

шується при початкових ознаках демінералізації емалі (1,3 і нижче). Співвідношення Ca/P має також характерні вікові особливості. Так, у дітей 8 років він складає 1,75, а в людей 60-річного віку – 2,01. Після прорізування зуба протягом 1,5 – 2 років концентрація кальцію й фосфору в емалі всіх шарів швидко підвищується. Через 2 – 3 роки після прорізування завершується мінералізація фісур, а також шийки зуба. Підкреслимо, що після прорізування в поверхневих шарах емалі вміст кальцію й фосфору вищий, ніж у глибших шарах, оскільки основним джерелом надходження речовин у емаль зуба після його прорізування є слина. Резистентність поверхнього шару емалі пояснюється також підвищеним умістом у ньому мікроелементів: олова, цинку, заліза, стронцію, молібдену й особливо фтору, оскільки вони підвищують щільність кристалічної решітки і впливають на склад і обмін зубного нальоту.

Проаналізовані результати досліджень вітчизняних учених, зокрема Хоменко Л. О., Сороченка Г. В., дають підтвердження тому, що хімічний склад поверхнього шару інтактної емалі постійних зубів на різних етапах мінералізації має суттєві достовірні розбіжності щодо кількості кальцій/фосфорного коефіцієнта, кальцію, карбону, фтору, нітрогену, силіцію. Тобто емаль зубів, які щойно прорізулися, є недостатньо мінералізованою і, відповідно, має недостатній рівень карієсрезистентності. Тому задля запобігання ураженню твердих тканин зуба при передчасному прорізуванні й після прорізування постійних зубів упродовж періоду вторинної мінералізації доцільно проводити ремінералізуючу терапію, яка сприятиме підвищенню рівня карієсрезистентності.

Висновки. За сучасними уявленнями, у патогенезі карієсу зубів провідну роль відіграє карієсрезистентність емалі, мінеральну основу якої утворюють ізоморфні кристали апатитів. Провідне значення серед них належить кальцію, фосфору, фтору, тому їхня недостатня кількість або надлишок певних мікроелементів у докільці, насамперед у ґрунтах і питній воді, може варіювати їхній уміст у організмі, а відтак – і у твердих тканинах зубів, цим самим впливаючи на їхню стійкість до ураження каріозним процесом.

Коваль Ю.П.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РОЗВИТОК ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Стертість зубів – це універсальний наслідок старіння. Її можна визначити як незворотну, багатофакторну й деструктивну втрату твердих тканин зубів, викликану механічними, хімічними процесами або ж їх комбінацією за відсутності карієсу чи травм. Це поширена проблема, але більшість пацієнтів зазвичай не звертаються до спеціалістів із цього приводу. Однак патологічна стертість зубів стає все більш помітною проблемою в наш час. Це є наслідком підвищення рівня поінформованості людей щодо патології зубів, які більше зацікавлені в збереженні своїх зубних рядів здоровими.

Мета – дослідити особливості етіологічних факторів розвитку патологічного стирання твердих тканин зубів (за даними джерел літератури).

Матеріали й методи. Для досягнення поставленої в роботі мети проведено аналіз літературних джерел зі стоматологічної тематики, виявлених у базах Google Scholar і PubMed за ключовими словами «патологічне стирання», «стертість зубів», «tooth wear», «teeth wear», «teeth wearing», «pathological wearing». Попередній аналіз джерел проведено за анотаціями, виявленими в процесі первинного пошуку. Додатково у відібраних для подальшого аналізу статтях було переглянуто й проаналізовано їхні посилання зі списку літератури для докладнішого набору джерел за тематикою.

Результати. Патологічна стертість зубів часто є багатофакторною за своєю природою, її тип важко розрізнити, але її часто поділяють так: аттриція; ерозія; абразія; абфракція.

Діагностика зазвичай базується на клінічній картині, що може виділити один причинний фактор. Однак це дуже складно. Таким чином пропонуються ці окремі терміни, які можуть бути корисними при розгляді й описі етіології, але вони можуть описувати лише результат дії основних факторів, а не причину чи процес, задіяні в стиранні.

Важливо визнати: навіть якщо наявний один фактор, що сприяє стиранню, то можуть діяти й інші ушкоджувальні чинники. Ігнорування цього моменту може призвести до помилок у діагностиці, відмови від лікування й прогресування стану. Ключовим фактором для розуміння причинних факторів є ретельне збирання анамнезу пацієнта. Пацієнти можуть мати успадковані стоматологічні хвороби, які посилюють тяжкість патологічної стертості зубів, такі як недосконалий дентиногенез і дисплазія дентину, якщо назвати лише два.

Висновки. На підставі вивчення джерел вітчизняної й зарубіжної літератури виявлено пильну увагу авторів до проблеми патологічного стирання твердих тканин зубів. Проте питання етіології стирання не є однозначно вирішеним і потребує детальнішого аналізу.