# Рот и зубы Заболевания полости рта и зубов

**Выполнил ученик 11б: класса: Лука Сергей.**

**школы№33**

**Не приносите этот доклад в школу №33 г.Кишинёва а особенно Тамаре Григорове. .**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ЗУБОВ (ПАРАДОНТА)**

Заболевания пародонта относятся к наиболее распространенным стоматологическим заболеваниям и встречается у 80% детей и почти у всего взрослого населения. Пародонт- это комплекс тканей: зуб, периодонт, альвеолярная часть челюсти, десна. Патологические процессы могут иметь воспалительный дистрофический (или их сочетание) характер. В возникновении заболеваний пародонта имеют значение травма, зубной налет, наддесневые и поддесневые отложения зубного камня, нависающие пломбы, дефекты протезирования, гигиеническое состояние полости рта. Из общих факторов – это недостаток витамина А, группы В, С, Е, нарушения фосфорно-кальциевого обмена, белкового, минерального, углеводного, изменения пищеварительной, нервной, сосудистой систем, аллергические реакции, снижение иммунитета.

**ПЕРИОДОНТИТ**  
Заболевание окружающих корень зуба тканей. Как правило, ему предшествует пульпит с присущими ему болевыми ощущениями. Отказ от его лечения предопределяет проникновение бактерий по каналу корня зуба за его пределы, вызывая уже в новых условиях острое воспаление, называемое острым периодонтитом.  
Симптомы и течение. Характерным признаком является появление самостоятельной боли, сначала слабой, затем усиливающейся, приобретающей характер пульсирующей. Ее отличие от боли при пульпите в том, что она строго локализована, становится резкой при механической нагрузке на больной зуб, особенно в виде постукивания. Смыкание зубов настолько болезненно, что многие отказываются от приема даже жидкой пищи. Возможно умеренное повышение температуры тела (до 37,5°С). При указанных симптомах потребность в помощи стоматолога в самое ближайшее время крайне велика. Использование домашних  
средств, включая обезболивающие, теплое полоскание и повязку может дать только эпизодическое облегчение. Отсрочка времени обращения к специалисту чревата тяжелыми осложнениями из-за развития гнойного процесса сначала ограниченного,  
а затем разлитого. Разрешение этого бурно протекающего острого процесса возможно и с более легкими последствиями. При нахождении пути выхода гноя из очага воспаления в полость рта (через расплавленную слизистую оболочку, покрывающую альвеолярный отросток) или через кожу наружу с образованием свищевого хода, острый периодонтит переходит в хроническую стадию. В таком случае угроза опасных осложнений снижается, но не исчезает вовсе.

Лечение. Желательно и вполне возможно избежать образование свищевого хода. В условиях амбулатории искусственно создают отток гноя из очага воспаления через канал зуба и пульпарную камеру, предварительно освобожденных о



**ПАРОДОНТОЗ**

Пародонтоз встречается редко, характеризуется генерализованной дистрофией всех тканей пародонта на фоне выраженной гипоксии и тканевой дистрофии. Болевых ощущений при этом заболевании нет и больные редко обращеются к врачу. В выраженных стадиях развивается парадонтит.   
***Симптоматика:*** десна анемична, межзубные сосочки атрофичны, видны оголенные шейки и даже корни зубов, подвижность и смещение зубов.   
***Лечение:*** пломбирование эрозий, клиновидных дефектов, лечение гипоксии. Лечение проводиться вместе стоматологом совместно с терапевтом.

**ПАРАДОНТИТ**

Важное значение имеет снижение резистентности организма, нарушение обмена веществ, наличие нервно-соматических заболеваний, недостаточная гигиена полости рта, недостаток белков, витаминов, экологические и профессиональные вредности, характер питания – мягкая пища не способствует самоочищению зубов.   
***Симптоматика:*** может быть мягкой, средней и тяжелой степени. Чаще имеется хронический парадонтит как следствие гингивита. Наблюдается кровоточивость десен, запах изо рта, быстрое образование зубного камня. При прогрессировании процесса возникают боли, абсцедирование , расшатанность зубов.   
***Лечение:*** при обострении необходима помощь стоматолога. При хроническом течении лечения - у стоматологов, терапевтов, хирургов, ортопедов; гигиена полости рта.

**ГИНГИВИТ**

Вид стоматита, когда поражается слизистая, покрывающая альвеолярный отросток челюсти. Помимо общих причин, вызывающих заболевание оболочки иной локализации, наиболее частая - грязное содержание полости рта, наличие зубных отложений. Симптомы: во время осмотра заметно покраснение, отечность десны, при еде и чистке зубов возможна ее незначительная кровоточивость. При несоблюдении гигиены полости рта десна покрывается налетом, возникают язвы, участки омертвения ткани, дурной запах изо рта. Заболевание может распространиться на другие отделы слизистой оболочки полости рта.   
Лечение: систематический уход за зубами, полоскание, снятие зубного камня, лечение пародонтита, щадящая диета.

Гингивит – воспалительный процесс в десне. Острые формы развиваются на фоне общих заболеваний: желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии, аллергии, инфекций, имеют значение экологические факторы и характер питания.   
Хронические гингивиты наблюдаются у больных с сердечно-сосудистой патологией, пищеварительной систем, при болезнях крови, нарушении иммунитета, при гормональных нарушениях, воздействии неблагоприятных производственных и окружающих факторов: длительного применения препаратов ртути и висмута, отравление свинцом и др. металлами.   
***Симптомы:*** кровоточивость десен при чистке зубов, приеме твердой пищи, чувство жжения, неприятный запах изо рта. Гингивит может протекать с язвенно-некротическим компонентом; гипертрофический гингивит – хронический воспалительный процесс с преобладанием пролиферации в тканях десны.   
***Лечение:*** устранение раздражающих факторов, гигиена полости рта, снижение интоксикации организма, полноценная диета, удаление очага острого воспаления и некротических тканей, обезболивание, антибактериальные препараты.

**КАРИЕС ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ**

Заболевание зуба, характеризующееся прогрессирующим со временем разрушением его твердых тканей. Возбудитель: Streptococcus mutans, обычно скапливающийся на поверхности зуба в виде небольшой бляшки, незаметно приводящей к дефекту поверхности зуба, а затем и ниже лежащих тканей.  
Устойчивость к кариесу предопределяется структурой эмали, зависящей как от условий формирования зубов, так и от общего состояния организма и образа жизни.  
Лечение хронических форм - периодическое иссечение пораженных тканей зуба (эмали, дентина), с формированием полости и восстановлением формы и функций зуба пломбированием; острых требует дополнительной патогенетической терапии и диспансерного наблюдения.

Кариес зуба – это инфекционный процесс, связанный с воздействием микрофлоры (стрептококки), нарушением режима питания, составом микроэлементов в пище, особенно фтора. По глубине дефекта различают начальный, средний, глубокий кариес. По течению: острый, острейший, хронический.   
***Симптомы:*** боль в зубе различной интенсивноси.   
***Диагностика:*** при осмотре – пятно, дефект и полость в твердых тканях зуба. Проводят зондирование полости, рентгеновское обследование, электроодонтометрия.   
***Лечение:*** обезболивание, дальнейшее лечение у стоматолога.

**ОСТРАЯ ЗУБНАЯ БОЛЬ**

Возникает при осложнениях кариеса – пульпите и периодонтите.

**Пульпит**

Пульпит – воспаление пульпы зуба. Возникает обычно при прогрессировании кариеса зуба, но возбудители инфекции могут быть занесены в пульпу зуба через кровь при воспалительных заболеваниях других органов.   
***Симптомы:*** резкие самопроизвольные боли, возникающие без воздействия на пульпу приступообразного характера, боль отдает по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются ночью, при горизонтальном положении.   
При хроническом пульпите боль возникает от раздражителей, носит продолжительный характер. Дно обширной кариозной полости резко болезненно при зондировании. Перкуссия зуба (постукивание по зубу) безболезненна. При распространении процесса боль возникает в соседних зубах, отдает в челюсть, висок, ухо. Холод успокаивает боль, тепло усиливает.   
***Лечение:*** внутрь – обезболивающее, местно – у стоматолога.

**ПЕРИОДОНТИТ**

Периодонтит – острое или хроническое воспаление в периодонте. Возникает в одном или нескольких зубах и в окружающих зуб мелких тканях.   
***Симптомы:*** при остром процессе – резкие боли, нарастающие, рвущие, локализующиеся в области причинного зуба. Зуб подвижен, приподнят, постукивание по зубу и прикосновение усиливают боли. При гнойном - процес распространяется на мягкие ткани. Боли резкие, пульсирующие, постукивание резко болезненное, повышается температура тела. При хронических формах жалобы менее выражены.   
***Лечение:*** выработаны четкие показания к удалению и сохранению зубов. Доврачебная и общеврачебная помощь сводится в остром периоде к назначению обезболивающих, противовоспалительных препаратов, холод на область пораженного зуба.

**ЗАБОЛЕВЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Слизистая оболочка рта является важным барьером организма, имеет тесную связь с его внутренними органами и системами. Она участвует в функции пищеварения, дыхания, акте речи, кроветворения, регулирует равновесие среды полости рта. Заболевания слизистой рта могут возникнуть вследствие:

1. Инфекций, в том числе и грибковых.
2. Как следствие аллергических реакций.
3. В результате заболеваний других органов и систем организма (крови, кожи, желудочно-кишечного тракта и печени).
4. При острых инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, брюшной тиф, грипп, аденовирусная инфекция).
5. При системных заболеваниях (красная волчанка, эозинофильный коллагенноз и др.).
6. При сердечно-сосудистых заболеваниях, эндокринной патологии, нервно-психических заболеваниях.
7. При анемиях: гипохромной – симптомы поражения полости рта проявляются жжением, болью в языке и других участках слизистой оболочки рта, заеды в углах рта.

***Лечение:*** проводится у гемотолога, стоматолог санирует полость рта. Язык следует обрабатывать различными маслами. При пернициозной анемии (недостаток витамина В12 в организме) – сухость во рту , жжение языка. Слизистая бледно-желтая, с точечными кровоизлияниями, кровоточивость десен, отечность языка с гладкой, ярко-красной поверхностью.   
***Лечение:*** у стоматолога и гастроэнтеролога.

**АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ**

Аутоиммунное заболевания внутренних органов аллергического генеза, характеризуется вегетоневрозом, эндокринными расстройствами, стрессовыми состояниями, гипо-; авитаминозом.   
***Симптомы:*** афты (язвы) на слизистой оболочки рта и половых органов, заболевание глаз (ирит, увеит).   
***Лечение:*** в стационаре с участием дерматолога, терапевта, невропатолога. Обязательна санация полости рта в период ремиссии.

**КСЕРОСТОМИЯ**

Ксеростомия – сухость слизистой оболочки рта в результате уменьшения выделения слюны и слизи при поражении слюнных и слизистых желез, что наблюдается при сахарном диабете, аллергических состояниях и др. патологии.   
***Симптоматика:*** слизистая оболочка сухая, атрофичная, воспалена, постоянное жжение во рту.   
***Лечение:*** лечение основного заболевания, санация и гигиена полости рта.

**ЛИШАЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ**

Возникает на коже и слизистых оболочка. Развитие заболевания связано с заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечено-сосудистой и эндокринной систем.   
***Симптомы:*** на слизистой оболочке рта появляются папулы сначала красного цвета, затем беловато-перламутрового, которые, сливаясь, образуют сетку, бляшки.   
***Лечение:*** устранение сопутствующих заболеваний, санация полости рта, симптоматическое лечение у стоматолога.

**СТОМАТИТЫ**

Стоматиты – это воспаление слизистой оболочки рта.   
Причины заболевания: общие факторы, дисбактериоз, заболевания желудочно-кишечного тракта.   
Стоматит может быть герпетическим (вызывается вирусом герпеса) с образованием эрозий, язв; медикаментозный, развивающийся при аллергических реакциях на лекарственные препараты; ртутный; при заболеваниях крови; у ослабленных больных; при тяжелых заболеваниях, СПИДе.   
По характеру течения стоматиты могут быть: катаральными, фибринозными (гнойными), с образованием эрозий и язв.   
***Лечение:*** проводится всех видов стоматитов местное – у стоматолога, общее – у терапевта. Обязательное обследование при любой форме стоматита на СПИД, сифилис, туберкулез.

**ХЕЙЛИТЫ**

Это заболевание красной каймы губ воспалительного, трофического характера в результате воздействия нейрогенных, гормональных, вирусных факторов.   
***Причины:*** длительное облучение солнцем, дефицит витамина В 2, грибковое поражение, реакция на пенициллин, при нарушении функции щитовидной железы, аллергической природы.   
***Симптомы:*** губы отечны, гиперемированы, болезненны, в углах рта – заеды.   
***Лечение:*** симптоматическое – устранение раздражающих факторов, гигиена полости рта. Консультация специалистов.   
Поражение слизистой полости рта может возникнуть таком тяжелом заболевании, как пузырчатка с образованием кровоточащих эрозий; при **КАРИЕС ЗУБОВ**

Вы боитесь зубных врачей? Не отчаивайтесь. В утешение мы скажем вам, что нашим предкам, когда у них болели зубы, приходилось гораздо хуже.   
  
Сотрудница Института истории и этики медицины в городе Кельне провела исследование о том, как в XIX веке люди занимались профилактикой и лечением кариеса. Оказывается, в "старые добрые времена" больные зубы прокуривали дымом или просто вырывали, а в качестве обезболивающего средства применяли собачью мочу.

**ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ**

Какому человеку сегодня не пришлось страдать от регулярных появлений на губах пузырьков или болячек? Они доставляют массу неприятностей, болят при приеме пищи, их не закрасишь помадой и кремом. В лучшем варианте это все пройдет в течении 7-10 дней, а в худшем они появятся на деснах, небе, языке и даже в интимных местах. Все начинается с полости рта и коротко это можно назвать стоматитом.

Стоматиты - этот термин и в малой степени не определяет всю широту патологических процессов слизистой оболочки полости рта, с которой приходиться встречаться пациенту и врачу-стоматологу в практической работе.  
Чаще всего диагносцируются вирусные заболевания. Одно из ведущих мест среди них занимает герпетический стоматит, который вызывается вирусом простого герпеса и поражает кожу, слизистые оболочки полости рта, глаз, половых органов и т.д.

Клинически в полости рта герпетическая инфекция проявляется в двух формах:   
1)хронический рецидивирующий герпес;   
2)острый герпетический гингивостоматит.

Хронический рецидивирующий герпес проявляется в виде одиночных или групп тесно расположенных высыпаний - мелких пузырьков на красной кайме губ, слизистой оболочке неба, глаз, половых органов, коже губ, крыльев носа. Обычно появление этих поражений сопровождается, как правило, чувством жжения. Далее элементы сливаются и образуют эрозивные поверхности и при приеме пищи возникают болезненные ощущения от раздражителей. Особенностью герпетической инфекции является пожизненное носительство вируса после перенесенного заболевания.  
Острый герпетический стоматит - это заболевание вирусной этиологии возникает как у взрослых, так и у детей. В последнее время острый герпетический стоматит рассматривают как проявление первичной герпетической инфекции вирусом простого герпеса в полости рта. Первые элементы поражения при остром герпетическом стоматите напоминают афты, которые возникают на фоне отечной, гиперемированной, воспаленной слизистой оболочки полости рта. Заболевание контагиозно для лиц, ранее не инфицированных вирусом простого герпеса. В основном стоматитом, а это 70%, болеют дети в возрасте от 1 года до 3 лет и взрослые в молодом возрасте.

Заболевание начинается с жалоб на общее недомогание, повышение температуры тела до 37-37,5°С, увеличение лимфатических регионарных узлов, наблюдается гиперсаливация. Слизистая оболочка рта, особенно десневого края отечна, гиперемирована. На ней появляются одновременно пузырьки, заполненные серозной жидкостью, которые затем быстро вскрываются и сливаются в эрозии с фестончатым краем по периферии, покрытая фибринозным налетом. Весь процесс формирования афт длится 4-5 дней. При этом пациент жалуется на боль при приеме пищи, жжение, зуд. Если уход за полостью рта недостаточный, то катаральные изменения (отечность, гиперемия) могут переходить в язвенные. При правильном уходе и лечении к 8-10 дню наступает период выздоровления. Если заболевание прогрессирует, количество эрозивных элементов не уменьшается, а увеличивается, общее состояние больного ухудшается, наблюдается слабость, головная боль, адинамия, температура тела повышается до 39-40°С, то это может быть обусловлено низкой реактивностью организма, снижением иммунитета. Реактивность организма зависит от различных причин - переохлаждение, грипп, инфекционные заболевания, болезни крови, онкологические заболевания. Если не провести нужного лечения острого герпетического стоматита, то возникает рецидивирующая форма, которая сопровождается регулярными высыпаниями на слизистой оболочки полости пузырьков и афт.

Лечение включает в себя назначение обезболивающих средств (гели с лидокаином, артикаином местно на слизистую полости рта, внутрь - кетанов (кеторолак) , противовирусных препаратов ( ацикловир или завиракс внутрь и местно в виде мази), иммуностимуляторов. Все препараты должны приниматься по назначению врача-стоматолога, с наблюдением картины общего анализа крови до лечения, в процессе и после него. Самолечение должно быть исключено.

**ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА "МУДРОСТИ"**

Прорезывание зуба "мудрости" затрудненное. Нарушение нормального прорезывания наиболее часто наблюдается с восьми зубами нижней челюсти – зубами "мудрости". Как правило, возникает из-за дефицита места в нижней челюсти, поскольку до зуба "мудрости" уже появились все остальные, не "оставив" ему достаточного пространства. Задержка в прорезывании создает условия для развития воспалительного процесса, перерастающего из местного очага в разлитой, чреватый тяжелыми последствиями.

Заболевание связано с постоянной травмой края десны над буграми зуба "мудрости", где образуется язва, которая, при обилии бактерий в полости рта, и служит причиной воспаления. Процесс довольно быстро распространяется на окружающие мягкие ткани, в том числе и на жевательные мышцы, участвующие в осуществлении движения нижней челюсти. Больной из-за болей не в состоянии приоткрыть рот даже на полсантиметра.   
Симптомы и течение. Заболевание обычно сопровождается общим недомоганием, падением аппетита, снижением сна, повышением температуры тела иногда до высоких цифр (38°С и выше). Поскольку необходимо предупредить возможность распространения процесса на окружающую костную ткань и клетчатку с развитием острого воспаления костного мозга (остеомиелита) или мягких тканей (флегмоны) - очень важно, не рассчитывая на домашние средства, обратиться к стоматологу. До врачебной помощи с целью облегчения состояния допустим прием обезболивающих типа анальгина (0,5 г) и полоскание полости рта теплым раствором борной кислоты (половина чайной ложки на стакан воды) или марганцево-кислым калием (розовый цвет).

**КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН**

Результат заболевания слизистой оболочки десны и может быть следствием не только местного, но и общего недуга организма.  
Обычно кровоточивость возникает при чистке зубов щеткой. Иногда прием пищи может вызвать появление крови во рту. Она истекает из края десны при воспалении его слизистой оболочки (см. Гингивит). Особого внимания требуют случаи, когда уход за полостью рта достаточен, а сосудистые изменения десны сохраняются или вновь возникают, и кровоточивость продолжается. Причиной этого могут быть различные заболевания общего характера: крови, эндокринные, ОРЗ, грипп, авитаминоз и др. Отечность и увеличение в объеме межзубных сосочков десны нередко сопровождают беременность. В случаях, когда болезнь усугубляется, кровоточивость возникает даже при небольшой травме, а то и вовсе без нее, самостоятельно. Лечение и наблюдение врача необходимы. В домашних условиях следует поддерживать гигиену полости рта.

**ЗАПАХ ИЗО РТА**

Возникает в первую очередь из-за несистематически осуществляемой гигиены полости рта. Частички пищи, остающиеся после ее приема в межзубных промежутках, а также в кариозных зубах, спущенный эпителий слизистой оболочки подвергаются воздействию бактерий, находящихся в изобилии в полости рта. Происходит распад белков пищи и эпителия и их последующее  
гниение, что и обуславливает возникновение запаха. Кроме того, причиной его может быть воспалительный процесс в окружающих зуб тканях, поражение слизистой оболочки полости рта, языка, а также, в редких случаях, заболевание желудка (гастрит).  
Предупреждение и избавление от запаха сводится, главным образом, к регулярному уходу за полостью рта. Утром и вечером необходимо чистить зубы: движение зубной щетки должно быть как в горизонтальном направлении, так и в вертикальном для тщательного удаления остатков пищи из межзубных промежутков. Способствует этому применение зубочисток и полоскание рта водой после еды. Эффективно применение растворов пахнущих веществ: мяты, специальных дезодорантов. При заболевании слизистой оболочки полости рта, тканей вокруг зуба, а также желудка показано специальное лечение.

**ЗУБНАЯ БОЛЬ**

Неприятные, а часто нестерпимые ощущения, вызванные раздражением чувствительных нервов. В роли раздражителей может быть удар, ожог, укол, воспаление, травма и пр. Обычно является проявлением заболевания зуба. При нарушении целостности твердых тканей зуба (эмали, дентина) болевые ощущения возникают только при приеме холодной или горячей воды, кислой или  
сладкой пищи. С удалением этих раздражителей (полоскание полости рта теплой водой) боль прекращается. В тех случаях, когда она возникает самостоятельно, часто усиливается по ночам и распространяется на окружающие зуб области, приобретая разлитой характер, следует полагать, что речь идет о возникновении острого воспаления зубной мякоти - пульпы зуба. При этом боль бывает длительной и часто мучительной. Рассчитывать на ее прекращение путем приема обезболивающих (анальгин и т.д.) даже в больших дозах, не приходится. Также ошибочны рекомендации по введению в полость больного зуба различных средств (спирт, анальгин, аспирин и пр.). Самое большее, чего можно достичь - незначительно снизить ее интенсивность. Возможно, что боль сама по себе уменьшится или прекратится, когда деструктивные явления разрушат перемычку между кариозной полостью и пульпарной камерой зуба. При этом острый период воспаления пульпы переходит в хроническую стадию, что и сопровождается стиханием или исчезновением боли. Однако болезнетворное поражение продолжается, распространяясь на всю зубную мякоть, включая пульпу в каналах корней зуба, а затем и на окружающую его ткань.

Переход гнойного воспаления за пределы зуба носит название острого периодонтита. При этом болевое ощущение характеризуется самостоятельным возникновением, точной локализацией в области зуба, дотрагивание до него, тем  
более постукивание, вызывают резкое усиление боли. Обезболивающими средствами можно ее уменьшить и даже снять. Но рассчитывать на излечение без участия стоматолога нельзя, оно необходимо, причем в ближайшие дни для предупреждения  
возможных тяжелых осложнений - абсцесса, флегмоны, остеомиелита. Таким образом, являясь наиболее частым сигналом, свидетельствующим о заболевании зуба, зубная боль в то же время может быть и результатом травмы, когда отлом части коронки обнажает зубную мякоть (пульпу), богатую нервными окончаниями. Малейшее прикосновение к ней вызывает острейшую боль. Помощь при этом может оказать только стоматолог. Следует иметь в виду, что создавать впечатление зубной боли может опухоль  
челюсти, воспаление гайморовой пазухи, нервов, заболевание центральной нервной системы. Поэтому боль в зубочелюстной области должна быть оценена врачом для выявления ее причины, и не рассматриваться только как зубная.

**Биодобавки в профилактике   
заболеваний зубов и полости рта**

## Основные свойства зубов - механическая прочность и химическая резистентность к пищевым веществам - обусловлены нормальным соотношением органических и минеральных компонентов. Нарушение баланса этих веществ, с одной стороны - белков, а с другой - неорганического соединения гидроксиапатита создает предпосылки для разрушения зубов. Процесс вымывания минеральных солей особенно активен в кислой среде, создаваемой бактериями ротовой полости, когда они, используя в пище сахара из нашей еды, выделяют органические кислоты. Одним из важнейших минеральных элементов в составе зубов, а также для жизнедеятельности организма вообще является кальций. Его доля в химическом составе организма наиболее высока среди всех металлов: кальция в теле человека содержится около 1,5 кг. Из них 99 % находится в костной ткани и зубах. Естественно, что кальций играет важнейшую роль в закладке зубов - в начале молочных, а затем постоянных у детей и должен в эти периоды поступать в организм в достаточном количестве. Важно при этом, чтобы в рационе было сбалансировано соотношение кальция и его синергиста магния, а также витаминов, особенно С и Д. В частности, витамин С абсолютно необходим для формирования соединительной ткани, участвуя в синтезе белка коллагена. В среднем взрослый человек должен потреблять в сутки примерно 1 г кальция. Для растущего организма, беременным и кормящих женщин необходимо примерно 1,4 - 2 г в сутки. В течение всей жизни потребность в кальции может варьировать: детям и подросткам требуется больше кальция, чем взрослым, в пожилом возрасте она тоже увеличивается. Но, несомненно, что кальций нужен каждому и всегда. Однако при попадании кальция с пищей в организм он усваивается только от 10 до 40%. Но при содержании в рационе большого количества жиров, злаков, фосфатов, щавелевой кислоты кальций всасывается значительно хуже, а при злоупотреблении кофе, сахаром, шоколадом, какао процент усвоения кальция еще ниже! Настоящим прорывом стало появление Кораллового кальция, препаратов Кальций Меджик, Жевательного кальция c витамином Д. Эти препараты кальция великолепно усваиваются, способствуют укреплению костей и зубов, защищают - организм от возникновения остеопороза и кариеса. Сбалансированность биологически усваиваемого кальция, магния, а также витаминов С и Д натурального происхождения делает продукты необходимым для широкого круга потребителей. Важно, что в Коралловом кальции кальций и все другие минералы находятся в ионной форме. Кальций Меджик и Жевательный кальций с витамином Д получены из природных морских отложений, содержат витаминные препараты, что во много раз повышает биодоступность его компонентов. Для профилактики возникновения или обострения болезней зубов, десен и слизистой недостаточно одной только хорошей гигиены полости рта. Целый ряд диетических добавок: Активин, Алтимейт, Люцерна, Листья черного ореха, Детские вкусные витамины, Молозиво и многие другие, наряду с препаратами кальция могут применяться для профилактики стоматологических заболеваний... Микроэлементы, такие как цинк, и селен, по своей важности для здоровья десен и зубов приближаются к кальцию. Витамины и антиоксиданты в составе комплексов обеспечивают усвоение минеральных элементов и нормализируют обмен веществ в деснах, укрепляют сосуды. Это чрезвычайно высокосбалансированные по своему витаминно-минеральному составу препараты. Кофермент Q-10 - прекрасный антиоксидант, - «жизненно необходимое питательное вещество», по выражению доктора Аткинса. Он присущ организму в норме. При гингивите, пародонтозе, стоматите обнаруживается дефицит Кофермента Q-10 в деснах - исследования с взятием биопсии проводил доктор Уилкинсон. Экста-си содержит биодоступную форму витамина С, снижает кровоточивость десен. Молозиво - прекрасный иммуномодулятор. Он воздействует на состояние полости рта опосредованно через иммунную систему. Препараты Алое Вера способствуют заживлению слизистой. Гинго Билоба, входящее в состав Активина - признанный усилитель кровообращения в деснах. Люцерна, Спирулина, Хлородофилус - это растительная клетчатка. Прекрасный очиститель для всего пищеварительного тракта, начиная с полости рта. Выводит шлаки и токсины, помогает бороться с воспалениями. Почему прием клетчатки обязателен для здоровья полости рта? В частности, потому, что клетчатка служит пищей симбионтным бактериям кишечника, тем самым, нормализуя микрофлору всего организма. Наше бактериальное сообщество и наш иммунитет связаны между собой теснейшим образом. Ацидофилус и Мега Ацидофилус - полезные симбионтные бактерии для кишечного тракта. Кисломолочные бактерий всегда являются антагонистами гнилостных и бродильных микроорганизмов. Например, тех, которые разлагают во рту остатки пищи и способствуют заболеваниям десен и зубов. Вытесняются симбионтными бактериями также и грибки. Кроме того, полезные микроорганизмы борются с пищевыми аллергиями, предупреждают образование свободных радикалов и синтезируют целый спектр витаминов.

## Кровоточивость десен. Заболевания зубов

Припухлость или кровоточивость десен лечат путем местного применения вяжущих средств. Обычно это состояние (носящее воспалительный или инфекционный характер) связано с высокой Питтой, но может представлять собой и местное расстройство.

Из вяжущих средств применяются квасцы, корень геухеры, куркума, катеху, мирра, порошок Трипхала. Благодаря своим противовоспалительным свойствам эффективны также горькие травы типа «золотой печати» и катука. Порошок из этих трав накладывают на десны несколько раз в день и перед сном. К сожалению, у многих из них неприятный вкус. Для его смягчения можно добавить мяту перечную, мяту зеленую или солодку, что к тому же повысит эффективность горечей и будет способствовать их более глубокому проникновению в десны.

В Индии широко используются аюрведические зубные пасты и порошки с экстрактами вяжущих трав. Некоторые из них уже экспортируются на Запад. Такие препараты ежедневно втирают в десны с профилактической и лечебной целью. Аюрведический подход к гигиене ротовой полости позволил бы сэкономить денежные средства пациентов и труд зубных врачей и техников. Регулярный массаж десен способствует поддержанию их тонуса и помогает до старости сохранить здоровые зубы. Для массажа полезно использовать масла, например кунжутное или кокосовое.

Если кровоточивость десен не укладывается в рамки местного нарушения, то причину обычно следует искать в высоком уровне Питты, а провоцирующим фактором может быть повышенная кислотность, жар в печени или желудке. В этом случае целью лечения является устранение соответствующих нарушений.

**История**

Результаты исследования говорят о том, что поход к зубному врачу в наши дни показался бы нашим предкам легкой прогулкой по сравнению тем, что были вынуждены переносить они. Вплоть до XVIII века, рассказывает автор исследования госпожа Сильвия Тимпэ, люди обращались к зубному врачу лишь в случае появления болей и если у них были деньги (медицинского страхования тогда еще не было).   
  
Люди были уверены, что кариес появляется не от неправильного питания и недостаточного ухода, а от неких "зубных червей" и "плохих соков". Особенно распространена была вера в "зубных червей" в Средневековье.   
  
Учитывая такие представления, не стоит удивляться, что больные зубы вырывали или прокуривали дымом, причем, естественно, не использовались никакие современные средства наркоза.   
  
В питании людей, живших в XVIII веке, сахар еще не играл значительной роли. Когда начиная с XIX века блюда стали более "утонченными", стал шире применятся сахар, а белый хлеб пришел на смену грубому черному хлебу, увеличилась и заболеваемость кариесом.   
  
После того, как было установлено, что кислоты, ведущие к разрушению эмали зуба, образуются в результате брожения содержащей крахмал и сахар пищи, правильное питание тоже стали учитывать в качестве фактора, который приводит к возникновению кариеса.   
  
В самом деле, в конце Второй мировой войны, когда из-за голода количество сахара в пище снизилось, было зафиксировано сокращение случаев заболевания кариесом.   
  
Но до целенаправленной зубной гигиены было еще далеко. Даже в Новое Время в народной медицине было широко распространено использование мочи для гигиены рта и зубов. Так, широко распространенные сегодня зубные щетки люди использовали лишь раз в неделю, а то и раз в месяц. Зубные врачи того времени даже предостерегали от слишком часто их пользования, уверяя, что они вызывают раздражения десен.   
  
В ХХ веке люди начали осознавать, что зубная щетка и зубная паста являются главными средствами профилактики кариеса, но донести до широких масс эту истину было трудно. Лишь с изобретением радио впервые стало возможным проведение разъяснительной работы среди населения по поводу гигиены рта и зубов. Приходится констатировать, что на сегодняшний день среди широкой массы практикующих врачей-стоматологов это правило выполняется весьма условно. В большинстве случаев лечение заболеваний пародонта начинается у терапевта-стоматолога, где после проведения основных терапевтических манипуляций оно и заканчивается. По-нашему мнению, это связано с тем, что терапевт-стоматолог на сегодняшний день не располагает возможностью самостоятельного проведения комплексной терапии у названной категории больных, не прибегая при этом к помощи смежных специалистов.

Сегодня композиционные материалы в терапевтической стоматологии стали реальной альтернативой амальгаме и другим пломбировочным материалам. Надежность и долговечность реставрации в значительной степени зависит от качества применяемых материалов и адгезивных систем, а также от состояния твердых тканей, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта и гигиены полости рта.  
  
Гигиенический статус полости рта особенно важен, если в качестве пломбировочного материала выбран светоотверждаемый композиционный материал. Органические остатки способны к более быстрому прикреплению к поверхности реставрации, чем интактной эмали, поэтому зубная бляшка легче фиксируется и аккумулируется на поверхности реставрации по сравнению с прилегающей эмалью. Это связано с тем, что, несмотря на использование самых современных полировочных систем, достаточно трудно достигнуть качества полировки поверхности реставрации, соответствующей поверхности интактной эмали. При неудовлетворительной гигиене полости рта появление краевого окрашивания по границе реставрации и твердых тканей зуба встречается достаточно часто. Адсорбируя мягкий налет и пищевые красители, особенно на вестибулярных поверхностях, поверхности реставраций к концу первого года становятся тусклыми и матовыми. Некоторые авторы рекомендуют пациентам при плохой гигиене полости рта отказаться от использования композиционных материалов для восстановления зубов и предлагают изготовление металлокерамики.  
  
Особенно остро проблема краевого окрашивания возникает при восстановлении депульпированных зубов, поскольку в зубах с жизнеспособной пульпой существует естественное самоочищение зубной эмали, в депульпированных же зубах такой механизм отсутсвует. Поэтому при прочих равных условиях гигиенический статус зубов с жизнеспособной пульпой всегда лучше, чем депульпированных.  
Влияние уровня гигиены полости рта на качество реставраций общеизвестно, однако мы не обнаружили сведений о качестве реставраций депульпированных зубов в зависимости от уровня гигиены полости рта.  
  
Целью данного исследования явилась сравнительная клиническая оценка реставраций депульпированных зубов и зубов с жизнеспособной пульпой у пациентов с различным уровнем гигиены полости рта.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**  
  
Клинически обследовано 128 человек обоего пола в возрасте 20-45 лет, у которых были запломбированы 248 зубов с полостями I, II, III, IV классов. В зависимости от гигиены полости рта все пациенты были распределены на три группы следующим образом: 45 человек с хорошим уровнем гигиены полости рта (OHI-S — 0-1,0 балла), у которых были запломбированы 36 депульпированных зубов и 47 зубов по поводу кариеса, составили I группу; во II группу вошли 40 человек с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта (OHI-S — 1,1 и больше баллов), у которых были запломбированы 37 депульпированных зубов и 51 зуб по поводу кариеса. III группа — 43 человека с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта (OHI-S — 1,1 и больше баллов), которым предварительно была проведена профессиональная гигиена полости рта с последующим обучением рациональному уходу. У них были запломбированы 33 депульпированных зуба и 44 зуба по поводу кариеса.  
  
После обследования и установления диагноза определяли уровень гигиены полости рта с использованием индекса зубного налета и зубного камня OHI-S (Greene- Vermilion, 1969). В норме (при идеальном гигиеническом состоянии) он не должен превышать 1,0; если индекс больше 1,0, это свидетельствует о плохом гигиеническом состоянии полости рта.  
У пациентов I и II групп перед препарированием проводили гигиеническую обработку зубов, подлежащих реставрации, определяли цвет материала по расцветке «Vita». У пациентов III группы проводили профессиональную гигиену полости рта с использованием щеточек и полировочных головок пастой Nupro (Dentsply). Затем в течение трех дней пациентов обучали рациональному уходу за полостью рта с элементами самоконтроля и обязательным применением индикаторов зубного налета. После завершения обучения гигиене приступали к проведению реставрационных работ.  
  
   
  
  
  
**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**  
  
В группе пациентов с высоким уровнем гигиены полости рта- 0-1,0 балла) через 12 месяцев после пломбирования в 5,95±2,58% случаев (рассматривается вся совокупность реставрационных работ, включающая депульпированные зубы и зубы, леченные по поводу кариеса) мы наблюдали появление краевой пигментации на границе пломба-зуб. У пациентов с низким уровнем гигиены полости рта — 1,1 и больше баллов) данное осложнение встречалось в три раза чаще— в 19,54±4,25% случаев, причем в 4,60±2,25% случаев краевое окрашивание было направлено в глубину. Несоответствие по цвету и прозрачности в допустимых пределах в группе пациентов с высоким уровнем гигиены полости рта определялись в 15,56+3,82% случаев. В группе пациентов с низким уровнем гигиены этот показатель определяли в 20,93±4,39% случаев, из них в 5,81 ±2,52% случаев имелось несоответствие между пломбой и прилежащими структурами зуба вне нормальных пределов цвета.  
  
У пациентов III группы, которым предварительно была проведена профессиональная гигиена полости рта с последующим обучением рациональному уходу, через 12 месяцев после пломбирования появление краевой пигментации мы наблюдали в 6,34±3,01% случаев, несоответствие по цвету и прозрачности в допустимых пределах в 17, 38±3,47% случаев.В ходе оценки реставрационных работ установлено, что появление краевой пигментации на границе пломба-зуб в зубах, леченных по поводу кариеса, у пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта наблюдается в четыре раза чаще (16,00±5,18%), чем у пациентов с хорошей гигиеной (4,26±2,94%), и в три раза чаще, чем у пациентов после проведения профессиональной гигиены полости рта (5,17+3,24%). При этом краевые пигментации были направлены в глубину в 2,00±1,98% случаев в группе пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта, в то время как у пациентов I и III групп такого явления мы не наблюдали.  
  
В депульпированных зубах у пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта появление краевой пигментации встречается в три раза чаще, чем в депульпированных зубах у пациентов с хорошей гигиеной полости рта (соответственно, 24,33±7,05% и 8,11±4,49%). У пациентов с депульпированными зубами при проведении профессиональной гигиены полости рта появление краевого окрашивания выявляли в 9,37±4,53% случаев, и так же, как и у пациентов с хорошей гигиеной полости рта, краевые пигментации не были направлены в глубину, в отличие от пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта, у которых в 8,24±4,49% случаев краевые пигментации были направлены в глубину.  
  
Если сравнить краевое окрашивание в зубах, леченных по поводу кариеса, и в депульпированных зубах, то окажется, что у пациентов всех трех групп этот показатель всегда хуже в депульпированных зубах.  
  
По критерию цветовое соответствие в зубах, леченных по поводу кариеса, у пациентов с хорошей гигиеной полости рта несоответствие между пломбой и тканями зуба отмечено в 6,38±3,57% случаев, у пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта в 18,00+5,43% случаев, что в три раза чаще. Проведение профессиональной гигиены полости рта приводило к снижению количества осложнений по данному критерию у пациентов с зубами, леченными по поводу кариеса (7,33±4,01%). У пациентов с восстановленными депульпированными зубами во всех трех группах несоответствие по цвету наблюдалось практически в равном количестве случаев. Однако у пациентов с хорошим уровнем гигиены полости рта и у пациентов с зубами, восстановленными после проведения профессиональной гигиены полости рта, несоответствие по цвету и прозрачности во всех случаях (25,58±6,65% и 24,98±6,45%) было в допустимых пределах, у пациентов с неудовлетворительным уровнем из 25,00±7,22% наблюдений в половине случаев (13,89±5,76%) имелось несоответствие по цвету и прозрачности между пломбой и тканями зуба вне нормальных пределов.  
  
Результаты, полученные в данном исследовании, позволяют утверждать, что как в зубах, леченных по поводу кариеса, так и в депульпированных зубах появление краевого окрашивания достаточно широко распространено у пациентов с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта. Однако в депульпированных зубах краевое окрашивание определяется чаще, чем в зубах, леченных по поводу кариеса. Также чаще в депульпированных зубах у пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта встречается несоответствие по цвету и прозрачности реставраций и тканей зуба. Причину этого явления следует искать, вероятно, не только в активном налетообразовании, но и в нарастающем с течением времени изменении цвета твердых тканей депульпированных зубов. Необходимо, с нашей точки зрения, в систему подготовительных мероприятий перед проведением реставраций ввести обязательную полную профессиональную гигиену полости рта, а затем обучение и контроль качества ухода за полостью рта с применением индикаторов зубного налета. Таких пациентов, в соответствии с рекомендациями по профессиональной гигиене, следует 3 раза в год вызывать для осмотра, контроля и проведения гигиенических мероприятий, обязательно включая в их состав при необходимости шлифовку и полировку реставраций. В этом случае неудовлетворительная гигиена полости рта как противопоказание к проведению реставрационных работ с использованием светоотверждаемых композиционных материалов не будет играть решающей роли в выборе методов и средств лечения.

Методы лечения, профилактика

Прошло уже почти 100 лет с того момента, когда Г.В. Блек предложил классификацию и правила оценки кариеса зубов. Лечение кариеса зубов того времени можно смело назвать "хирургическим". Врач должен был удалить, кроме кариозных, также большое количество здоровых зубных тканей, чтобы создать достаточное пространство для пломбы и обеспечить ее ретенцию и резистенцию. Блек верил, что если полость будет достаточно очищена, оставшиеся зубные ткани будут достаточно защищены от возникновения нового кариеса и смогут самоочищаться. Изучение развития кариеса зубов, появление все новых и новых материалов и главное -- понимание значения фтора для профилактики кариеса -- привели к новому изучению возможностей и методик лечения кариозного зуба.

Сегодня уже ясно, что фтор не только усиливает сопротивляемость зубных тканей воздействию кислот, но также действует как катализатор процесса реминерализации, в связи с чем кариес зубов поддается лечению на ранних стадиях (2--4%-ным раствором фторида натрия, фторолаком и др.).

В современной стоматологии широко используются адгезивные материалы и технологии (амальгамы, композитные смолы и стеклоиономерные цементы).

Амальгамы -- сплав металла с ртутью, является наиболее прочным пломбировочным материалом, который применяется в стоматологии более 100 лет. Различают медную и серебряную амальгамы. В настоящее время почти во всех странах применяют серебряную амальгаму со значительным добавлением меди, так называемые высокомерные амальгамы. Они используются для пломбирования жевательных временных и постоянных зубов у детей, а также у взрослых при отсутствии в полости рта металлических протезов. Композиционные пломбировочные материалы и иономерные цементы применяются для устранения дефектов кариозного происхождения различной глубины, протяженности и локализации.

Никакой пломбировочный материал не может заменить здоровую зубную ткань. Причем при правильных профилактических мерах именно естественные зубные ткани являются наиболее устойчивым материалом по отношению к кариесу зубов.

Профилактика кариеса зубов -- это комплекс мер, направленных, с одной стороны, на устранение кариесогенных ситуаций в полости рта, а с другой -- на повышение резистентности тканей зуба. В соответствии с этим профилактику кариеса следует начинать с внутриутробного периода развития плода (рациональный режим и сбалансированное питание будущей матери) и продолжать на протяжении всей жизни человека (санитарное просвещение с целью выработки привычек здорового образа жизни, обучение детей правилам эффективной чистки зубов; ограничение кариесогенных факторов в питании детей и взрослых).

Наряду с качественным составом пищевого рациона человека актуальны 10 правил приема пищи: 1. Есть 4 раза в день. 2. Не отказываться от жесткой пищи. Долго жевать твердые овощи, фрукты и орехи. 3. Откусывать пищу передними зубами, измельчать только боковыми зубами. 4. Пережевывать пищу очень тщательно, глотать измельченной, не запивая. 5. Снимать пищу с ложки губами, не брать ложку в рот. 6. Заканчивать прием пищи твердыми овощами и фруктами. 7. Полоскать рот водой после каждого приема пищи (использовать не менее 1/2 стакана). 8. Не есть сладкого между приемами пищи. Разрешить себе сладости не более 1--2 раз в неделю в небольшом количестве, после чего обязательно прополоскать рот водой. 9. Употреблять ежедневно молочные продукты. 10. Пить соки через соломинку.

Из многочисленных элементов, поступающих в организм человека с пищевыми продуктами и водой, выраженным противокариозным действием обладает фтор. Для профилактики кариеса зубов чаще всего используют фториды в различных формах (таблетки, полоскания, лаки, зубные пасты, фторированная соль, молоко и питьевую воду). Наиболее эффективны в этом отношении таблетки, содержащие фтористый натрий в количестве 1,5--2 мг и принимаемые из расчета не более 2 мг фтора в сутки и не более 250 дней в году.

С 1984 года на конференциях Национального института здоровья США констатируется факт применения герметиков для задержки прогрессирования начальных проявлений кариеса фиссур и ямочек. Наложение герметиков является безболезненной манипуляцией и практически не оставляет неблагоприятных впечатлений у ребенка после посещения стоматолога.

Гигиене полости рта принадлежит большая роль в профилактике кариеса зубов, болезней пародонта и заболеваний слизистой оболочки рта. Регулярная контролируемая двухразовая чистка зубов в течение двух лет снижает поражаемость зубов кариесом в 2 раза. Для чистки зубов пользуются зубными щетками, пастами, эликсирами, растворами для полоскания, зубочистками, зубными нитями (флоссами).

Зубные пасты делятся на следующие подгруппы:

1.Гигиенические -- предназначены в основном для механической очистки зубов. К ним относятся такие пасты российского производства, как "Экстра", "Летняя", "Фрешминт".

2.Терапевтические -- в них входят биологически активные вещества (витамины, ферменты, настои, экстраты лекарственных растений, микроэлементы, соли). К ним относятся такие пасты, как "Свобода", "Лесная", "Мечта-2", "Эледент", "Лесной бальзам".

3. Детские -- эти пасты в большинстве случаев содержат меньшее количество фторидов (0,025 %). Причина в том, что маленькие дети очень часто глотают зубную пасту при чистке (до 30 %), и это приводит к передозировке фторидов в организме, что вызывает появление пятен на вторых (постоянных) зубах (вентафтороз). Как только дети приучатся выплевывать пасту, их следует переводить на применение взрослых паст (примерно с 6--7 лет), с тем, чтобы они получили оптимальное количество фторидов. Зубные пасты этой группы -- "Жемчуг детский", "Дракоша".

4. Содосодержащие и отбеливающие -- название говорит само за себя. На них особое внимание нужно обратить тем, у кого повышенная чувствительность шейки зубов. В особенности у пожилых людей, у кого десна опустилась и обнажился дентин, возможно сильное стирание эмали. К этой категории людей многие врачи настроены скептически, предпочитая рекомендовать профессиональную гигиену полости рта у стоматолога с использованием специальных отбеливающих средств. Отечественных аналогов пока не имеется.

5. Зубные пасты для чувствительной эмали -- весьма эффективные, содержат хлористый калий. Они хороши для чистки зубов с повышенной чувствительностью шейки зубов.

При выборе следует обратить особое внимание на рабочую часть зубной щетки. Головка зубной щетки должна быть небольшой, иначе неудобно чистить дальние коренные зубы. Передний ее конец должен быть закруглен, чтобы защитить слизистую оболочку щек. Волосяной покров щетки должен состоять из большого числа прямых, густо посаженных щетинок. Рекомендуются щетки "средней" жесткости. Хорошо, чтобы кончики щетинок были закруглены и не ранили десны и зубную эмаль. Зубные щетки делают из натуральной щетины или синтетического волокна. И те, и другие соответствуют необходимым гигиеническим требованиям, но зубные щетки из синтетического волокна обладают рядом преимуществ: синтетическое волокно более эластично, оно не набухает и быстро сохнет. В натуральной щетине может скапливаться и развиваться микрофлора.  
Но в любом случае срок пользования одной зубной щеткой не должен превышать 2--3 месяца.

Вопрос о пользе и правильном применении жевательных резинок остается открытым. У населения отсутствует реальное представление о правилах их использования, реальной пользе от их употребления и что очень важно -- о возможных негативных последствиях применения.

Начнем с краткой истории появления. Достоверно известно, что жевательной резинкой поначалу пользовались только в Центральной Америке около пятисот лет назад. Она представляла собой смолу из коры мастикового дерева Pistacia lentiscus, очищающую зубы и освежающую дыхание. Права на жевательную резинку сохранялись за обитателями мексиканских лесов (где она пользовалась максимальной популярностью) до 1870 года, когда она была открыта вновь. Улучшив запах, вкус и пластические свойства, североамериканцы запантентовали и сам продукт, и метод его изготовления. К концу прошлого столетия жевательная резинка стала почти такой, какой мы знаем ее сегодня.

Развитие химии, появление новых технологий, новое знание о гигиене полости рта и кислотно-щелочных процессах, происходящих в ней, побудили производителей жевательной резинки искать все новые и новые формы, ингредиенты, пропорции и составы.

Исследования показывают, что жевание резинки полезно как для гигиены полости рта, так и для улучшения состояния десен. Именно сегодня наблюдается тенденция использования жевательной резинки в качестве универсального защитного средства. Появилась жевательная резинка с полирующими свойствами, уничтожающая зубной камень и тормозящая развитие микроорганизмов в полости рта. Кроме того, у детей жевание резинки укрепляет челюсти, у старшего поколения улучшает работу слюнных желез. Жевательная резинка освежает полость рта; ее часто жуют те, кто хочет бросить курить.

Однако при неправильном и бесконтрольном использовании жевательных резинок возможны патологические изменения:

1. Со стороны желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвы желудка) -- наиболее опасным является употребление жевательных резинок на голодный желудок.

2. Со стороны слюнных желез -- развивается гиперсаливация желез и как следствие этого -- сухость слизистой оболочки (нарушается ротовое пищеварение, дисбактериоз, возникают заеды).

3. Аллергические реакции, опухоли слюнных желез, дисфункция височно-челюстного сустава.

4. Надувные жевательные резинки нарушают прикус у детей.

И самое главное, необходимо помнить: ни одна жевательная резинка (что бы там ни обещала реклама) не заменяет обязательную двухразовую чистку зубов щеткой.

При неприятном запахе изо рта, неприятном привкусе во рту используют чаи из различных пряных трав — чабреца, мяты перечной, корицы, гвоздики.

Зубную боль уменьшают гвоздика, копытень и зантоксилум. Несколько капель настойки этих трав наносят непосредственно на больной зуб.