложений и разрушенных тканей с введением в обработанный карман антибактериальных препаратов. Кроме того, выполняются различные процедуры, улучшающие кровообращение и процессы костеобразования в пародонте. Еще недавно эта операция делалась с помощью металлического инструмента (кюреты) и была очень болезненной, в настоящее время кюретаж проводится с помощью специальных лазеров бескровно и почти безболезненно. При значительной подвижности зубов перед операцией делают временное шинирование (закрепление зубов специальной особо прочной нитью) и временное протезирование (при удалении части зубов).

Фотодинамическая терапия позволяет обойтись без операции даже при запущенном пародонтите. При этом десны, в том числе и зубодесневые карманы, на полчаса смазывают хлорофиллом из зеленой водоросли спирулина, под действием которого в больных клетках пародонта образуются фотосенсибилизаторы. Последующая обработка пораженных тканей десны лазерным светом приводит к распаду этих веществ и выделению активного кислорода, который уничтожает и больные клетки, и болезнетворные бактерии. Воспаленные ткани при этом легко удаляются, а зубодесневой карман закрывается. Затем проводят восстановление утраченной костной ткани с помощью специальных препаратов, способствующих усилению роста костных клеток, а также с помощью стволовых клеток.

ПАРОДОНТОЗ

Пародонтит — хроническое невоспалительное заболевание тканей пародонта, заключающееся в нарушении обменных процессов в них и постепенной их атрофии, что приводит к подвижности и выпадению зубов. Часто сопутствует таким заболеваниям, как сахарный диабет, ожирение, и другим эндокринным нарушениям и хроническим заболеваниям внутренних органов, в особенности сосудистым (атеросклероз, артериальная гипертензия, вегетососудистая дистония), реже беременности.

Среди **факторов риска** развития пародонтита основное значение имеют некачественная гигиена и несвоевременное лечение кариеса и других болезней полости рта, а также отсутствие нагрузки на зубы, питание мягкой пищей, дефицит витаминов и минеральных веществ. Определенное влияние могут оказывать нарушения прикуса и их несвоевременное исправление, стрессы, неблагоприятная наследственность.

Пародонтит, в отличие от других заболеваний пародонта, не вызывает на ранних стадиях болевых и других неприятных ощущений, что приводит к запоздалому обращению к стоматологу. При пародонтите нет красноты, отека и кровоточивости десен, наоборот, десны могут быть бледнее,

чем в норме. Однако разрушение пародонта, так же как и при пародонтите, все-таки постепенно происходит, что внешне выражается в обнажении шейки зубов.

Из симптомов обычно отмечается только зуд в деснах.

При отсутствии лечения обнажаются и корни зубов (так называемый симптом «удлинения» зуба), что сопровождается усилением чувствительности к температурным и другим раздражителям; в запущенных стадиях повышается подвижность зубов. На рентгеновских снимках часто видны небольшие очаги остеопороза (разрежения костной ткани) в межзубных перегородках и лунках. При присоединении инфекции и развитии воспаления пародонтит может переходить в пародонтит, со свойственными ему симптомами и проблемами.

Лечение пародонтита обычно проводят в 2 этапа.

На первом этапе лечат внешние нарушения и проявления. Для этого используют различные средства, снижающие повышенную чувствительность зубов (фторирование выступающих частей шейки и корня, покрытие их специальными пленками). Кроме того, проводят чистку и лечение зубов (пломбирование дефектов). При необходимости проводят ортодонтическое лечение (установка протезов, исправление прикуса). Чем раньше от момента начала пародонтита человек обратится к стоматологу, тем меньше разрушений в деснах, костях и зубах и тем больше шансов на полное выздоровление. Однако и при далеко зашедшем процессе в современных, хорошо оснащенных стоматологических клиниках можно излечить пародонтит, сведя до минимума его разрушительное действие; только стоит это будет гораздо дороже.

На втором этапе занимаются улучшением обмена веществ в тканях пародонта с использованием препаратов противоатеросклеротического действия, улучшающих состояние сосудов и кровотока в них, антиоксидантов и других. Для лучшего насыщения тканей кислородом и другими биологически активными веществами применяют аппликации озоносодержащих растворов, электрофорез минеральных веществ.

Одновременно на обоих этапах рекомендуется регулярно массировать десна, принимать витаминно-минеральные комплексы, правильно питаться и, конечно, хорошо чистить зубы. Вместе с тем необходимо выявление и обязательное лечение имеющихся заболеваний внутренних органов и обмена веществ.

Периодонт представляет собой соединительно-тканное образование (в основном периодонтальная связка, а также различные клетки, нервы и сосуды), заполняющее периодонтальную щель между корнем зуба и альвеолой, соединяя их друг с другом. Периодонт является составной частью пародонта.

Периодонтит — воспалительное заболевание тканей периодонта в области верхушки (кончика) корня зуба, являющееся одной из основных причин удаления зубов (до 40 %).

Наиболее частой причиной периодонтита является микробная инфекция, попадающая в периодонт как из больных кариесом или пульпитом зубов, так и извне — из полости носа, гайморовых пазух. Кроме того, возможно развитие периодонтита при воздействии механических (чрезмерное давление на зубы плохо подогнанной пломбой или мостом, травма зуба, повреждение штифтом), химических (лекарства, применяемые при лечении пульпита и пломбировочный материал), а также и аллергических (лекарства и материал пломб) факторов. Нередко является следствием некачественно вылеченного пульпита. Провоцирующее действие оказывают различные заболевания внутренних органов и снижение защитных сил организма после перенесенных инфекционных заболеваний и переохлаждения.

Выделяют острый и хронический периодонтит. В начальной стадии **острого периодонтита** отмечается нерезко выраженная ноющая боль и повышенная чувствительность при жевании в конкретном зубе; при постукивании по зубу также есть

слабая реакция, внешних проявлений обычно никаких нет. При прогрессировании воспаления через 2–3 дня (иногда больше) появляется отек и краснота в области корня больного зуба и соответствующей стороны щеки, боль усиливается, становится пульсирующей, отдает по ходу ветки тройничного нерва, а иногда во всю челюсть. Причем резкую боль вызывает даже слабое прикосновение к зубу. Все это указывает на нарушение оттока воспалительных выделений из периодонта.

При отсутствии лечения возможен переход острого периодонтита либо в хронический (чаще всего), либо, если организм не справится с попавшей в периодонт инфекцией, в гнойник (абсцесс) вокруг корня зуба. В последнем случае наблюдаются ухудшение общего состояния, незначительное повышение температуры тела, нарушение сна (симптом бессонной ночи), увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов. Большинство больных именно на этом этапе и приходят к стоматологу, хотя на самом деле бежать надо было сразу, как только появилась боль и неприятные ощущения.

При **хроническом периодонтите** чаще всего отмечаются неприятные ощущения (чувство тяжести, распирания) и болезненность при жевании, надавливании или постукивании по зубу, увеличение подвижности зуба, кровоточивость десен. Иногда проявления хронического периодонтита настолько слабые, что он обнаруживается случайно на рентгене по поводу лечения соседних зубов, однако гораздо чаще из-за переохлаждения, стрессов, травм или заболеваний происходят регулярные обострения хронического перио-



донтита. Причем с каждым обострением воспаление развивается быстрее и протекает тяжелее, все больше и больше разрушая ткань периодонта. При обострении наблюдаются те же симптомы, что и при остром периодонтите на фоне повышенной подвижности зубов, разрушения межзубных перегородок и усиления кровоточивости десен. При присоединении инфекции возможно образование гранулемы, кисты и абсцесса, прорыв гноя наружу (свищ) и другие местные осложнения. Очаг инфекции в зубе при длительном течении хронического периодонтита может быть причиной заболеваний сердца (эндокардит, миокардит), почек, суставов.

Лечение периодонтита проходит в несколько этапов и заключается в обеспечении оттока гнойно-воспалительной жидкости, устранении инфекции и воспаления. При первом посещении после осмотра и рентгена обычно вскрывается канал зуба и через него удаляются инфицированные ткани с последующим введением противовоспалительных и противомикробных средств. Канал закрывают временной пломбой и при следующих посещениях, которых может быть до 5 и больше (в зависимости от глубины поражения), снова обрабатывают канал и закладывают лекарства до тех пор, пока не исчезнет воспаление. Затем пломбируют каналы корня и ставят косметическую пломбу.

При сильном отеке после очередной обработки каналов рекомендуется прикладывание холода на место отека в течение первых 2–3 часов на 5–10 минут каждые полчаса.

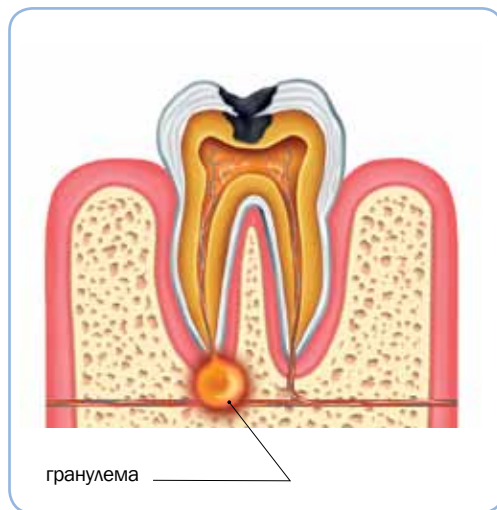
В некоторых случаях, например при непроходимости канала корня, вскрывают периодонт со стороны челюсти на уровне верхушки корня и проводят соответствующее лечение. Иногда, особенно при наличии сопутствующих заболеваний сердца и почек, вместе с местным лечением применяют сульфаниламидные препараты или антибиотики.

При запущенном периодонтите и больших разрушениях тканей вокруг корня проводят удаление верхушки корня зуба наряду с пломбированием его каналов. Удаляют зуб при периодонтите только при неэффективности примененных лечебных мероприятий или непроходимости

каналов зуба. Удаление зуба обычно приводит к быстрому стиханию боли и воспаления.

Спасти зуб от удаления помогает недавно разработанный метод **депофореза** (типа электрофореза), заключающийся в уничтожении микробов и снятии воспаления ионами меди и кальция, проникающими во все ткани периодонта, до которых не добраться стоматологу обычным путем.

ГРАНУЛЕМА И КИСТА ЗУБА



Гранулема — это ограниченное воспаление периодонта, представляющее собой небольшое округлое образование, расположенное в области зубного корня. Часто является следствием нелеченного периодонтита, но может возникать и самостоятельно в результате травмы зуба или попадания инфекции при ослаблении защитных сил организма.

Обычно протекает с периодами обострения и стихания воспалительного процесса с постепенным увеличением размеров пораженного участка. Местными осложнениями гранулемы при отсутствии лечения являются киста и абсцесс зуба, флюс, свищ, общими — инфекционно-воспалительные заболевания сердца, почек, суставов и других органов и систем. В частности, довольно часто не поддающийся

лечению хронический насморк или гайморит бывают обусловлены гранулемами или кистами верхних зубов, граничащими с полостью носа и гайморовыми пазухами. При высоком уровне защитных сил организма воспаление в гранулеме может временно исчезать, а ее полость зарастать.

Субъективные ощущения и внешние признаки в начальной стадии развития гранулемы зуба нередко отсутствуют, появляясь только при обострении процесса. Поэтому гранулему часто обнаруживают случайно при лечении рядом стоящих зубов. Обострению гранулемы способствуют переохлаждение, вирусные (ОРВИ, грипп) или бактериальные инфекции (ангина, пневмония), стрессы, переутомление. Каждое обострение гранулемы, сопровождающееся сильной болью, отеком и покраснением десны в области верхушки пораженного корня, приводит к разрушению тканей зуба и увеличению размеров полости капсулы. При отсутствии лечения зуб темнеет, а гранулема превращается в кисту, влияние которой на зуб и на весь организм более неблагоприятное, а лечение более трудное, чем гранулемы.



Своевременное лечение гранулемы зуба позволяет избежать указанных осложнений и спасти зуб.

Киста зуба отличается от гранулемы не только размерами, но и большим разрушением костных тканей вокруг корня зуба и самого корня, а также более частыми обострениями. При обострении кисты возникает очень сильная боль в области зуба, всей челюсти, а иногда и головы, опухают и становятся болезненными подчелюстные и шейные лимфатические узлы, отекает не только десна, но и щека. До возникновения обострения человек чаще всего и не подозревает об имеющейся у него кисте или гранулеме, так как весь процесс происходит внутри и на вид больной зуб ничем не отличается от здорового.

До недавних пор основным методом **лечения** была операция, в ходе которой удаляли гранулему или кисту, а также поврежденный участок корня зуба.

В настоящее время все шире используются нехирургические методы лечения этих поражений, в частности, **депофорез** ионами меди и кальция, создающий в каналах зуба и периодонте запас этих веществ, уничтожающих микробов и воспаление в кисте. Ионы меди и кальция, попавшие в ткани периодонта и каналы корня надолго остаются там, препятствуют микробному заражению и обострению процесса. Для полного излечения достаточно всего трех процедур депофореза, затем зуб пломбируется.

Существует еще одна современная методика — **трансканальный лазерный диализ**, — при которой лазерным лучом, введенным с помощью световода через канал зуба, испаряют кисту, уничтожая вместе с ней и микробов, вызывающих воспаление.

Однако не везде есть такая аппаратура, поэтому в большинстве стоматологических клиник, особенно в небольших городах, сохраняют зубы путем постепенного устранения инфекции в корневых каналах с помощью противовоспалительных и противомикробных средств. Это, конечно, дольше, чем при депофорезе, но тоже позволяет довольно эффективно без операции убрать кисту.

Хирургическое лечение позволяет довольно быстро ликвидировать и очаг воспаления, и боль, надежно очистить пораженный участок и навсегда избавиться от кисты или гранулемы, поэтому часто используется при отсутствии альтернативных методов или при очень большом поражении зуба и окружающих тканей. Удаление зуба вместе с кистой — крайняя мера, применяемая при невозможности его спасти.



УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ

Опытный стоматолог никогда не удалит зуб, даже если от него остался только один здоровый корень, так как последний можно использовать для закрепления штифта и установки коронки, что будет гораздо безболезненнее, дешевле и надежнее, чем вживление на место удаленного зуба импланта.

Существует множество заболеваний зубов, при которых удаление зуба кажется единственным выходом как для стоматолога, так и для больного, от сильной боли готового на все, лишь бы этот ужас быстрее закончился. Однако в настоящее время в любом крупном городе имеются стоматологические клиники, использующие новейшие высокотехнологичные методы лечения, которые позволяют сохранить зуб в самых безнадежных случаях. Соглашаться на удаление зуба нужно только в крайнем случае и предварительно проконсультировавшись не у одного, а у двух-трех врачей. Особенно часто врачи рекомендуют удалять зуб при кисте, хотя его можно спасти путем довольно несложной операции. Тем не менее имеется ряд состояний, когда срочное или плановое удаление зуба необходимо.

Зуб следует удалять в срочном порядке при гнойных процессах в периодонте, остеомиелите, абсцессах, флегмонах и в том случае, когда консервативное или оперативное лечение (антибиотики, вскрытие гнойника) не дало результата или невозможно при одновременном ухудшении состояния больного. Точно так же необходимо срочно удалять поврежденные зубы, которые невозможно восстановить ортодонтически, например при продольном переломе.

В плановом порядке, то есть не спеша, удаляют зубы, не оказывающие опасного для жизни влияния на организм.

Это в первую очередь зубы, которые невозможно вылечить из-за анатомических особенностей их строения (искривленные непроходимые каналы корней). Во-вторых, при сильном разрушении коронки и/или корня и невозможности их использования для протезирования (в этом случае лучше проконсультироваться в нескольких стоматологических клиниках, так как точка зрения врачей и возможности по протезированию в разных клиниках могут существенно отличаться).

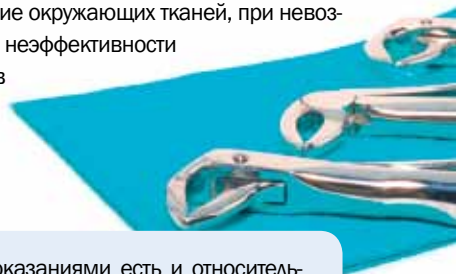
Обязательно надо удалять неправильно расположенные зубы, которые постоянно травмируют слизистую оболочку языка, а исправить их положение невозможно (тоже желательно несколько консультаций). Обычно удаляют шатающиеся зубы (подвижность III степени) при тяжелом, не поддающемся лечению пародонтите или пародонтозе.

Удалению также подлежат не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспаление окружающих тканей, при невозможности или неэффективности других способов лечения.

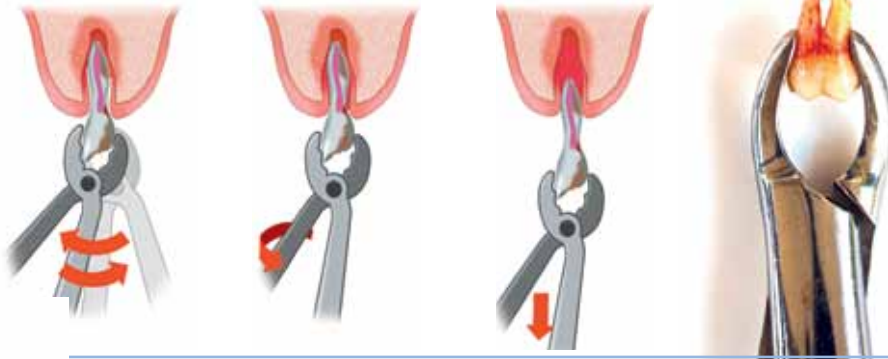
Наряду с показаниями есть и относительные (временные) противопоказания к удалению зубов. К ним относятся острые заболевания сердечно-сосудистой и нервной систем, почек, а также грипп, пневмония. Не следует удалять зубы в предынфарктном состоянии и в первые 3–6 месяцев после инфаркта и инсульта, при обострении артериальной гипертензии, при резко пониженной свертываемости крови и некоторых других заболеваниях.

При необходимости экстренного удаления зуба в указанных случаях операцию проводят в условиях больницы после предварительной госпитализации такого больного в соответствующее основному заболеванию отделение.

Наряду с перечисленными общими противопоказаниями существуют и местные ограничения к удалению зубов: острые гнойно-воспалительные заболевания слизистой оболочки рта, в том числе аллергического характера, доброкачественные и злокачественные опухоли и некоторые другие.



УДАЛЕНИЕ ЗУБА



Перед удалением зуба должен тщательно осмотреть больного, подробно расспросить о состоянии. Если он забывает это сделать, можно самим уточнить у него, есть ли то или иное заболевание. Показанием к удалению или по-прежнему к осторожному удалению зуба. Поэтому, следует обязательно сказать, принимаете ли вы какие-либо лекарства, снижающие свертываемость крови (аспирин, варфарин или другие противосвертывающие препараты), которые на 1–3 дня придется отменить. Грамотный врач должен сделать один или несколько рентгеновских (компьютерных) снимков для планирования операции. При наличии воспаления, особенно гнойного, стоматолог может назначить антибиотик за 1–2 дня до операции и еще на 1–2 дня после нее.

Желательно в день операции после последнего приема пищи тщательно почистить зубы. Это наряду с дезинфекционной обработкой полости рта (полоскание рта хлоргексидином), проведенной хирургом, позволит уменьшить вероятность попадания в рану зубного налета и микробов слюны и предупредить ее инфицирование.

Непосредственно перед операцией надо снять стесняющую одежду, ослабить ремень, расстегнуть воротничок рубашки или платья. Сама операция начинается с обезболивания, причем для уменьшения дискомфорта от инъекций, которых может быть несколько, можно попросить врача смазать места введения иглы обезболивающим гелем. При правильно проведенном обезболивании зуб и вся половина лица на месте удаления полностью теряют чувствительность. Если же во время манипуляций ощущается боль, то надо либо еще немного подождать, пока подействует обезболивающее, либо попросить врача сделать еще один укол. Терпеть, особенно сильную боль, нельзя.

После удаления зуба лунка заполняется кровью, которая через 2–5 минут свертывается, образуя сгусток, защищающий рану от попадания инфекции, поэтому, чтобы не вымыть этот сгусток, нельзя принимать пищу и полоскать рот 3–4 часа после операции.



Важные советы, которых надо придерживаться

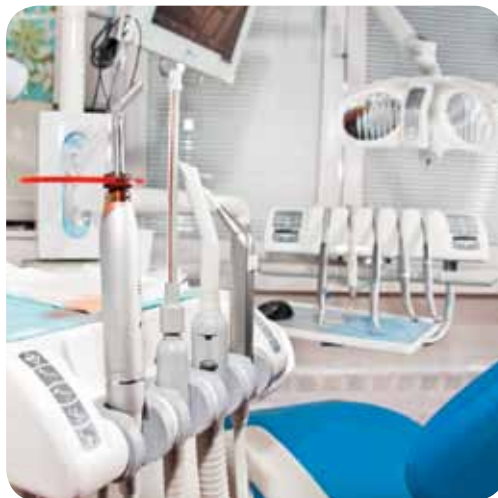
- Не прикасаться языком или руками к месту операции.
- Не употреблять острую и горячую пищу в день после операции, а прием алкоголя исключить на 3 дня; в течение суток после удаления есть жидкую и мягкую пищу.
- Спать в первые сутки на стороне, противоположной оперированной.
- В течение 3 дней не допускать тяжелых физических нагрузок, переохлаждения и перегревания (баня, сауна, горячая ванна).
- 2–3 дня после каждого приема пищи полоскать рот (держат во рту 2–3 минуты) слабым раствором перманганата калия (1 : 3000), или 0,12%-ным раствором хлоргексидина, или отваром шалфея, ромашки и/или солевым (на стакан воды половина чайной ложки соли, можно заменить ложкой соды).
- При сильном отеке можно на 10–15 минут каждый час прикладывать холод (грелка, бутылка со льдом); тепло на место операции запрещено.
- Чистить зубы в первый день после удаления можно только на стороне, противоположной оперированной; на следующий день можно очень аккуратно почистить зубы, используя мягкую зубную щетку.
- Обычно боль после операции небольшая и быстро проходит; травматичная операция может сопровождаться сильной болью, тогда принимают обезболивающие. Если через 2–3 дня боль не прекратилась, надо идти к стоматологу — дольше терпеть нельзя, так как скорее всего в ране остались осколки зуба или развилась инфекция (альвеолит). Срочно идти к врачу надо и в случае, если исчезнувшая после операции боль появляется через 3–4 дня, что также указывает на развитие инфекции, которая может вызвать такие тяжелые осложнения, как абсцесс, флегмона, остеомиелит.



Одним из редко встречающихся осложнений может быть онемение губы, языка или подбородка, связанное с повреждением нервов. Обычно оно проходит через несколько дней, реже недель или даже месяцев.



Полное заживление раны происходит примерно через 2 недели, а заполнение лунки костной тканью — через 4 месяца.



АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТИ

Абсцесс челюсти — ограниченное гнойное воспаление подкожных или подслизистых тканей нижней или верхней челюсти с образованием полости, наполненной гноем.

Основной причиной является попадание инфекции из зубодесневого пространства при хроническом периодонтите, кисте корня зуба, затрудненном прорезывании зуба мудрости. Реже абсцесс челюсти может быть вызван инфекцией, попавшей в челюсть по кровеносному руслу извне — из очагов хронического тонзиллита (ангина), гайморита, различных заболеваний кожи (фурункулез). Травмы челюстной области, снижение защитных сил организма в результате болезни или дефицита пищевых веществ могут спровоцировать развитие абсцесса.

Симптомы. При абсцессе челюсти определяется покрасневшая мягкая припухлость в области поражения, обычно легко прощупываемая снаружи челюсти или в полости рта. Боль слабовыраженная, усиливающаяся при надавливании на припухлость, при жевании или при глотании, разговоре в зависимости от места расположения абсцесса. Отмечается общее недомогание, может быть головная боль, небольшое повышение температуры, усиливающиеся при отсутствии лечения. Может случиться самопроизвольное вскрытие абсцесса,



сопровождающееся улучшением состояния. Однако в связи с тем, что очаг инфекции не ликвидирован, возможны частые обострения, переход в хроническую форму и развитие осложнений от аллергических до поражения сердечно-сосудистой системы, почек и других органов.

Лечение состоит во вскрытии абсцесса, удалении гноя и промывании дезинфицирующими растворами. Рекомендуется полоскание полости рта растворами фурацилина, хлоргексидина, соды. При далеко зашедшем процессе, протекающем с высокой температурой, используют антибиотики. Для уменьшения боли при жевании рекомендуются жидкая и протертая пища (супы, пюре, кисели).



Для профилактики абсцессов необходимо вовремя лечить любые заболевания зубов, особенно периодонта, а также инфекционные заболевания других органов и систем (гайморита, фурункулеза, ангины — удаление миндалин), придерживаться рационального питания с достаточным количеством белков и витаминов, закаляться.

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ЗУБОВ

Имеются болезни зубов, которые, особенно на начальных стадиях, не вызывают болевых и других неприятных ощущений. Кроме того, в их возникновении не имеет значения микробный фактор, в связи с чем их называют некариозными болезнями (правильнее назвать негнийными или немикробными). Поэтому люди долго не обращаются за помощью, что приводит к развитию осложнений, часто заканчивающихся потерей зубов.



ФЛЮОРОЗ

Флюороз — поражение костной системы, в том числе и зубов, вследствие избыточного поступления в организм фтора. Причинами является высокое содержание фтора в окружающей природной среде (эндемический флюороз) или в воздухе промышленных предприятий (профессиональный флюороз).



Эндемический флюороз чаще всего связан с употреблением воды из глубоких подземных источников с высоким содержанием фтора; реч-

ная вода, напротив, содержит слишком малое количество фтора. Известны экзотические случаи флюороза при употреблении в большом количестве крепкого чая (более 15–20 чашек в день), являющегося одним из растений, интенсивно накапливающих фтор.

Однако флюороз зубов развивается не у всех проживающих в местности с высоким содержанием фтора в воде, что указывает на наличие у них механизмов защиты против избытка фтора.



Доказано, что нерациональное питание с избытком жира, дефицитом ряда витаминов и минеральных веществ, а также пищевых волокон усиливает предрасположенность к флюорозу, ускоряя его развитие.

Известно, что при суточном введении в организм человека с водой и пищей около 3 мг фтора он выполняет функцию биологического элемента, принимая участие в фосфорно-кальциевом обмене и тем самым способствуя нормальному строению и функционированию зубной и костной ткани. При оптимальных концентрациях фтора в питьевой воде (0,8–1,0 мг/л) он обладает противокариозным действием, а при повышенном его содержании может развиваться флюороз.

Флюороз **проявляется** поражением эмали зубов: от одиночных небольших полосок или пятен светло-желтого цвета на отдельных зубах (при небольшом превышении содержания фтора в воде) до поражения всех зубов сливающимися друг с другом крупными пятнами темно-коричневого цвета (при содержании фтора в воде более 5–10 мг/л). Появление темных пятен на отдельных зубах указывает на развитие тяжелых эрозивно-деструктивных форм флюороза, при которых идет интенсивное разрушение зубов, выражающееся в повышенной их стираемости и хрупкости.

Лечение легких форм флюороза при отсутствии разрушения эмали проводится путем отбеливания с последующей реминерализацией специальными растворами и пастами. Такие курсы повторяют по мере появления новых пятен на зубах. При тяжелом поражении применяют различные методы восстановления целостности эмали и формы зуба: установка пломб, коронок, штифтов при отломе или стирании большого куска зуба.

Основным методом профилактики флюороза в условиях конкретных населенных пунктов является замена водопроводников с высоким содержанием фтора на источники с малой его концентрацией (подземных на речные), дефторирование воды.

Проживающим в районах с высоким содержанием фтора в воде необходимо применять меры по индивидуальной профилактике флюороза с момента рождения ребенка и всю жизнь. Для этого ребенок должен как можно дольше находиться на грудном вскармливании, пить его надо только бутилированной, привозной из другого региона водой. Предупреждению флюороза у детей помогает вывоз их ежегодно на летний период из эндемичных по фтору районов. Питание и детей, и взрослых должно содержать достаточное количество витаминов С, Е и группы В, кальция и магния. Следует уменьшить использование жирной пищи до нижней границы потребности в жирах, увеличив при этом употребление растительных продуктов, богатых пектином и клетчаткой, которые способны связывать фтор в кишечнике и выводить его из организма. Одновременно надо существенно ограничить продукты, богатые фтором (чай, морская рыба, животное масло, шпинат). Для очистки воды от фтора использовать специальные фильтры, а при невозможности очистки разбавлять воду из подземных источников бутилированной или чистой дождевой водой.

ГИПОПАЗИЯ

Гипоплазия — это недоразвитие всего зуба или его отдельных тканей, среди которых наиболее часто наблюдается гипоплазия эмали. Основной причиной гипоплазии является нарушение минерального и белкового обмена во время формирования зачатков зубов. И если гипоплазия молочных зубов обусловлена заболеваниями беременной (краснуха, токсоплазмоз, тяжелый токсикоз), то гипоплазия постоянных зубов — болезнями ребенка в 5–8-месячном возрасте (корь, скарлатина, рахит, гипо- и авитаминоз).

Выделяют **легкую форму** гипоплазии эмали, при которой видны белые, реже желтоватые пятна на эмали, толщина которой не нарушается. Более **серьезные изменения** отмечаются при недоразвитии отдельных участков эмали (волнистая, точечная, бороздчатая эмаль), хотя целостность самой измененной эмали не нарушена (в основном косметический дефект). **Тяжелая форма** гипоплазии эмали — ее истончение или полное отсутствие на отдельных участках зуба — встречается, к счастью, редко. Только тяжелая форма гипоплазии сопровождается повышением чувствительности или небольшой болью на температурные или химические раздражители.

Радикального лечения гипоплазии нет, проводится в основном косметическое пломбирование видимых пятен материалами, соответствующими цвету здоровой эмали зуба. При серьезных дефектах эмали зубы покрывают искусственными коронками.

Для профилактики гипоплазии огромное значение имеет разумное поведение беременной (раннее обращение в женскую консультацию, здоровое питание, своевременное лечение болезней, ограничение контактов во время эпидемий гриппа), а также предупреждение заболеваний и нарушений питания у ребенка первого года жизни.



ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ

Различают нормальную (физиологическую) и повышенную (патологическую) стираемость. В норме от трения зубов о продукты питания и друг о друга происходит постепенное стирание сначала эмали, которая к 40 годам почти полностью стирается на жевательных буграх премоляров и моляров, а также на режущих краях и буграх клыков. Постепенно к 50 годам стирается и часть дентина, который окрашивается в желто-коричневый цвет. К 60 годам изрядно стираются и передние зубы, а к 70 годам стирание доходит до просвета полости зуба, заполненной свежим дентином, и затем процесс стирания, в основном резцов, доходит до их шеек. В норме просвет полости зуба постепенно уменьшается за счет образования вторичного дентина, поэтому отсутствуют какие-либо неприятные ощущения.

При патологической стираемости зубов интенсивное изнашивание эмали и дентина происходит в одном зубе, группе зубов или во всех зубах в молодом возрасте. Отмечается примерно у 10 % людей, причем почти в 3 раза чаще встречается у мужчин.

Причинами повышенного стирания являются как повышенная нагрузка на отдельные зубы из-за нарушения прикуса, утраты части зубов, неправильной конструкции протезов, так и воздействие вредных профессиональных факторов (кислот, крупной пыли). Кроме того, быстрому стиранию зубов способствуют причины, вызывающие бруксизм (крепкое сжатие и скрежетание зубами), сильный стресс, припадки эпилепсии. Повышенная стираемость зубов также может возникать из-за нарушений обмена веществ в тканях зуба при болезнях щитовидной и паращитовидных желез, при флюорозе и некоторых других.

До тех пор пока процесс замещения стираемого дентина успевает восстановить потерянную ткань, никаких проявлений, кроме косметических, не отмечается. Однако как только темпы образования вторичного дентина начинают отставать, появляется повышенная чувствительность и даже боль при действии механических, температурных и химических раздражителей.

В лечении повышенной стираемости зубов основным является стабилизация процесса и предупреждение дальнейшего стирания. Для этого в первую очередь убирают травмирующие факторы (исправляют прикус, протезируют недостающие зубы, ставят коронки). Одновременно проводят выявление и лечение сопутствующих заболеваний, ускоряющих стираемость зубов (эндокринных, психических). Особое внимание при этом надо уделять снятию стресса как за счет перехода на здоровый образ жизни, так и с помощью лекарств и фитопрепаратов, успокаивающих нервную систему.



При физиологическом стирании зубов лечения обычно не требуется, если не нарушается их функция.



ЭРОЗИЯ

Эрозия — медленно прогрессирующая убыль эмали и дентина в виде овального или округлого дефекта, расположенного в наиболее выпуклой части внешней поверхности зуба. Первыми поражаются резцы верхней челюсти, затем клыки и премоляры, на резцах и молярах нижней челюсти эрозии практически не встречаются. Эрозиям зубов, характеризующимся длительным (10–15 лет) течением, подвержены люди молодого и среднего возраста.

Точная причина возникновения эрозий не установлена, но имеющиеся наблюдения позволяют предполагать, что провоцирующее влияние оказывает кислое содержимое полости рта (частое

употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков, отрыжка и рвота кислым, работа на производстве кислот). Определенное значение имеет и механический фактор — чрезмерная чистка зубов жесткими щетками и абразивными порошками или пастами. Предрасполагает к развитию эрозий такое заболевание, как тиреотоксикоз (стойкое повышение уровня гормонов щитовидной железы).

Выделяют три степени эрозии в зависимости от глубины поражения: **начальную** (дефект поверхностного слоя эмали), **среднюю** (всей толщи эмали) и **глубокую** (поражена и эмаль, и поверхностные слои дентина).

Поверхностная эрозия светлая, но по мере углубления начинает сначала желтеть, а затем, при вовлечении дентина, приобретает коричневатый оттенок.

Для эрозии зубов характерны довольно выраженные неприятные ощущения и боль при действии температурных и химических раздражителей.

Лечение длительное и заключается в устранении повышенной чувствительности и восстановлении целостности зубов. Для стабилизации процесса проводят местное лечение путем аппликаций или электрофореза кальция и фосфора, обработки специальными пастами и лаками. При значительных эрозиях зуб закрывают искусственной коронкой из металлокерамики и других материалов.

Одновременно вносят коррективы в питание: ограничение кислых фруктов и соков, полоскание рта после их употребления; увеличение в рационе содержания богатых кальцием и фосфором продуктов (молочные, рыба).

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ

Гиперестезия — повышенная чувствительность нервных окончаний дентина зубов к действию внешних раздражителей (температурных, химических и механических). Разной степени гиперестезия отмечается почти у 50 % населения.

Основной причиной повышения чувствительности зубов являются различные их заболевания, приводящие к нарушению целостности эмали (кариес, эрозии, повышенная стираемость). Однако может быть и так называемая функциональная гиперестезия, когда целостность эмали не нарушена (неврозы, климакс, беременность, болезни желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы).

Выделяют **генерализованную** (чрезмерная чувствительность более четверти всех зубов) и **ограниченную** (локализованную) гиперестезию. И если генерализованная гиперестезия характерна для общих заболеваний организма (эндокринных и других), то локализованная — для болезней зубов.

Провоцирующими факторами может быть непрофессиональное отбеливание зубов, избыточное потребление кислых продуктов и газированных напитков, привычка есть очень холодную и горячую пищу одновременно. Последнее, кстати, так же как и курение на морозе, приводит к появлению микротрещин на эмали.

Ограниченная гиперестезия чаще всего проявляется постоянной ноющей болью, усиливающейся при действии раздражителей. При функциональной гиперестезии зубной эмали боль короткая, обычно не дольше 30 секунд, но острая.

Лечение гиперестезии зависит от основной причины. При наличии болезней зубов необходимо их лечение, которое практически всегда устраняет болезненную реакцию. При функциональной гиперестезии наряду с выявлением и лечением общих заболеваний рекомендуется местное лечение. Широко используются успокаивающие средства внутрь (валериана, пустырник). Для местного лечения применяются различные пасты, гели, лаки, закрывающие микротрещины в эмали, снижающие чувствительность зубов, улучшающие обменные процессы в дентине и эмали. И если в условиях стоматологической клиники применяют ионофорез и другие аппаратные методы, то в домашних условиях часто предлагают использовать капли (накладки на зубы) с лекарственным веществом. **Для профилактики** гиперестезии главным является своевременное лечение болезней как зубов, так и всего организма. Однако определенное значение

имеет и здоровое поведение человека: разумное питание с достаточным количеством белка, витаминов и минералов (кальция, магния, фосфора); ограничение раздражающих и разрушающих зубы продуктов; использование неабразивных зубных паст и не очень жестких щеток для чистки зубов. Кроме того, для «голивудской улыбки» желательно применять ультразвуковое или лазерное, а не химическое или механическое отбеливание, разрушающие эмаль.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБОВ

Цвет зубов может изменяться как изнутри при некоторых заболеваниях (гемолитическая анемия, вирусный гепатит, флюороз и некоторые другие), так и снаружи из-за окрашивания напитками (чай, особенно зеленый, кофе, вино, газированные напитки с красителями), пищевыми продуктами (ягоды и соки, свекла, пряности типа карри), некоторыми лекарствами (препараты железа, антибиотики), а также от курения. Кроме того, цвет зубов может меняться вследствие некачественной или редкой чистки зубов (налет на зубах, зубной камень), а также с возрастом и от многих других причин.



Существует огромное число методов отбеливания — от щадящих и длительных до быстрых и дорогих, но не всегда безопасных для зубов и окружающих тканей. Подобрать метод, максимально подходящий для конкретного человека с учетом состояния его зубов, может только опытный стоматолог.



Естественный цвет здоровых зубов у разных людей может существенно отличаться, причем у большинства он далеко не снежно-белый.

Отбеливание, особенно зубов с выраженным натуральным желтоватым или голубоватым оттенком, часто требует довольно интенсивного воздействия на эмаль, которое полезным трудно назвать. Поэтому без особых на то причин (профессия актера, певца) зубы лучше лишний раз не отбеливать — все это скажется с возрастом на их прочности. Особенно опасно неграмотное самостоятельное использование специальных отбеливающих паст или отбеливающих наборов, продающихся в аптеках.

При покупке отбеливающей зубной пасты необходимо внимательно изучать состав. Есть пасты с абразивными частицами (кремень, сода), которые действуют как порошок для мытья посуды, сдирая налет с зубов и возвращая зубам их натуральный цвет, но ни в коем случае не отбеливают их.

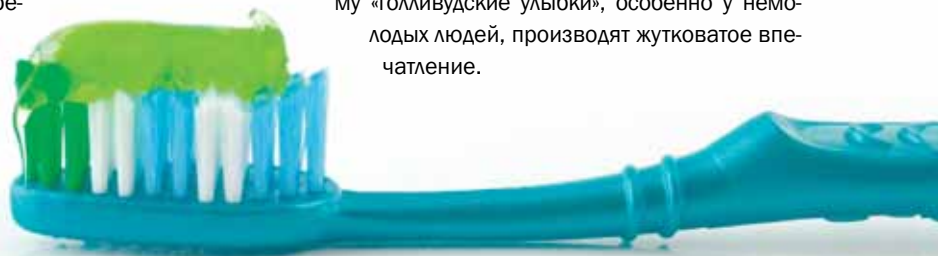
Напротив, пасты с перекисью водорода или карбамида обесцвечивают красящие вещества, попавшие в верхние слои эмали, и выводят их. Однако эффект наступает настолько нескоро, что за это время может существенно повыситься чувствительность зубов и повредиться их эмаль. Поэтому пастами, содержащими перекись и абразив, следует пользоваться не чаще 2–3 раз в неделю.

Аптечные наборы для домашнего отбеливания содержат специальный гель на основе перекиси водорода и капы, в которые этот гель наливают и надевают на зубы. И хотя действие этих наборов сильнее, чем осветляющих зубных паст, они тоже могут не справиться; если эмаль слишком темная, то только зря можно потерять время и попортить зубы. Кроме того, отсутствие герметичности у таких специально не подогнанных кап неизбежно приведет к ожогу десен.



Однако в продаже могут быть наборы для домашнего отбеливания, просто опасные для зубов и слизистой полости рта, в которых концентрация перекиси водорода выше 6 %, а перекиси карбамида выше 18 %. Тем более нельзя покупать отбеливающие средства, на которых не указана точная концентрация активных веществ.

Лучше все-таки, как минимум, проконсультироваться у стоматолога, который подскажет, чем и как отбеливать зубы, а еще правильнее сделать эту процедуру у профессионала. Даже под контролем стоматолога отбеливание может занять от нескольких недель до 1,5–2 месяцев.



Наиболее щадящими для зубов и окружающих тканей являются **ультразвуковое, ультрафиолетовое и лазерное** отбеливание. Однако и они оказывают довольно сильное разрушающее действие на зубы, поэтому частые курсы отбеливания (а отбеливающего действия любого метода хватает на несколько лет) могут через 10–15 лет изрядно испортить зубы.

Есть еще один нюанс, о котором забывают обладатели «голивудской улыбки», — отбеленные зубы гораздо сильнее притягивают к себе все красящие вещества пищи и напитков, поэтому надо быть готовыми отказаться от чая, соков, кофе, шоколада, борща и винегрета, помидоров, многих ягод. Единственным положительным ограничением является отказ от курения, что позволит избежать не только желтой окраски зубов, но и множества заболеваний, связанных с курением.

Имеется большое число противопоказаний к проведению отбеливания зубов, в том числе гипертестезия, эрозии и повышенная стираемость, а также наличие кариозных зубов, трещин и дефектов эмали. Недопустимо отбеливание во время беременности и кормления грудью, при аллергии на отбеливающие компоненты. Кроме того, установлено, что отбеливание может существенно повышать канцерогенный эффект курения.



К сожалению, совмещая отбеливание с курением, вместе с красивыми зубами можно приобрести рак полости рта. В связи с этим нельзя курить как минимум неделю до процедуры, весь период лечения и не менее месяца после курса отбеливания.

И наконец, чересчур белоснежные зубы выглядят очень неестественно, искусственно, потому «голивудские улыбки», особенно у молодых людей, производят жутковатое впечатление.

БЕРЕМЕННОСТЬ, КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ И ЗУБЫ

Беременность и кормление грудью является серьезным испытанием для всего организма будущей мамы, в том числе и для ее зубов.



Так, например, за время беременности плод накапливает около 30 000 мг кальция, а при кормлении грудью ежедневно теряется с молоком 150–300 мг материнского кальция. Поэтому даже абсолютно крепкие и здоровые зубы могут рассыпаться у матери за несколько месяцев беременности при дефиците кальция в организме.

Одновременно резко усиливается поражение ослабленных кариесом зубов, а это уже источник инфекции, опасный и для плода, и для матери. И хотя лечить зубы во время беременности можно и нужно, лучше делать это после окончания первого триместра, когда сформируются все основные системы и органы будущего ребенка.

Таким образом, в беременность лучше входить со здоровыми зубами, заблаговременно вылечив их, а далее весь период беременности и кормления грудью поддерживать их в здоровом состоянии с помощью рационального питания, гигиены полости рта и регулярных посещений стоматолога.

Это связано с тем, что закладка костной системы и молочных зубов начинается уже на втором месяце беременности, а к концу первой половины беременности зачатки молочных зубов начинают минерализоваться, в то время как зачатки постоянных зубов только закладываются.

Если в это время беременная употребляет мало кальция, то он начинает вымываться из ее костей и зубов, чтобы обеспечить плод всем необходимым. А если кальция ребенку все равно не хватает, то это скажется на здоровье его зубов. Еще больше кальция требуется в последние 3–4 месяца беременности для обеспечения потребностей быстро растущего скелета, а также при кормлении грудью.



Потребность в кальции, определенная для взрослых в 1000 мг/сутки, в первой половине беременности не меняется, во второй половине повышается на 300 мг (1300 мг/сутки), во время кормления ребенка — на 400 мг (1400 мг/сутки). Однако избыточное употребление кальция, особенно одновременно с лечебными дозами витамина D, вызывая повышение содержания кальция в крови, способствует его откладыванию в почках и других внутренних органах, сосудах и мышцах, вызывая тяжелое заболевание **кальциноз**.

Тем не менее весь мир, в том числе и жители России, кальция недоедают: по последним данным, население России употребляет с продуктами питания 500–750 мг кальция в сутки, что в 1,5–2 раза ниже нормы; американцы — около 700 мг/сутки.

При невозможности по тем или иным причинам (болезни органов пищеварения) обеспечить полноценное питание следует использовать препараты кальция, но именно лекарственные препараты с гарантированным количеством кальция, а не биологически активные добавки.

Для пополнения организма кальцием необходимо употреблять молоко (120 мг%) и молочные продукты (сыры твердые 900–1100 мг%, сыры плавленные 400–600 мг%, творог 160 мг%). Из растительных продуктов сою (350 мг%) и другие бобовые, петрушку (245 мг%), укроп (233 мг%), хрен, зеленый лук и репчатый, грецкие орехи, изюм, шпинат, салат. В мясе и мясных продуктах кальция всего 10–15 мг%, а в рыбе в 4–5 раз больше.



Особое внимание во время беременности надо уделять чистке зубов и гигиене полости рта, массажу десен; рекомендуется проведение профессиональной чистки зубов, что позволит избежать не только кариеса, но и пародонтита и многих других проблем.



При посещении стоматолога:

- обязательно предупредить о наличии беременности, так как имеются относительно безопасные для будущей мамы и для плода обезболивающие препараты (лечить с 4 по 6 месяц)
- никакого рентгена, только компьютерная визиография, при которой доза излучения в 10 раз меньше

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ

Отсутствие даже одного зуба может вызывать массу не только косметических, но и других проблем (нарушение жевания, прикуса, дикции, смещение зубов). Протезирование как раз и должно заменить отсутствующий зуб или зубы и восстановить их нормальное функционирование.

Имеется две группы методов протезирования: несъемное и съемное.

НЕСЪЕМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Несъемное протезирование гораздо удобнее любых, даже самых совершенных съемных протезов, время которых постепенно подходит к концу. Даже тем, у кого в полости рта не осталось ни одного зуба, современные методы имплантации позволяют осуществить качественное несъемное протезирование.

Коронки применяют тогда, когда зуб настолько поврежден или имеет неприятный внешний вид (кривой, потемневший), что его уже нельзя восстановить с помощью пломбирования и отбеливания. Кроме того, коронки надевают на зубы, являющиеся опорой для мостовидных протезов.

Использование коронок и мостов всегда являлось и до сих пор является самым распространенным способом протезирования. Однако если еще совсем недавно для изготовления коронок широко применялись различные металлы от стали до золота, то в настоящее время наступил век керамики и металлокерамики. Наличие металла в полости рта, даже благородного (золото, платина), может провоцировать аллергические реакции, а если металлов несколько (сталь и золото), то в ротовой полости начинаются электрохимические реакции, способные не только изменить вкус пищи, но и повредить здоровые зубы.

Наиболее востребованными сейчас являются **металлокерамические коронки** и **мосты**. Это обусловлено приемлемым соотношением цены и качества: они хорошо выглядят и обладают высокой прочностью и долговечностью. Металлокерамика представляет собой цельнолитой металлический каркас, облицованный фарфоровой массой. В отличие от металлопластмассы она не темнеет со време-

нем и не истирается, а при качественном подборе цвета почти не отличается от здоровых зубов.

Одним из основных недостатков является толщина коронки, из-за чего приходится сильно стачивать зубы и их депульпировать (удалять нерв). Кроме того, из-за слоя металла под керамическим напылением они не пропускают свет, поэтому зуб выглядит неестественным, неживым.



Фарфоровые (цельнокерамические) коронки полностью имитируют эмаль зуба и по внешнему виду, и по прочности. Появившиеся вначале литые фарфоровые коронки из стеклокерамики были довольно хрупкими, поэтому служили меньше металлокерамических. Излишнюю хрупкость таких коронок удалось преодолеть путем изготовления их из цельного куска фарфора (оксида циркония), титанокерамики или стеклокерамики с помощью компьютерной технологии на специальном фрезеровочном станке. Цельнокерамические коронки способны пропускать свет аналогично здоровым зубам и обладают более высокой прочностью, не подвергаются кариозным и другим разрушительным процессам. Важнейшим их преимуществом перед металлокерамическими коронками является гораздо меньшая толщина стенок коронки, что позволяет минимально стачивать и максимально



ВНЕШНИЙ ВИД
КЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК

сохранять зуб. Последнее особенно важно для передних зубов. Кроме того, они лучше биосовместимы с тканями полости рта и более долговечны даже по сравнению с металлокерамическими. Высокая прочность изделий позволяет создавать не только одиночные коронки, но и мосты, которые, будучи намного легче металлокерамических, подходят для протезирования и при пародонтите. Еще одним немаловажным достоинством фарфоровых коронок является быстрота изготовления (2–3 дня). Единственный их недостаток — очень высокая стоимость, в 3–4 раза выше металлокерамики.

Если коронка надевается на существующий зуб или зубы, то **мостовидный протез** — это уже целая ортопедическая конструкция, призванная заместить отсутствующий зуб или зубы. Мост изготавливается из тех же материалов и по тем же технологиям, что и коронки, с помощью которых он и крепится на зубах. Для установки моста должны быть в наличии опорные зубы справа и слева от закрываемого дефекта, которые предварительно obtачивают под коронки.

Изготовление любого моста требует некоторого времени: цельнокерамического меньше,

из металлокерамики больше. Чаще всего в первое посещение проводят депульпирование зубов, на которые будет крепиться мост (при установке фарфоровых иногда, а металлокерамики всегда).

Во второе посещение проводится стачивание депульпированных зубов и изготовление слепка (при установке фарфорового моста это может быть сделано в первое же посещение). Для того чтобы сточенные зубы не ранили полость рта и улыбка не зияла дырами, сразу же изготавливается и устанавливается на временный цемент простенький пластмассовый мост.

Следующий визит к стоматологу посвящается примерке и подгонке металлического каркаса (металлокерамика) или установке моста (фарфор) на временный цемент.

Далее металл покрывается керамической массой в лаборатории зубного техника и в четвертое посещение устанавливается на временный цемент: мост желательно некоторое время поносить и только потом, при отсутствии неудобств, фиксировать постоянным цементом (клеем).

Виниры — тонкие облицовочные пластины, которые используют в основном для устранения дефектов передних зубов (сколы зуба, щели между зубами, дефекты цвета, повышенная стертость). Суть процесса состоит в прикреплении различных пластин (композитных или керамических) к наружной стороне зубов с помощью специального клея (цемента).

Композитные виниры изготавливают непосредственно во рту пациента из пломбирочного материала во время посещения. Они дешевы, но, также как и пломбы, недолговечны и могут впитывать красящие вещества пищи, меняя цвет.

Керамические (фарфоровые) виниры гораздо дороже, но намного прочнее (стоят до 20 лет и более) и эстетичнее. Керамические виниры могут быть: **традиционные** с толщиной пластинки от 0,8 до 2 миллиметров и **голивудские** — 0,2 миллиметра. И если для установки традиционных виниров надо обтачивать эмаль, снимая до 0,5 миллиметра, иначе пластинка будет выступать над основной поверхностью зуба или других зубов, то голливудские виниры прикрепляются непосредственно к эмали. Еще одним преимуществом последних является возможность их снятия и замены в отличие от традиционных, которые приклеивают к зубу намертво.



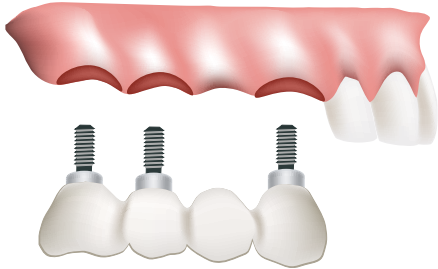
Зубные вкладки — это микропротезы, использующиеся вместо обычных пломб для лечения сильно разрушенных зубов и восстановления коронковой части зуба. В отличие от пломбы, которая делается стоматологом в ротовой полости пациента не отходя от кресла, вкладки изготавливаются техником в зуботехнической лаборатории по слепку, снятому стоматологом, и вклеиваются в зуб. Такие вкладки, изготовленные из композитных материалов или стеклокерамики, не только закрывают большие дефекты, но и полностью имитируют внешний вид и контуры зуба, что обычной пломбой сделать невозможно.



Существуют также **культевые** (штифтовые) вкладки, для изготовления которых чаще всего применяются различные инертные металлы (титан). Они используются при полном разрушении коронки зуба в качестве основы для последующей установки коронки или опоры для моста. Поэтому, даже если от зуба остался хотя бы один здоровый корень, его можно отреставрировать именно таким способом, а затем использовать для установки мостовидного протеза.

Термин **«имплантация»** (в переводе с латинского *im* — «в» или «внутри», *plantatio* — «сажать») означает вживление на место отсутствующего зуба искусственного корня (имплантата, импланта) — титанового винта, к которому после приживления присоединяется верхняя часть — абатмент.

МОСТОВИДНЫЙ ПРОЦЕСС НА ИМПЛАНТАХ



На абатмент в зависимости от цели дальнейшей протезирования крепится либо коронка, либо металлокерамика, либо мостовидный протез.

Имплантиацию зубов в России начали делать только в конце 1980-х годов, на Западе — на 30 лет раньше. В настоящее время качество имплантов и технологии имплантации доведены почти до совершенства, делая этот метод протезирования одним из ведущих.

Как и любой метод, имплантация имеет преимущества и недостатки в сравнении с другими методами протезирования. В частности, **к недостаткам** относится довольно высокая травматичность метода, связанная с необходимостью ввинчивания в живую кость челюсти импланта, длительность стандартного цикла имплантации — от 3 до 6 месяцев. Одноэтапная или экспресс-имплантация за одно посещение возможна только в том случае, если нет абсолютно никаких противопоказаний, что, по мнению специалистов, бывает крайне редко; да и осложнений она дает гораздо больше, чем стандартная. Сюда же можно отнести и дороговизну стандартной и экспресс-имплантации.

К преимуществам относится возможность сохранения в неприкосновенности соседних здоровых зубов, стачиваемых при установке мостовидного протеза. Вместе с тем имплантированный зуб, являясь функциональным аналогом живого зуба, создает такое же давление на окружающие ткани, как и естественные зубы, предотвращая при этом убыль костной ткани, неизбежно исчезающей от бездействия под безопорной частью

моста. Кроме того, даже один имплантат в нижней полностью беззубой челюсти позволит надежно зафиксировать съемный протез, а 10–12 имплантатов — поставить несъемный мостовидный протез в любую челюсть. К бесспорным преимуществам метода можно также отнести долгий срок службы современных имплантов — до 20 и более лет.

Основными показаниями являются:

- отсутствие одного зуба при здоровых соседних или 2–3 зубов подряд
- отсутствие крайних слева или справа зубов (другие способы протезирования здесь невозможны)
- полное отсутствие зубов на челюсти

Противопоказаний довольно много, но большинство из них либо касается людей с тяжелыми заболеваниями, которым не до красоты, либо являются временными и относительными. Вопрос о наличии противопоказаний к проведению имплантации необходимо решать стоматологу-хирургу и лечащему врачу-терапевту.



ИМПЛАНТАЦИЯ БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (видны импланты с абатментами и без них)



К числу абсолютных противопоказаний относятся:

- сахарный диабет I типа, остеопороз
- рак и туберкулез
- повышенный тонус жевательных мышц, бруксизм
- системные заболевания костной и соединительной ткани (ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия)
- гемофилия и любые заболевания, сопровождающиеся выраженным снижением свертываемости крови
- тяжелые психические заболевания
- непереносимость существующих препаратов для обезболивания

К относительным противопоказаниям относятся:

- временные нарушения и заболевания зубов и полости рта (кариес, периодонтит, гингивит, нарушения прикуса)
- острая стадия любых болезней
- курение и алкоголизм
- беременность
- атрофия костной ткани челюсти
- прием антикоагулянтов
- возраст до 18–20 лет

Методы экспресс-имплантации зубов постоянно совершенствуются в связи с большим спросом на них, поэтому кое-где в России они уже довольно широко используются. Причем операция менее травматична (проводится без разреза десны: имплантат вводится через десну), и послеоперационный период безболезненней, чем при стандартной имплантации (практически нет кровоточивости и отеков, минимальны боль и дискомфорт). Установка одного импланта занимает 15–20 минут. Однако подготовка к операции все-таки требует определенного времени (оценка состояния здоровья, объемная компьютерная томогра-

фия челюстей). Это оправдывается тем, что, как утверждают специалисты по экспресс-имплантации, прямо из кресла можно идти на работу и нормально есть.



Появились данные, что ранняя нагрузка на вживленные зубы ускоряет их врастание в костную ткань. Однако методы экспресс-имплантации еще довольно новы, поэтому, как говорит большинство стоматологов, «поживем — увидим».

Стандартная процедура имплантации происходит в несколько этапов.

На первом этапе (подготовительном) проводятся оценка общего состояния здоровья пациента, осмотр полости рта, снятие диагностических слепков, рентгеновские снимки, в том числе панорамные, а также лечение слизистой полости рта и зубов при необходимости.

Затем наступает «инженерно-конструкторский» этап, на котором проводится реконструкция недостающих зубов с созданием модели из воска или пластика.

Далее проводится непосредственно одно- или двухэтапная имплантация.

На третьем этапе под местной анестезией устанавливают имплантат под десну и ее зашивают.

Послеоперационный период похож на состояние после удаления зуба, и рекомендации аналогичны: избегать тяжелых физических нагрузок, горячей и жесткой пищи, холода. Кроме того, первые 2 недели придется посидеть на протертой диете: каши, пюре. При большом количестве одновременно установленных имплантов часто рекомендуют прием антибиотиков, а при сильных болях — обезболивающих.

Абатмент обычно привинчивают к имплантату через 2–3 месяца (нижняя челюсть) и 3–6 месяцев (верхняя челюсть). На этот период устанавливаются временные зубные протезы, чтобы человек мог нормально жить.

На следующем этапе после разреза на десне на имплантат вкручивают формователь десны, через несколько дней меняют на абатмент, на который затем и ставится коронка или протез.

После имплантации, как и после любого протезирования, надо ухаживать за зубами еще тщательнее, так как возможен и зубной налет, и воспаление десен, и другие неприятности. Особенно это касается периода приживления имплантата, когда неправильный уход за полостью рта может вызвать воспаление тканей вокруг искусственного корня и придется его удалять. Возможны и другие осложнения: гайморит при операции на верхней челюсти, выкручивание имплантата из кости.



Необходимо быть особенно внимательными в ближайшие несколько недель после операции и не стесняться беспокоить своего лечащего стоматолога даже по пустякам.

Стоматологическую клинику для проведения имплантации в первую очередь следует выбирать такую, которая работает с имплантами не менее 5–6 лет, а также руководствоваться отзывами знакомых, у которых импланты стоят не менее 3–5 лет. Затем следует обратить внимание на оснащение клиники (оборудование, ассортимент имплантов, наличие лицензии на имплантацию), квалификацию врачей (должны иметь специализацию по имплантологии). Если при первом посещении не требуют ни справки от врача-терапевта, ни информации о состоянии здоровья, а сразу же предлагают начать подготовку к имплантации, то лучше поискать нормальную клинику.

Срок службы имплантатов составляет не менее 10 лет, но, по статистике, 80 % из них служат более 20 лет. Кроме того, почти всегда возможна замена вышедшего из строя имплантата на новый, а коронки при необходимости (возрастное изменение цвета естественных зубов и их стачивание) вообще легко заменяются.

В некоторых случаях используются вантовые протезы, которые представляют собой искусственный зуб (зубы), внутри которого проходит высокопрочная армидная нить. Эта нить (в 8 раз прочнее стали) обвивает (шинирует) рядом стоящие опорные зубы, обеспечивая хорошее крепление. Этот метод особенно подходит для больных пародонтозом и пародонтитом, так как позволяет не только восполнить дефект, но и укрепить расшатанные при этих заболеваниях зубы.

СЪЕМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Съемные протезы — это протезы, которые пациент может сам снимать и надевать. В связи с тем, что они имеют ряд недостатков по сравнению с несъемными протезами, их применяют только тогда, когда несъемное протезирование невозможно (слабые десны, нет концевых опорных зубов) или нежелательно (надо спилить много здоровых зубов).

Съемные протезы подразделяют на две большие группы — полные съемные протезы и частичные съемные протезы.

Полные съемные протезы (вставные челюсти) делают при полном отсутствии зубов на челюсти. Они опираются либо только на десны (нижняя челюсть), либо на десны и нёбо (верхняя челюсть). И если протез верхней челюсти фиксируется довольно прочно, то на нижней челюсти его фиксация гораздо хуже, да и движения языка постоянно мешают устойчивости. Поэтому, если есть возможность сохранить хотя бы один зуб на нижней челюсти, надо это делать, тогда протез, прикрепленный к нему, уже не будет «плавать».

Полные съемные протезы делают из акриловой пластмассы (жесткие) либо из нейлона (мягкие — на нейлоновую гибкую основу крепятся керамические зубы). Последние примерно в 2–2,5 раза дороже, еще одним недостатком можно считать невозможность применения такого протеза для замещения всех зубов. Однако недавно появился полиуретан — российский аналог импортного нейлона, стоимость протезов из которого близка к стоимости пластмассовых.

ПОЛНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ



Как и другие протезы съемного типа, протезы из полиуретана также требуют времени для привыкания.

Частичные съемные протезы применяются в том случае, когда на челюсти сохранился хотя бы один зуб, а лучше несколько зубов, на которые наряду с десной и будет опираться протез. Такие протезы делают из пластмассы и нейлона, а также с использованием металлического каркаса (бюгельный протез).

Частичные съемные протезы также используют в качестве временных при различных стоматологических процедурах (изготовление протеза, имплантация).

В частичные съемные протезы устанавливаются кламмеры (крючки), которыми протез крепится к здоровым зубам. Одним из достоинств таких протезов является возможность их трансформации при потере здоровых зубов (наращивание на протез зубов, переустановка кламмеров).

К сожалению, недостатки нейлоновых зубных протезов более многочисленны, чем их достоинства.

Мягкие нейлоновые зубные протезы имеют кламмеры, которые выполнены не из металла, а из эластичного нейлона. Эластичные кламмеры не способны передавать жевательное давление на зубы, и поэтому все давление, которое испытывает протез, передается целиком на слизистую оболочку протезного ложа. Такая повышенная нагрузка приводит к повышенной атрофии (разрушению) костной ткани под протезом и к уменьшению высоты десны.

Уменьшение высоты десны под протезом, в свою очередь, ведет к проседанию протеза в области протезного ложа, соответственно кламмеры нейлонового протеза в области сохранившихся зубов врезаются в слизистую, что способствует отрыву краевой десны от зуба и может привести к воспалению и появлению боли.

Существует несколько видов частичных съемных зубных протезов.

Наиболее удобными из частичных съемных протезов являются **бюгельные**, в которых благодаря специальному металлическому дуговому каркасу жевательная нагрузка распределяется по всей челюсти, а не только на опорные зубы. Кроме того, бюгельные протезы занимают меньше места во рту, чем пластинчатые, а также не требуют обязательного снятия на ночь, что упрощает их применение. Однако опорные зубы все равно подвергаются повышенной нагрузке и могут быстро расшататься, поэтому слишком перегружать их не следует.

В настоящее время во многих стоматологических клиниках вместо кламмеров делают замковые крепления, которые не только лучше фиксируют протез, но и практически невидимы, в отличие от кламмеров.

ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ



БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ



Новым словом в протезировании являются нейлоновые бюгельные протезы с эластичными неметаллическими кламперами, не требующие никаких манипуляций с опорными зубами.

Съемные сектора (сегменты) — односторонние протезы, используемые при утрате ряда жевательных зубов на одной стороне челюсти. В таких случаях делают протез типа бюгельного с искусственными зубами, расположенными только на одной стороне, который крепят к концевым зубам либо кламперами, либо аттачменами (замками). Если одного концевого зуба нет, тогда съемный сегмент крепится к опорным зубам только посредством замков.

Пластинчатые зубные протезы являются наиболее простыми в изготовлении и доступными по цене. Их применяют при утрате основных жевательных зубов или при отсутствии нескольких зубов подряд.

Малые косметические протезы («птички», «косметички» или «жучки») делают на 1–3 зуба, когда жалко обрабатывать совершенно здоровые зубы либо не поставить мостовидный протез. Такие протезы довольно дешевы, быстро изготавливаются и позволяют качественно закрыть дефект. Их приходится довольно часто переделывать, так как они быстро изнашиваются.

Имедиатпротез применяется как временная конструкция, накладываемая на челюсть непосредственно после удаления зубов или при подготовке к установлению постоянного протеза.

Выделяют еще группу так называемых **условно-съемных протезов**, которые изготавливаются в случае отсутствия одного, чаще жевательного, зуба. Их основная задача — не дать сместиться рядом стоящим зубам, и жевать помогут не слишком твердую пищу (колоть орехи и грызть грильяж не стоит). Они похожи на «птички», но их металлические лапки, обхватывающие опорные зубы, приклеиваются к ним цементом или композиционными материалами. Самим протезы снимать не надо, но врач может легко их снять, подправить и снова приклеить.





У съемных протезов, особенно у полных, имеется множество недостатков, смягчить которые могут приводимые **советы**:

- Съемных протезов надо не бояться, а как можно скорее привыкать к ним. Поэтому стоматологи говорят: «Если вы при малейшем неудобстве снимаете протез и кладете в карман, он останется для вас чужим. Если же вы походите и поспите с ним не снимая несколько недель, то он станет родным».
- Сразу после установки протеза (это в первую очередь касается бюгельных и других протезов на замках) надо научиться снимать его и надевать под пристальным стоматолога, затем потренироваться дома перед зеркалом.
- Одним из видимых, вернее слышимых, недостатков является нарушение дикции, особенно в первые дни после протезирования. Чтобы быстрее это преодолеть, следует либо подольше поговорить со своими близкими, либо не спеша почитать вслух стихи, стараясь тщательно выговаривать трудные слова. Несколько дней таких тренировок — и дикция наладится.

- Протез, даже небольшой, поначалу вызывает дискомфорт не только при приеме пищи или смехе, но и в покое. Опытные стоматологи рекомендуют первые несколько дней часто (8–10 раз в день) полоскать ротовую полость с находящимся в ней протезом горячим отваром трав (шалфей, ромашка, кора дуба) или крепким чаем, а также делать горячие ванночки (отвар травы набрать в рот и подержать 1–2 минуты, пока не остынет, повторить несколько раз).
- Если протез все-таки натирает десны или небо, то долго терпеть и дожидаться появления кровавых язв не рекомендуется. Необходимо пойти к врачу, который подправит протез, но приходиться надо с протезом во рту, поносив его не менее 3 часов, чтобы врач мог четко видеть натираемое место.
- Ни в коем случае самому не подгонять протез напильниками, наждачной бумагой, так как скорее всего это приведет к его порче.
- Для лучшей фиксации полных съемных протезов имеются разные виды специальных клеев, которые вполне можно использовать.



За съемными зубными протезами требуется специальный уход. Кроме того, необходимо соблюдать определенные правила питания. Запрещается употреблять ириски, жвачки, тянучки и все, что сильно прилипает к протезу. Любую пищу следует принимать небольшими кусочками, тщательно их пережевывая, так как большим куском даже мягкой булки можно сломать протез, что, кстати, чаще всего и происходит.

ФИТОТЕРАПИЯ, НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И МАССАЖ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗУБОВ

Фитотерапия и народная медицина накопили богатый опыт лечения болезней зубов и полости рта натуральными средствами, которые имеют огромное значение и в профилактике возникновения и обострения этих заболеваний. Что особенно важно, так это отсутствие негативных последствий при длительном применении, присущих искусственно синтезированным медикаментам, и часто наличие не меньшей эффективности.

ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ПРИ ГИНГИВИТЕ, ПАРОДОНТОЗЕ, ПАРОДОНТИТЕ, СТОМАТИТЕ

Все настои и отвары используются для полоскания полости рта в достаточно теплом виде (не должны обжигать) 6–8 раз в день. Их также можно использовать и как ротовые ванночки: набрать в рот 25–30 мл и подержать 1–2 мин, повторяя процедуру 2–3 раза за один прием для усиления лечебного действия.

НАСТОЙ ШАЛФЕЯ

1 ст. ложка на стакан кипятка, настаивать 20 мин.

ОТВАР КОРЫ ДУБА

2 ст. ложки коры измельчить в порошок и залить 1 стаканом кипятка, кипятить в течение 10 мин, настаивать 4 ч, процедить.

НАСТОЙ СУХИХ ЦВЕТКОВ КАЛЕНДУЛЫ

2 ст. ложки залить в термосе 1 стаканом кипятка.

ОТВАР ПРИ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН

Взять 2 ст. ложки порошка коры дуба и 1 ст. ложку липового цвета, тщательно перемешать. Залить 1 ч. ложку смеси 1 стаканом кипятка, кипятить 3 мин, настаивать 3 ч, процедить.

Кроме того, можно добавлять в указанные настои и отвары такие растения, как цветки и листья тысячелистника, листья подорожника, цветки ромашки, корни змеевика, кровохлебки и бадана, кору ольхи, оказывающие противовоспалительное действие за счет дубильных веществ.

Уменьшить воспаление можно также полосканиями и ванночками с пищевой содой (1 ч. ложка на стакан воды) и поваренной солью (½ ч. ложки на стакан воды), но не так часто, как настои и отвары (2–3 раза в день).

НАСТОЙ КОЖУРЫ БАКЛАЖАНА

Взять 1 ст. ложку подсушенной в духовке и измельченной в кофемолке в порошок кожуры и залить 1 стаканом кипятка, настоять. Добавить 1 ч. ложку соли и использовать для полоскания рта.

Для укрепления слабых сосудов десен и слизистой полости рта рекомендуется прием внутрь свежих и сушеных (настои и отвары) растений, богатых витамином С, каротином, флавоноидами и другими биологически активными веществами: шиповника, черной смородины, черноплодной рябины и других. Не следует забывать и о таком напитке, как чай, который богат и противовоспалительными дубильными веществами, и укрепляющими сосуды флавоноидами. Можно также надрезать дольку чеснока и ежедневно натирать десны и зубы — хорошо дезинфицирует полость рта и укрепляет десны.

В начальной стадии пародонтита (небольшой дискомфорт во рту) давать дополнительную нагрузку на зубы и десны твердой пищей: грызть морковь, яблоки, цельные орехи.

ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ПРИ ЗУБНОЙ БОЛИ

ОТВАР ВЕТОК ПОЛЫНИ

2 ч. ложки залить 1 стаканом кипятка, кипятить 2–3 мин. Прополоскать.

Положить в ухо с больной стороны корешок подорожника, завернутый в марлю. Через 30 мин–1 ч боль исчезнет, но не навсегда, поэтому при первой же возможности надо срочно обратиться к стоматологу.

При наличии кариозной полости остро возникшую боль поможет снять введенная внутрь полости ватка, смоченная водкой, кусочек прополиса, порошок анальгина или другого обезболивающего препарата.

МАССАЖ

Массаж десен занимает важное место в комплексе мероприятий по лечению и профилактике заболеваний десен и пародонта. Механизм его действия заключается в устранении застойных явлений в тканях десны, усилении обменных процессов и улучшении кровообращения в области десен, повышении тонуса сосудов. Одновременно такой массаж, усиливая отток крови и лимфы, способствует исчезновению отечности десен, прекращению повышенной кровоточивости. Однако массаж десен может и навредить, если проводится при невылеченной полости рта. Его надо применять только после снятия зубных отложений и полной санации.



Категорически запрещен массаж при острых воспалительных процессах во рту, выделениях и гноетечении из десневых карманов, так как может усилить воспаление и способствовать распространению инфекции на всю ротовую полость.

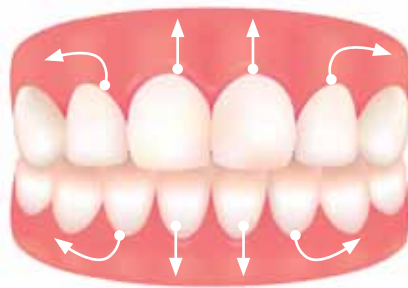
Основным видом массажа десен является **пальцевой самомассаж**. Его рекомендуется делать как с использованием зубных паст, содержащих натуральные противовоспалительные фитопрепараты, так и просто смачивая пальцы водой.

Перед проведением массажа надо почистить зубы и тщательно прополоскать рот.

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ ПРИ МАССАЖЕ



НАПРАВЛЕНИЕ МАССИРУЮЩИХ ДВИЖЕНИЙ



Массаж делают указательным и большим пальцами, которыми захватывают наружную (губную, щечную) и внутреннюю (нёбную, язычную) поверхности десен. Пальцевой самомассажа десен начинают от центра челюстей, постепенно перемещая пальцы на боковые стороны. Движения должны идти от зубов к основанию альвеолярного отростка, то есть на верхней челюсти — снизу вверх, а

на нижней — сверху вниз, причем движения пальцев должны быть круговыми. Таким образом, пальцы повторяют физиологические движения пищи во время акта жевания. Сила давления при массаже должна быть такой, при которой не ощущается боли или болезненности.

Можно массировать и одним пальцем: сначала наружную поверхность десны, затем язычную и нёбную.

После процедуры необходимо прополоскать рот, лучше всего настоями или отварами упомянутых растений.

Массаж десен нужно делать ежедневно не реже 1 раза в день (по 2–3 мин каждую челюсть), а также достаточно долго (лучше постоянно), иначе эффекта не будет.

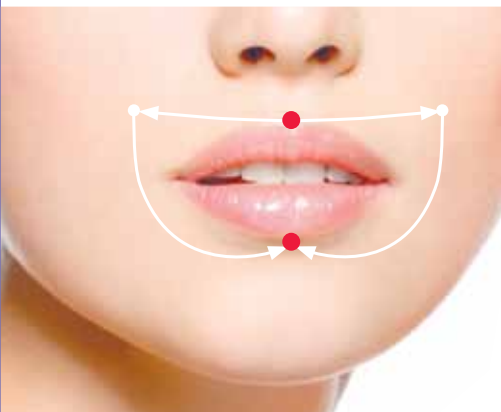
Кроме прямого массирования десен, можно применять и **непрямой массаж**, который проводится через кожу лица с предварительным смазыванием десен профилактической зубной пастой. Рекомендуется чередовать оба вида массажа.

Наряду с самомассажем десен в некоторых ситуациях может быть полезен **точечный массаж (акупрессура)**, заключающийся в ритмическом надавливании на специальные точки ушной раковины, ладоней, подошвы стоп и других участков кожных покровов, связанных с ротовой полостью и зубами. Таких точек чрезвычайно много, их грамотное использование позволяет лечить некоторые болезни, например пародонтит, но использовать акупрессуру неспециалисту опасно.

Однако несколько точек, в частности для быстрого снятия зубной боли, расположенных на мочке ушной раковины и между большим и указательным пальцами, надо знать каждому.

Для снятия боли мочку уха захватывают пальцами в указанных точках с наружной и внутренней стороны и интенсивно массируют в течение 20–30 мин, в том числе и во время лечения зубов без анестезии.

НЕПРЯМОЙ МАССАЖ ДЕСЕН



Массаж выполняют указательным и большим пальцами от центра верхней челюсти — снизу вверх, а на нижней — сверху вниз. Массирование должно быть безболезненным, движения пальцев легкими, круговыми.



● Точки, используемые при невралгии тройничного нерва и зубной боли

ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ

Питание оказывает влияние на формирование зубов еще в утробе матери, так как зародыши зубов образуются уже на 6-й неделе беременности. Качество эмали, дентина и цемента будущих зубов напрямую зависит от количества кальция, поступающего от матери к плоду.

Недавно доказана способность соевого молока резко повышать кислотность в ротовой полости, что может способствовать развитию кариеса. В связи с этим ученые предупреждают родителей, малыши которых находятся на искусственном вскармливании и пьют из бутылочки смеси на соевом молоке весь день, о необходимости более тщательной гигиены зубов при их появлении у ребенка.

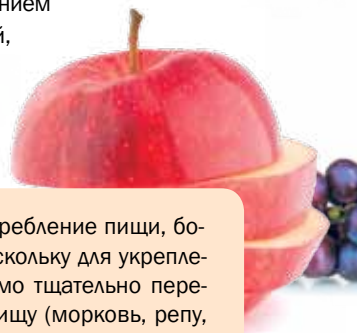
Для предупреждения кариеса у детей и взрослых также рекомендуется **ограничить** в питании сахар и содержащие его продукты (конфеты, шоколад, сладкие безалкогольные напитки, сдобное печенье и выпечка). Особенно опасна мягкая и липкая пища, содержащая сахар, сладкие коктейли, газированные напитки, обогащенные органическими кислотами, а также энергетические напитки. Следует **исключить** одновременный прием контрастной по температуре пищи, которая вызывает микротрещины на эмали зубов: горячее мясо с напитками из холодильника; горячие напитки с мороженым.



Установлено, что жареные овощи способствуют развитию кариеса, а тушеные — нет.

Рекомендуется полноценное, максимально разнообразное, богатое кальцием, фтором и витаминами питание с обязательным включением таких молочных и растительных продуктов, как сыр, творог, овощи, фрукты, ягоды, зелень и орехи, а также рыбы и морепродуктов, в том числе морской капусты. Полезно использовать жесткую пищу для самоочищения зубов (сырые овощи и фрукты: морковь, репа, яблоки), крепкий чай и другие продукты, богатые фтором.

Профилактику пародонтоза и пародонтита обеспечивает рациональное здоровое питание с ежедневным потреблением свежих фруктов и овощей, а также молочных продуктов как источника кальция.



Рекомендуется употребление пищи, богатой клетчаткой, поскольку для укрепления десен необходимо тщательно пережевывать твердую пищу (морковь, репу, яблоки), равномерно распределяя нагрузку на весь зубной ряд.



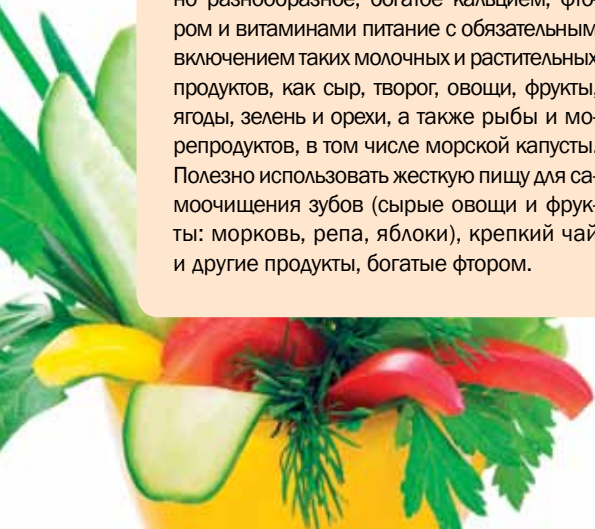
Австралийские ученые недавно установили благоприятное влияние рыбьего жира при пародонтите.

Исключаются из питания печенье, ириски, чипсы и другие продукты, которые, прилипая к зубам и деснам, длительно задерживаются во рту и способствуют быстрому образованию зубного налета.

В настоящее время появляется все больше сообщений о **вредном влиянии на эмаль зубов** продуктов, богатых органическими кислотами: лимонов, апельсинов и грейпфрутов, кислых сортов яблок, фруктов и ягод и их соков. Естественно, отказываться от таких полезных продуктов глупо, а вот прополоскать рот после их употребления и смыть с зубов кислоты не помешает. Большое количество органических кислот содержится и в шипучих витаминах, которые многие принимают ежедневно круглый год.



Разрушающее действие на зубы шипучих витаминов доказано финскими учеными, рекомендующими пить шипучку через трубочку или использовать витамины в таблетках.





Недавно стала появляться противоречивая информация как об отрицательном, так и о положительном влиянии вина на состояние зубов. При этом большинство источников утверждают, что **красное вино** предупреждает кариес, а белое, наоборот, способствует его развитию, хотя, по мнению некоторых ученых, любое вино может провоцировать кариес. Видимо, и после вина лучше рот прополоскать. Рекомендуется также закусывать вино сырами с высоким содержанием кальция.

Установлено, что частое употребление такого популярного ныне напитка, как **латте**, увеличивает заболеваемость кариесом. Это связывают с накоплением молочного сахара (лактозы), способствующего росту в ротовой полости микробов, перерабатывающих углеводы в кислоту. Последняя как раз и разъедает эмаль зубов, приводя к кариесу. Для нейтрализации вредного действия такого напитка рекомендуется либо прополоскать рот водой, либо использовать жевательную резинку без сахара, которая стимулирует выделение слюны, омывает полость рта и снижает кислотность.



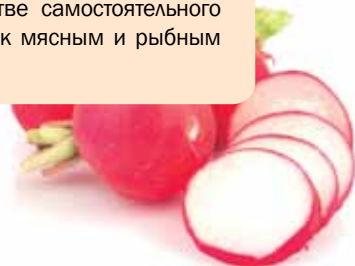
Американские ученые обнаружили, что в **пакетированном чае** содержится значительно больше фторидов, чем это разрешено для применения в пищевой промышленности. Частое употребление такого чая, особенно в районах с повышенным содержанием фтора в воде и почве, может способствовать развитию флюороза. Кроме того, этот чай более раздробленный и из него фтор легче выделяется в заварку. Поэтому использование чая в пакетиках должно быть эпизодическим, а для постоянного применения надо использовать листовый чай.



Английские ученые рекомендуют пить чай с небольшим количеством сахара или меда. А вот исконно английский напиток — чай с молоком — они считают вредным, поскольку молоко связывает антиоксиданты чая, снижая его полезные свойства.

ПОЛЕЗНЫЙ ДЛЯ ЗУБОВ САЛАТ

150 г белокочанной капусты, крупно нашинкованной, 1 стебель сельдерея, нарезанный соломкой длиной 4–5 см, ½ яблока, нарезанного ломтиками, 2 средних редиса, нарезанных ломтиками, сок ¼ лимона, разведенный 1 : 1 водой, 1 ч. ложка меда. Все ингредиенты хорошо перемешать. Использовать в качестве самостоятельного блюда или гарнира к мясным и рыбным блюдам.



УХОД ЗА ЗУБАМИ

Из-за неправильного ухода за зубами к 50 годам около 7 % россиян носят зубные протезы, а к 60–70 годам протезы стоят уже у каждого второго человека.

Однако такие простые меры, как чистка зубов в течение 2 минут 2 раза в день, двухразовое использование антибактериального ополаскивателя для полости рта, полоскание рта после любого приема пищи и сладких или кислых напитков, регулярное использование зубной нити для удаления налета из промежутков между зубами, а также посещение стоматолога 2 раза в год во много раз снижают заболеваемость зубов и надолго отодвигают необходимость их протезирования.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Гигиена полости рта имеет настолько важное значение в профилактике развития болезней зубов и рецидивов после лечения, что большинство стоматологов не проводят некоторые лечебные мероприятия до тех пор, пока пациент не научится правильно осуществлять уход за зубами. Надо не просто чистить зубы, а чистить их правильно, а учиться этому необходимо с раннего детства, когда закладываются привычки на всю оставшуюся жизнь.

Пока ребенок не может сам следить за ротовой полостью, это должны делать родители. Еще до появления молочных зубов следует после каждого прикладывания к груди или еды из бутылочки протирать десны грудничка специальным напальчником или стерильной, смоченной в кипяченой воде ваткой, намотанной на палец, или марлей. На резиновых напальчниках имеются мягкие силиконовые щетинки, которые позволяют качественно очистить и промассировать десны и зубы.

Напальчники подразделяются в зависимости от возраста ребенка на три группы:

- от 0 до 4 месяцев
- от 4 до 6 месяцев
- от 6 до 12 месяцев

Для очистки крохотных зубиков младенца надо смоченными в кипяченой воде напальчником или марлей нежными вертикальными движениями от десны к краю протереть зубки. Важно, чтобы не осталось и следов молока или смеси во рту ребенка. Некоторые детские стоматологи рекомендуют при появлении зубов смачивать напальчник или ватку раствором глюконата кальция из готовых ампул.

С 1,5–2 лет можно постепенно приучать малыша к зубной щетке, сначала без пасты, а с 2 лет с небольшим (с маленькую горошину) ее количеством. В это же время надо приучить ребенка полоскать рот.

В 3 года ребенок обязан уже самостоятельно чистить зубы, но непременно под присмотром взрослых. Щетки и зубные пасты должны точно соответствовать возрасту: щетки яркие и небольшие, с мягкой щетиной, а пасты — без фтора и с малой абразивностью, с нейтральным вкусом и запахом, так как соблазнительно пахнущую и вкусную пасту ребенок будет с удовольствием глотать.

В продаже имеется огромное количество самых разных зубных паст, но каждый человек в зависимости от возраста, состояния полости рта и других параметров может выбрать подходящую для него пасту.

Для обеспечения постоянной чистоты полости рта надо 2 раза в день чистить зубы щеткой с пастой: после завтрака и сразу после ужина, а не перед сном, как это делает большинство. Если после вечерней чистки зубов захочется съесть яблоко, выпить сок или йогурт, достаточно просто хорошо прополоскать рот. Днем после еды надо использовать флосс и полоскать рот.



Зубочистки стоматологи не рекомендуют из-за опасности повредить десны.

Зубы чистят с легким нажимом, иначе большая часть налета останется на месте. Чистить



Простые рекомендации

- Детям со сменным прикусом (от 6 до 11 лет) надо покупать пасты, на которых имеется пометка junior или «для сменного прикуса». Ими можно пользоваться до 14 лет и только затем переходить на взрослые.
- При повышенной чувствительности зубов следует выбирать зубные пасты с минимальным содержанием абразивных компонентов вообще и без такого мощного абразива, как карбонат кальция. Для чувствительных зубов подходят гелевые пасты с диоксидом кремния.
- Зубные пасты с отбеливающим эффектом можно использовать либо короткими курсами несколько раз в год, либо чередовать их с обычными пастами.
- Слишком пенящиеся пасты (с натрия лаурилсульфатом) вместе с зубным налетом вымывают и полезные добавки самой пасты, а также пересушивают слизистую полости рта. Поэтому при болезнях десен и сухости рта они противопоказаны.
- Пасты со фтором могут ухудшать состояние зубов у людей, живущих в районах с повышенным содержанием фтора в окружающей среде (большая часть Московской области, Крым, Кемеровская, Омская и Тюменская области, Центральный район России и другие места, где используют колодезную или артезианскую воду). В таких регионах надо чистить зубы пастами без фтора и обогащенными кальцием.
- При гингивите и пародонтите рекомендуются противовоспалительные пасты, которые уменьшают кровоточивость десен и оказывают обезболивающее действие (обогащены витаминами, лекарственными травами, ферментами). Имеются пасты с антисептиками (триклозаном и хлоргексидином), которые нельзя долго использовать из-за опасности дисбактериоза в полости рта и других побочных эффектов.

СХЕМА ЧИСТКИ ЗУБОВ



переднюю и заднюю стороны зубов надо вертикальными, выметающими движениями от десен к краям зуба, жевательную поверхность — круговыми движениями. Заодно можно и десны щеткой помассировать. Не следует ожесточенно драть зубы горизонтальными движениями справа налево и слева направо. Следом неплохо почистить щеткой и язык.

После процедуры щетку обязательно вымыть с мылом и поставить в стаканчик щетинками вверх.



К сведению курильщиков! Обычные и особые (anti-smoking) отбеливающие пасты для устранения желтого цвета зубов у курильщиков содержат агрессивные вещества (перекись водорода, абразивы). Их использование на первых порах отбеливает зубы, но при этом нарушается крепость эмали, которая начинает еще более интенсивно впитывать красящие компоненты дыма. Поэтому после каждого отбеливания зубы курильщиков желтеют еще сильнее. Метод борьбы только один: отбелить — и бросить курить!



Правильный выбор щетки не менее важен, чем выбор зубной пасты. Щетка с мягкой щетиной (soft) предназначена для маленьких детей, средней жесткости (medium) — для взрослых, очень жесткая (firm) — для людей с крепкой эмалью и здоровыми деснами.

Для удобства обработки межзубных пространств лучше подходят щетки, у которых щетина собрана в пучки с округлыми верхушками, а не просто равномерно распределена по чистящей головке. Головка щетки должна быть округлой формы с зауженным концом для более удобной чистки дальних зубов. На правильной щетке на обратной щетинкам стороне располагаются ребристые подушечки, которыми как раз и надо чистить язык. Щетиной, особенно жесткой, можно повредить нежную поверхность языка. Удобнее щетка с ручкой, имеющей резиновые вставки, не позволяющие ей выскальзывать из руки, а также с утонченным изгибом, уменьшающим давление на десны. Не реже одного раза в полгода зубную щетку необходимо менять.

Для очистки межзубных промежутков после еды, особенно в дневное время, стоит пользоваться зубной нитью. Вводить ее между зубами надо очень аккуратно, чтобы не травмировать десны.

Затем, плотно прижимая флосс к зубу, делать движения от десны к краю зуба. Для более эффективного очищения межзубных промежутков можно использовать **ирригатор** (ороситель), который не только не травмирует десны, но еще и массирует их. Ирригаторы особенно удобны для качественной очистки ротовой полости и зубов при наличии брекетов, имплантов, несъемных протезов.

Для снятия налета и зубного камня рекомендуется регулярно проходить профессиональную чистку зубов в стоматологической клинике, оснащенной современным оборудованием. Это способствует предупреждению большинства заболеваний полости рта (кариеса, пародонтоза, пародонтита).

ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ И УХОД ЗА НИМИ

Любые зубные протезы нуждаются в более тщательном уходе и защите, чем родные зубы, так как от правильного ухода будут зависеть не только их долговечность и эстетический вид, но и работоспособность. Некачественный уход может послужить причиной появления бактерий, неприятного запаха изо рта, вызвать аллергию или язвочки в полости рта.

Съемные протезы лежат на десневой поверхности челюсти, и под них обычно попадает пища, а при некачественной чистке и на протезах, и на деснах может накапливаться налет. Поэтому по возможности протезы рекомендуется снимать после каждого приема пищи, чтобы сполоснуть полость рта и сам протез, особенно его часть, прилегающую к десне и нёбу.

Некоторые стоматологи предлагают чистить зубной протез после приема пищи не снимая его. Для того чтобы прочистить пространство между десной и протезом, следует держать зубную щетку под углом в 45 градусов к месту соприкосновения протеза и десны.

Современные съемные протезы, сделанные из качественных материалов, снимать на ночь необязательно, главное, перед сном их промыть и после гигиены полости рта поставить на место.

Для обработки протеза можно использовать теплую проточную воду, при сильном загрязнении лучше промыть с мылом специальной щеткой для чистки протезов.

В настоящее время имеется большое количество различных чистящих и моющих средств для протезов из разных материалов, поэтому надо покупать и использовать средства, предназначенные для конкретного типа протеза. Так, 1 раз в неделю для мытья протеза рекомендуется использовать раствор, полученный при разведении таблеток с биоформулой, позволяющий очищать трудноудаляемые налеты, не влияя на металлические части протеза.

Хорошую помощь в поддержании здоровья полости рта, десен и оставшихся зубов может оказать использование ирригаторов, зубной нити и других приспособлений, предназначенных для гигиены полости рта.

Выявлению плохо очищенных участков зубного протеза помогут специальные таблетки для индикации зубного налета, которые окрасят его в яркий цвет.



Ни в коем случае нельзя пользоваться содой, стиральными порошками, марганцовкой, перекисью водорода и другими агрессивными веществами, которые могут повредить не только протез, но и десны.

После очистки протеза надо всегда очень тщательно очищать десны специальными пастами и щетками с очень мягкой щетиной, чтобы их не повредить. При наличии опорных зубов следует особое внимание уделять их чистке, особенно местам крепления частичного съемного протеза.

Снимать протезы на ночь, особенно в первый месяц, не рекомендуется с точки зрения привыкания, так как за ночь рот привыкает к протезу лучше, чем днем. Привыканию к протезам помогают специальные воски и гели с обезболивающим и противовоспалительным действием, которые втирают в места раздражения слизистой несколько раз в день. Они уменьшают боль и воспаление, улучшают заживление повреждений от протеза.

Для фиксации съемных протезов надо подбирать гели, крема и специальные клеи, не вызывающие неприятных ощущений или аллергии.

Несъемные протезы, особенно при наличии собственных зубов, чистятся практически так же, как и естественные зубы. Однако при этом надо особое внимание уделять внутренней поверхности искусственных зубов и межзубным промежуткам. Поэтому в области протеза надо чистить зубной щеткой, располагая ее под углом 45 градусов к линии соприкосновения протеза, движениями от десен к краю зубов. Для очистки труднодоступных мест протеза, в том числе межзубных промежутков, можно использовать флосс, смазанный небольшим количеством зубной пасты. После чистки зубов и протеза следует тщательно прополоскать рот водой или с помощью ирригатора.

ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ И ТЕОРИИ О ЗУБАХ

Зубы — часть человеческого организма, не способная к регенерации.

Греческий философ Аристотель считал, что мужчины имеют больше зубов, чем женщины. Это ошибочное утверждение никто не пытался оспорить в течение 18 столетий.



Первые стоматологи жили в Египте за 3000 лет до нашей эры. Они переставляли здоровые зубы рабов фараонам.

2500 лет назад майя красили зубы бирюзой и нефритом, вставляли в зубы драгоценные камни.

Любимые женщины пиратов Карибского моря щеголяли зубами, сделанными из бриллиантов.

Протезистами-стоматологами были и этруски. Они вырезали искусственные зубы из клыков млекопитающих уже в VII веке до нашей эры.

При фараонах существовали и искусственные зубы, которые изготавливали из отточенных слоновых костей. По внешнему виду они напоминали современные протезы — искусственные зубы прикреплялись золотой проволокой к целевшим.

Зубная паста была изобретена египтянами примерно 5000 лет назад. Она состояла из смеси вина и пемзы.

На территории Гондураса археологи обнаружили фрагмент нижней челюсти (вероятно, VI век до нашей эры), которая была сделана из фрагмента раковины морского моллюска.

В музее Перу имеется один необычный экспонат — череп с 32 имплантатами из кварца и аметиста.

Во Франции ученые обнаружили череп женщины, которая, вероятно, жила в I веке до нашей эры, с металлическим имплантатом на верхней челюсти.

Во времена французского короля Людовика XI аристократки были уверены, что морщины вызывает чрезмерное пережевывание пищи, поэтому питались только супом.

Первая зубная щетка появилась в 1498 году в Китае. Она была сделана из свиной щетины.

На Руси зубными щетками начали пользоваться при Иване Грозном. Это были палочки с пучком щетины — «зубные метлы».

Древние японские стоматологи удаляли зубы голыми руками.

Интересно, что поначалу закрашивали зубки черным только благородные японские дамы. В древнейшей японской летописи «Кодзики», датирующейся началом VIII века, уже воспеваются красота девушек с «восхитительно черными блестящими зубами».





Кариес в Средневековой Европе считался признаком достатка. Бедняки, вынужденные питаться грубой пищей, обладали здоровыми зубами, а для аристократа иметь не тронутые кариесом зубы расценивалось как плебейство.

В 1816 году был продан самый дорогой в мире зуб. Он принадлежал Исааку Ньютону. Аристократ, купивший артефакт за 730 фунтов стерлингов, вставил его в свой перстень.

Люси Тейлор в 1867 году стала первой американской женщиной, получившей диплом стоматолога.

Чтобы повысить заинтересованность в сохранении здоровых зубов и десен среди 12-миллионного населения, в Китае был установлен национальный праздник, название которого можно перевести как «День любви к своим зубам» и который проходит каждый год 20 сентября.

В Америке в 1999 году в городе Финикс прошла акция «За здоровую улыбку». 1300 американских школьников, выстроившись в форме зубной щетки, одновременно чистили зубы в течение 3 минут 3 секунд.

9–15 килограммов — такое давление зубы оказывают на пищу при жевании. Максимум — 100 килограммов, если грызть орехи.

Около 13 тонн золота в год используют американские стоматологи для изготовления коронок, мостов, вкладок и зубных протезов.

Специалисты из Центра по контролю и профилактике заболеваний в США считают, что отказ от курения может сократить риск стоматологических проблем вдвое.

48 % курящих женщин после 50 лет нуждаются в зубном протезировании. Среди некурящих таких лишь 26 %.

Курильщики реже посещают стоматолога, при этом стоматологические заболевания у них развиваются не реже чем 1 раз в 5 лет.

Губная помада с твердыми парафинами может стать причиной кариеса, утверждают ученые из Университета Сан-Паулу (Бразилия). Кусочки парафина приклеиваются к эмали зубов вместе с частичками еды и содержащимися в них бактериями, которые в таких благоприятных условиях начинают активно размножаться. В результате могут появиться микротрещинки, а через пару месяцев — кариозные полости.

По мнению доктора Джанкет из Бостонского университета, некоторые жевательные резинки без сахара (преимущественно с фруктовым вкусом) содержат кислоту. Данная кислота негативно влияет на эмаль зубов, повышая риск повреждений.

Тем не менее, если жевать подобную жвачку после полноценного приема пищи и даже после перекусов, можно сократить риск кариеса примерно на 40 %. Особенно жвачка эффективна, если ее пожевать в течение 20 минут после еды, когда кислота чрезвычайно агрессивна.

Известно, что алмаз является самым твердым драгоценным камнем, поэтому идеально подходит для производства бора стоматологической бормашины.

На корейском и японском рынках появились детские зубные щетки, проигрывающие мелодии. Детям веселее чистить зубы, а взрослые могут контролировать длительность процедуры по звуку.

Японские специалисты из Университета Кинки (Осака) разработали искусственную эмаль, которая состоит из гидроксиапатита. Этот материал (из него, кстати, состоит эмаль естественная) создает вокруг зубов тонкую износостойкую микропленку. Искусственная эмаль поступит в стоматологические кабинеты через 5 лет.

В Италии у 97-летней жительницы Сан-Джорджо-делле-Пертиче в провинции Падуа, из-за отсутствия зубов питавшейся детским питанием, внезапно выросло 5 зубов.

Английские ученые создали специальное вещество, которое при нанесении на зуб проникает в микропоры и помогает остановить дальнейшее развитие кариеса. Но, к сожалению, этот метод подходит только для лечения начальных проявлений кариеса.

Кстати, начальный кариес в России давно и успешно лечат без бор-машины и боли втиранием фтор-содержащих препаратов.

Патент на самообеззараживающую зубную щетку, обладающую лечебными свойствами, получил российский изобретатель Евгений Родимин. Регулярное ее использование защищает от болезней зубов и десен, ОРВИ.



ЗУБЫ И ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА

Некоторые специалисты уверены, что по внешнему виду зубов можно судить не только о здоровье, но и о характере человека. К этим предположениям не стоит относиться серьезно, но проверить их на себе и близких — любопытно.

Когда-то физиогномисты оценивали характер по зубам человека следующим образом:

Ровные зубы — признак красноречивости и сердитого нрава.

Зубы разной высоты чаще всего бывают у людей глубокомысленных.

Длинные зубы говорят о жадности и злости.

Зубы, выпирающие вперед, — признак скупости.

Мелкие, острые и редкие — свидетельство коварства, ехидства и хитрости.

Если у человека большие промежутки между зубами, значит, у него безвольный характер.

Щербинка (просвет между верхними резцами) всегда считалась признаком веселости и легкомыслия.

Обладатели больших и крепких зубов, как правило, добрые и храбрые люди.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	1
Строение, развитие и функции зубов	2
Зубы и возраст	8
Первые сигналы тревоги при болезнях зубов	10
Аномалии развития зубов	12
Нарушения при прорезывании зубов	12
Нарушения прикуса и его исправление	13
Болезни зубов	16
Кариес	16
Пульпит	19
Гингивит	20
Пародонтит	22
Пародонтоз	24
Гранулема и киста зуба	26
Удаление зубов	28
Абсцесс челюсти	31
Другие болезни зубов	32
Флюороз	32
Гипоплазия	33
Повышенная стираемость зубов	34
Эрозия	34
Гиперестезия	35
Изменение цвета зубов	36
Беременность, кормление грудью и зубы	38
Протезирование зубов	40
Несъемное протезирование	40
Съемное протезирование	45
Фитотерапия, народная медицина и массаж при заболеваниях зубов	49
Фитотерапия и народная медицина при гингивите, пародонтозе, пародонтите, стоматите	49
Фитотерапия и народная медицина при зубной боли	50
Массаж	50
Питание и здоровье зубов	52
Уход за зубами	54
Гигиена полости рта	54
Зубные протезы и уход за ними	56
Интересные факты и теории о зубах	58
Зубы и черты характера	60

УДК 616.31

ББК 56.6

Л 64

«Семейная энциклопедия здоровья»

Лифляндский Владислав Геннадьевич

ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Научно-популярное издание

Научный редактор доктор медицинских наук, профессор В. Н. Федорец

Ответственный редактор *Е. Целовальникова*. Художественный редактор *Ю. Прописнова*

Технический редактор *Е. Траскевич*. Корректор *Е. Волкова*

Верстка *И. Берковской*

Иллюстрации *О. Дянкиной, Е. Морозова, В. Титова*

Руководитель проекта *А. Галль*

ISBN 978-5-367-02563-7

© ЗАО «Торгово-издательский дом «Амфора», 2015

Лифляндский В.

Л 64 Здоровые зубы: Органы пищеварительной системы / Владислав Лифляндский. — СПб. : ЗАО «Торгово-издательский дом «Амфора», 2015. — 62 с. : ил.