

НОВОЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФЛЮРОЗА ЗУБОВ

Николишин А .К.

На основании многолетнего опыта автора по изучению состава, структуры и свойств тканей зубов человека, пораженных флюорозом, с использованием клинических, биохимических, радиологических, морфологических и гистохимических методов исследования, а также применения ИК-спектроскопии, световой поляризационной и электронной микроскопии получены новые сведения о механизме развития флюороза, и на основании этого предложены новые способы диагностики и лечения флюороза зубов.

Общепринятое положение о развитии патоморфологических изменений в тканях зубов при фтористой интоксикации в период их минерализации дополнено сведениями о возможности развития флюороза и в более позднем периоде жизни ребенка в результате высвобождения накопившихся ионов фтора из костной ткани челюсти во время рассасывания корней молочных зубов, а также в результате непосредственного действия фториона на эмаль после прорезывания зубов при условии постоянного проживания ребенка в эндемическом очаге. При легких случаях заболевания (наличие одиночных меловых пятен) в твердых тканях зуба образуется гидроксифторапатит, тяжелые, случаи заболевания (меловая, пигментированная, с явлением деструкции эмаль) сопровождаются образованием в поверхностном слое эмали слабо или достаточно хорошо выраженного слоя фторида

кальция, отличающегося от нормальной эмали своим составом, структурой, свойствами. Такая эмаль более рыхлая, оказывает меньшее сопротивление электрическому току, отличается понижением микротвердости, более проницаема для ^{45}Ca и I^{14}C лизина, в УФ-лучах показывает тушение первичной флюоресценции.

Прорезывающийся зуб как правило не окрашен. Пигментация эмали при флюорозе возникает спустя несколько месяцев или лет за счет красящих продуктов, содержащихся в ротовой жидкости. Наиболее интенсивно окрашивается эмаль в период ее незавершенной минерализации (1-3 год после прорезывания зуба).

В зависимости от толщины слоя фторида кальция в большей или меньшей мере меняется электропроводность твердых тканей зубов, появляется тушение первичной флюоресценции эмали в УФ-лучах, изменяются показатели микротвердости и проницаемость эмали. Выявленные свойства пораженной флюорозом эмали необходимо использовать в клинике при определении степени тяжести флюороза, которую следует определять по изучению электропроводности твердых тканей зуба и характера свечения эмали в УФ-лучах (Авт.свид. № 1378819. Бюлл.изобр.1988, № 9). Для определения интенсивности окрашивания эмали необходимо использовать стандартную 10-польную полутоновую шкалу.

С целью отбеливания окрашенных участков эмали необходимо использовать растворы соляной кислоты (от 10 до 36) в сочетании с пергидролем в различных соотношениях (1:2, 1:3 и т.д.). Время воздействия раствора на эмаль определяется Эффектом отбеливания, но не должно превышать 5 минут в одно посещение. После кислотного

способа отбеливания следует обязательно применять аппликации одного из реминерализующих средств (10% раствор глюконата кальция, 2,5% раствор глицерофосфата кальция, 5% раствор ремодента) или введение 5% раствора хлористого кальция в твердые ткани зубов путем электрофореза. При глубокой пигментации эмали и недостаточном эффекте отбеливания целесообразно применять способ отбеливания эмали в герметической емкости (положительное решение к Заявке - 4334926/28-14 (159370)).