Реферат

з дисципліни «Пропедевтика терапевтичної стоматології»

На тему «Терапевтична стоматологія як основна стоматологічна дисципліна.

**Зміст**

Вступ

. Терапевтична стоматологія, як основна стоматологічна дисципліна

. Внесок вчених України в її розвиток, цілі та задачі пропедевтичного курсу

. Будова зуба: топографія тканин і утворень зуба

. Гістологія та топографія емалі, цементу та дентину

Висновок

Список використаної літератури

**Вступ**

Стоматологія (від грец. Stoma-рот, logos-учення) -медична дисципліна, що займається вивченням етіології і патогенезу захворювань зубів, щелеп і інших органів порожнини рота, їх діагностикою, лікуванням і профілактикою. Терапевтична стоматологія в тривалому і складному процесі становлення і розвитку сформувалася в багатогранну галузь наукової медицини. Ця галузь складається з самостійних і в той же час тісно і органічно зв'язаних між собою дисциплін - пропедевтики, ендодонтії, пародонтології, вчення про ураження слизової оболонки порожнини рота.

Пропедевтика терапевтичної стоматології займається проблемами історії стоматології, вивченням анатомо-фізіологічних особливостей органів порожнини рота, стоматологічного інструментарію та обладнання стоматологічних кабінетів, питаннями ергономіки, деонтології та структурою стоматологічної служби.

Як і багато інших медичних спеціальностей, стоматологія вважається достатньо стародавньою дисципліною. Захворюваннями зубів цікавився ще Гіппократ, а перші спроби для лікування хворих зубів були зроблені ще в Давньому Єгипті в третьому тисячолітті до н.е.

В Римі також дуже рано почали цікавитися хворобами зубів і їх лікуванням, там же і був винайдений перший медичний інструмент, більше схожий на щипці для видалення цвяхів, яким в стародавні часи видаляли хворі зуби, під назвою «пелікан».

Перші спроби по пересадці здорових зубів замість видалених хворих в 10 столітті до нашої ери були зроблені Абулем Касим. У історії стоматології існує думка, що в тому ж віку Амбруазу Парі все-таки вдалося зробити пересадку здорового зуба камеристки принцесі замість видаленого хворого зуба.

**1. Терапевтична стоматологія, як основна стоматологічна дисципліна, розділи, цілі та задачі пропедевтичного курсу**

Стоматологія (від грец. Stoma-рот, logos-учення) -медична дисципліна, що займається вивченням етіології і патогенезу захворювань зубів, щелеп і інших органів порожнини рота, їх діагностикою, лікуванням і профілактикою. Терапевтична стоматологія в тривалому і складному процесі становлення і розвитку сформувалася в багатогранну галузь наукової медицини. Ця галузь складається з самостійних і в той же час тісно і органічно зв'язаних між собою дисциплін - пропедевтики, ендодонтії, пародонтології, вчення про ураження слизової оболонки порожнини рота.

Пропедевтика терапевтичної стоматології займається проблемами історії стоматології, вивченням анатомо-фізіологічних особливостей органів порожнини рота, стоматологічного інструментарію та обладнання стоматологічних кабінетів, питаннями ергономіки, деонтології та структурою стоматологічної служби.

Одонтологія включає одонтопатії каріозного та некаріозного походження, а також ендодонтію - мікроодонтохірургічні втручання в порожнині зуба і кореневих каналах.

Пародонтологія - розділ терапевтичної стоматології, присвячений патології довколозубних тканин (гінгівіти, пародонтити, пародонтоз, пародонтоліз).

Спеціальна стоматологія вивчає патологію слизової оболонки порожнини рота і слинних залоз, а також дермато- та нейростоматологію, геронтостоматологію.

Як і багато інших медичних спеціальностей, стоматологія вважається достатньо стародавньою дисципліною. Захворюваннями зубів цікавився ще Гіппократ, а перші спроби для лікування хворих зубів були зроблені ще в Давньому Єгипті в третьому тисячолітті до н.е.

В Римі також дуже рано почали цікавитися хворобами зубів і їх лікуванням, там же і був винайдений перший медичний інструмент, більше схожий на щипці для видалення цвяхів, яким в стародавні часи видаляли хворі зуби, під назвою «пелікан».

Перші спроби по пересадці здорових зубів замість видалених хворих в 10 столітті до нашої ери були зроблені Абулем Касим. У історії стоматології існує думка, що в тому ж віку Амбруазу Парі все-таки вдалося зробити пересадку здорового зуба камеристки принцесі замість видаленого хворого зуба.

Про перші зубні протези, виготовленням яких займалися ювеліри, в історії стоматології стало відомо ще в 9 столітті до нашої ери.

На думку вчених, період неоліту був відзначений тимчасовим погіршенням стану зубів у людських популяціях зв'язаним з бурхливим розвитком землеробства і тваринництва. Зміни в режимі харчування, викликані збільшенням числа продуктів, багатих цукрами, а також відсутність навичок догляду за зубами привели до небувалого поширення карієсу й абразії зубної емалі. Таким чином, наші предки зіштовхнулися з новими недугами, що вимагали нових методів лікування.

Стоматологія як медична дисципліна сформувалася в 20-х роках 20 сторіччя в результаті злиття зуболікування і щелепно-лицьової хірургії.

Зуболікування аж до 17 століття не було пов'язано із загальною медициною. До цього періоду зуболікування було засобом надання допомоги при болях і зводилося в основному до видалення хворого зуба. Зуболікарська допомога надавалась цирульниками, банщиками, ремісниками і ін.

Зуболікування як медична спеціальність зародилося в кінці 17 століття - початку 18. В першу чергу це пов'язано з працями видатного французького лікаря Пьера Фошара:

• Розробки по виготовленню штучних золотих коронок,

• пломбуванню зубів срібною амальгамою,

• застосування миш'якової кислоти для некротізації пульпи (1836),

• винахід бормашини

На сьогоднішній день стоматологія розділилася на підрозділи:

ортопедична стоматологія;

терапевтична стоматологія;

хірургічна стоматологія.

Окрім вище перелічених дисциплін останніми роками утворився самостійний розділ - дитяча стоматологія.

**2. Внесок вчених України в її розвиток, цілі та задачі пропедевтичного курсу**

В Україні зубні лікарі Т.А. Тичинській (1893) і І.І. Марголін (1896) організували школу В Одесі, Л.С. Бланк - в Києві (1897). Пізніше одонтологічна школа з'явилася в Харкові.

Ø1919р. - націоналізація приватних зуболікарських шкіл з 4 річним навчанням.

Ø1920р. - організовуються медичні академії в Харкові, Києві та Одесі з двома факультетами: медичним та одонтологічним.

Ø1928 р. - у Одесі науково-дослідний інститут стоматології.

На початку 60-х років 20 сторіччя в Україні організовується 5 стоматологічних факультетів при медичних вузах.

Видатними вченими які внесли значний вплив у розвиток стоматології в Україні були:

професор І.І Новік,

професор М.Ф. Данилевський.

Професор Ю.Й. Бернадський та і н.

Підготовка стоматологів в Київській стоматологічній школі базується на досягненнях засновників цієї школи - професор И.И Новик, професор М.Ф. Данилевській. Які займалися розробкою питань профілактики і лікування пародонтиту, розроблені методики експериментальних моделей пародонтиту, встановлений зв'язок між станом пародонту і нервовою системою, організовані республіканські лікувально-методичні центри: профілактики і лікування хвороб пародонту, профілактики і лікування захворювань слизистої оболонки порожнини рота, фізіотерапії в стоматології і нейростоматологиі. З 1990 року кафедрою терапевтичної стоматології завідує професор А.В. Борисенко.

• Харківську одонтологічну школу очолювали доцент Я.Л. Фрідман, розробник експериментальної моделі карієсу професор І. А. Бегельман, з 1962 по 1990 рік - професор П.Т. Максименко.

• У 1967 році Харківський державний медичний стоматологічний інститут був переведений до Полтави і одержав назву Українська медична стоматологічна академія.

• З 1990 року кафедру очолює професор А. К. Ніколішин - автор 10 підручників і монографій, 150 наукових публікацій. Основний напрям - вторинна профілактика флюорозу зубів в ендемічних центрах цього захворювання, патогенез, класифікація флюорозу зубів, ефективні методи лікування. З 1998 року кафедра терапевтичної стоматології УМСА є опорною серед однопрофільних кафедр.

Бернадський Юрій Йосипович (нар. 1915р.) - відомий лікар-стоматолог.

В 1959 р. Ю.Й.Бернадський обирається завкафедрою стоматології в Українському інституті удосконалення лікарів (м. Харків), через два роки його переведено на вакантну посаду завкафедрою хірургічної стоматології Київського медінституту, якою керував 28 років - по 1989 р.

За всі роки під його керівництвом і науковим консультуванням підготовлено 14 докторських і 52 кандидатських дисертацій, ним опубліковано біля 420 печатних наукових робіт.

• Великий внесок в підготовку молодих фахівців належить Одеській школі. Стоматологічний факультет був відкритий в 1958 році.

Організатором і першим завідувачем був А.І. Марченко. Під його керівництвом були досліджені механізми всмоктування слизистою оболонкою порожнини рота лікарських засобів; вікові зміни структури слизистої оболонки порожнини рота; розроблені схеми патогенетичного лікування кандидозних уражень, захворювань пародонту.

З 1994 року кафедру очолює професор К.М. Косенко, якому в 2004 році привласнено звання члена-кореспондента АМН України.

У міру розвитку спеціальності вже в передвоєнні роки визначилися три профілі: терапевтична, хірургічна і ортопедична стоматологія. У 1963г. була відкрита кафедра стоматології дитячого віку.

• Введення додипломної (субординатура) і дипломної (інтернатура) форми навчання для поста спеціалізації з метою підвищення якості підготовки молодих фахівців мало важливе значення.

• Важливу роль в розвитку стоматології в нашій країні зіграла ухвала Ради Міністрів СРСР від 05. 11 . 76р. "Про заходи по подальшому поліпшенню стоматологічної допомоги населенню". З цією метою були відкриті ряд нових стоматологічних факультетів і збільшений прийом.

• В цілому в нашій країні функціонувало 44 стоматологічних факультетів і 2 стоматологічних інституту (у Москві і Полтаві) із загальним прийомом на перший курс 8700 чоловік.

**3. Будова зуба: топографія тканин і утворень зуба**

В зубі, Dens, розрізняють коронку, corona dentis, шийку, cervix dentis, і корінь, radix dentis. Дентин, що є їх основою, в області коронок покритий емаллю, а на корені - цементом. Усередині зуба знаходиться порожнина, cavitas dentis, що триває в корінь (або корені) у вигляді каналу, canalis radicis dentis. Останній на верхівках коріння зуба закінчується отвором, foramen apicis dentis. Полость зуба заповнена пульпою, pulpa dentis, в яку через верхівковий отвір кореня проникають з щелеп судини і нерви.

З'єднання кореня зуба зі стінкою луночки відбувається по типу вбивання (gomphosis). Зв'язка, що утримує в луночки корінь зуба, називається періодонтит, periodontium.

Передні зуби називаються різцями, Dentes incisivi. З боків від різців, в ділянці найбільшого вигину зубної дуги, перебувають зуби з загостреними конічними коронками - ікла, Denies canini. Ззаду від них розташовані двухбугорковие малі корінні зуби, Абопремоляри, Dentes premolares. Самі задні, многобугорковие зуби, називаються великими корінними зубами - молярами, Dentes molares.

терапевтичний стоматологія зуб емаль

**4. Гістологія та топографія емалі, цементу та дентину**

Знання будови твердих тканин зуба, ендодонтія і пародонту є передумовою профілактичних заходів по збереженню зубів.

Морфологія і структура твердих тканин зуба визначають вибір інструментів для препарування, форму порожнини і способи її формування, а також вибір матеріалу. У даному розділі розглядаються найважливіші особливості гістологічної будови твердих тканин зуба. Більш повно морфологія та гістологія зубів представлена в спеціальних підручниках.

**Емаль зуба.**

Емаль зуба утворена з амелобластов. У період розвитку відбувається її циклічна мінералізація. Кристалізація кальцієво-фосфатних сполук у процесі мінералізації та подальше зростання кристалів визначається як предеруптивне дозрівання емалі. При цьому зберігаються ростові лінії, що утворилися внаслідок нерівномірної мінералізації емалі. Кожен кристал емалі має шар гідрату, завдяки якому здійснюється іонний обмін.

Після прорізування зубів пористість і неоднорідність нівелюються внаслідок постеруптивні дозрівання емалі. Сформована емаль зуба-це не регенерує тканини, яка не містить клітин, клітинних елементів.

Емаль зуба - найтвердіша тканина в організмі людини.

В середньому товщина її коливається між 2,8 і 3,0 мм в залежності від % маси. Емаль також містить органічні сполуки, зокрема протеїни і ліпіди.

На склад емалі впливають харчування, вік та інші фактори. Її складові частини - це апатити декількох типів, основним з яких є гідрокси-апатит. Крім того, в емалі зуба виявлено понад 40 мікроелементів. Деякі з цих мікроелементів потрапляють в порожнину рота тільки в результаті стоматологічних втручань, інші (наприклад, олово і стронцій) можна розглядати як наслідок впливу навколишнього середовища.

Склад емалі відрізняється в залежності від її топографії, внаслідок коливання концентрації окремих елементів. Так, концентрація фторидів, заліза, цинку, хлору і кальцію зменшується від поверхні емалі у напрямку до кордону емаль-дентин. Концентрація фторидів на цій ділянці зростає, а концентрація води, карбонату, магнію та натрію зменшується від емалево-дентинної гра ниці до поверхні емалі.

По-видимому, вміст магнію і карбонату впливає на показники щільності емалі.

На ділянках з підвищеною концентрацією магнію, поблизу бугрів дентину і безпосередньо під центральною фісур зубів, спостерігається менша щільність, ніж, наприклад, на мінералізованих ділянках щічних і язичних поверх ностей. '

Кальцій і фосфор, як апатитового з'єднання, містяться у формі кристалів Внутрішні заміщають реакції можуть призвести до утворення фтор-апатиту або ж фтористого гідрокси-апатиту. Допускають також можливість утворення карбонату в мінералах емалі. Утворився апатит відрізняється меншою резистентністю до карієсу, ніж гідроксиапатит. Поряд із зазначеними сполуками в емалі в незначній кількості виявлено ряд кальцієво-фосфатних сполук, наприклад, октакальційфосфат.

Вода міститься в зубній емалі в двох формах. Перша - пов'язана вода (гидратная оболонка кристалів), друга-вільна вода, що розташовується в мікропросторах.

Вільна вода може при нагріванні випаровуватися, але і емаль здатна вбирати воду при надходженні вологи. Це властивість можна використовувати як пояснення певних фізичних явищ при виникненні карієсу або його попередженні.

Емаль зуба функціонує як «молекулярне сито», а емалева рідина служить переносником молекул і іонів.

**Гістологічна будова.**

Кристали апатиту емалі мають в перетині шестигранну форму, а їх вид збоку представляється як невеликі стрижні.

Загальна характеристика кристалів емалі це - в порівнянні з іншими твердими тканинами - їх значна величина. У середньому їхня довжина -160 нм, ширина - 40-70 нм і товщина - 26 нм. Форма і величина кристалів емалі може відхилятися від зазначеної в залежності від ступеня зрілості емалі або локалізації в оболонці емалі. У поперечному перерізі спостерігаються близько сотні згрупованих кристалів, що утворюють т. зв. емалеві призми або емалеві стрижні, які розташовуються від кордону емаль-дентин майже до поверхні емалі. Форма призм як в горизонтальному, так і у вертикальному напрямках має хвилеподібну форму. При цьому кристали в ядрі призм своєю поздовжньою віссю спрямовані паралельно поздовжній осі відповідної призми.

Всі кристали мають гідраціонную оболонку і оточені шаром протеїнів і ліпідів. Емалеві призми проходять через всю товщину емалі зуба. Кристали всередині межпрізматіческой субстанціі менш впорядковані.

На поверхні коронки зуба людини часто є шар безпризмової емалі, в якому кристали розташовані щільним шаром паралельно поверхні.

На підставі різного просторового розташування емалевих призм на знімках, отриманих за допомогою поляризаційного мікроскопа, був описаний ряд гістологічних характеристик.

На шліфах емалі виявляється оптична неоднорідність (темні і світлі смуги), обумовлена різним (подовжнім або поперечним) напрямком S-образно зігнутих емалевих призм на зрізі - смуги Гюнтера-Шрегера.

У поздовжньому зрізі розрізняють поглиблення на поверхні зуба-перикімати.

Їх число зменшується від шийки до коронки, особливо у людей молодого віку. У людей старшого віку ці утворення спостерігаються рідше. В області апроксимальних контактів між зубами в зоні перикіматів утворюються незначні поглиблення (mikro pits), що створюють умови для скупчення мікроорганізмів. Припускають, що ці місця можуть служити вихідною точкою для виникнення карієсу.

Смуги Ретціуса також можна розрізнити під світловим мікроскопом. Вони утворюються в результаті періодичних фаз спокою амелобластів в період утворення емалі, і зовні подібні з процесом утворення річних кілець у дерева.

Поверхня емалі тільки що прорізувані зубів вкрита мембраною, стійкої до зовнішніх впливів, наприклад, кислот. Це первинна залишкова субстанція епітелію, що утворює емаль (cuticula dentis). У порожнині рота ця мембрана в процесі жування дуже швидко стирається. Вона заповнюється і замінюється придбаною оболонкою на поверхні емалі.

**Дентин.**

Основна маса зуба людини складається з дентину, який оточує пульпу. Коронкової дентин покритий емаллю, дентин кореня - цементом.

На відміну від емалі, дентин менш вапнований: 70% маси дентину складає неорганічне речовина, 20% маси-органічна, інша частина - вода.

Мінеральний компонент як і в емалі, складається з фосфату кальцію. Дентин містить у незначній кількості ряд мікроелементів.

Дентин - високоеластична тканина зуба. Він поступається по твердості емалі і має жовтувате забарвлення. Дентин дуже пористий і більш проникний, ніж емаль.

Гістологічна будова.

Дентин утворений з одонтобластів отростчатих клітин пульпи зуба. Дентинні відростки одонтобластів пронизують весь дентин до емалево-дентинної межі. Відростки одонтобластів розташовані в дентинних канальцях.

Одонтобласти мають бічні відгалуження (Microvilli) товщиною 0,35-0,6 мкм, проникаючі глибоко в дентин. Дентинні канальці мають S-подібну форму в області коронки зуба, в області кореня вони проходять прямолінійно до зовнішньої поверхні.

В результаті дослідження поперечного зрізу околопульпарного і плащового дентину виявлені різну кількість і щільність дентинних канальців. Діаметр і обсяг останніх залежить від віку досліджуваних зубів.

Приблизно 80% загальної поверхні поперечного зрізу дентину складається поблизу пульпи з просвітів дентинних канальців. У периферійній зоні цей показник становить лише 4% (у декальцінірованних препараті). Абсолютні величини, що стосуються діаметру, щільності та розташування дентинних канальців необхідно завжди розглядати критично, оскільки вони значною мірою залежать від параметрів досліджень. Але оскільки наведені співвідношення для плащового і околопульпарного дентину принципово правильні, їх слід враховувати при відновлювальної терапії.

В канальцях відростки одонтобластів часто оточені рідиною і органічними структурними елементами (зона преодонтобластов). Нервові волокна можна виявити тільки в окремих канальцах предентіна. У периферичному дентині нервові закінчення відсутні. Кристали дентину значно менше і тонше, ніж у емалі зуба (довжина 20 нм; ширина 18-20 нм; товщина 3,5 нм). Крім цього, вони розташовані не у формі призм, а щільним шаром в залежності від виду дентину.

На кордоні з пульпою знаходиться не повністю дозрів, гіпомінералізованний предентін.

Дентинні канальці оточені перітубулярньш дентином, який вистилає їх стінки. Він гомогенний, щільний і з усіх структур дентину найбільш мінералізован. З віком він може збільшитися через аппозиція (склерозірованнимі дентин). Завдяки звуженню дентинних канальців виникає можливість захисту пульпи від зовнішніх роздратувань.

Дентин утворюється протягом усього життя зуба. Дентин, що виникає в процесі розвитку зуба, називають первинним дентином. Якщо дентин утворюється в сформованому зубі, то його називають вторинним. Третинний дентин (вторинний дентин, нерегулярний вторинний дентин) утворюється внаслідок подразнення (наприклад, тертя, ерозії, карієсу) як захисний бар'єр.

Основні особливості гістологічної будови дентину:

Лінії Ебнера (ростові лінії, контурні лінії) на ділянках зі зниженою мінералізацією, що відбиває фази спокою одонтобластів в період розвитку дентину. Вони проходять в околопульпарного дентину паралельно кордоні емаль-дентин або ж кордоні дентин-пульпа.

Лінії Оуена - більш гіпомінералізованние ростові лінії зустрічають ся частіше. Вони відображають загальні захворювання в дитячому віці, впливає на процеси зі зниженою мінералізацією твердих тканин зубів.

Лінії новонароджених в молочних зубах і коронкової області перших постійних молярів - особлива форма ростових ліній, що виникли слідом ствие гіпомінералізаціі. Вона відповідне більш тривалої фазі по Коя одонтобластів ( 15 днів). Інтерглобулярний дентин. Дентинні канальці не мають в цій області перитубулярний дентину. Можливо, мова йде про освіту нерегулярних мінералізованих ділянок дентину. Інтерглобулярний дентин - основна речовина дентину, між дентинними шарами.

Цемент кореня.

Цемент - це тверда тканина, що покриває поверхню кореня зуба, верхівку кореня, а в багатокореневих зубах і область фуркації. Дуже рідко зустрічаються фрагменти цементу на поверхні емалі зубів людини (переважно в пришийковій області). Цей тип цементу можна виявити також у фіссурах ще не прорізувані зубів.

Кордон емаль-дентин не завжди має єдину конфігурацію. Якщо в 30% випадків емаль і цемент межують безпосередньо, то в 10% зубів відзначають наявність незначного вільної ділянки дентину. У 60% зубів цемент нашаровується на пришийкову емаль.

**Гістологічна будова.**

Як і інші опорні тканини організму, цемент складається з клітин і міжклітинної речовини.

Поверхня дентину покрита шаром високомінералізованих цементу. До зовнішньої сторони спрямовані ламеловидні менш або більш мінералізовані зони, що відображають періодичні фази утворення цементу і фази спокою.

У коронкової третини зубів розташований безклітинний цемент. Він не містить клітин, лише численні колагенові фібрили однорідної мінералізації, розташовані майже перпендикулярно до поверхні дентину. Вони є прикріпленими волокнами. Напрямок проходження волокон між окремими ростовими лініями може змінюватися. Ці зміни відбуваються внаслідок постеруптивні руху зубів при одночасному утворенні цементу. Поверхня безклітинного волокнистого цементу мінерал-заклику в більшій мірі, ніж середні шари цементу. На ній розташований безструктурна шар товщиною 3-8 мкм, цементоід, що містить цементобласти.

У верхівкової області кореня зуба і в області бі- та трифуркацій багатокореневих зубів цемент пронизаний проникаючими у вигляді променя волокнами перпендикулярно до поверхні зуба і потовщеними пучками волокон, які менш мінералізовані. Перпендикулярно розташовані численні волокна і пучки волокон. У лакунах цементу міститися цементоціти - зрілі клітини цементу зуба. У цьому шарі цементу можуть чергуватися менш і бо леї мінералізовані ділянки, а також шари безклітинного волокнистого цементу. Цемент утворюється і нашаровується на протязі всього життя. Протягом 60 років він може потроїти свою товщину, при цьому цементоціти внутрішніх шарів гинуть і утворюються порожні лакуни цементу.

Поряд з регулярним утворенням цементу існують різні причини додаткової освіти цементу.

Якщо усунена причина розробці зуба, то може статися за допомогою клітинного цементу

При фрактура кореня може усуватися дефект після лікування внаслідок на шарування цементу між фрагментами.

Внаслідок втрати контакту між зубами-антагоністами зростає освіту цементу як прояв компенсаторних процесів.

Утримуючий апарат зуба часто руйнується при пародонтиті. Після успішного лікування може спостерігатися утворення нового цементу і нової кісткової тканини.

За певних умов цементообразні може перевищити фізіологічні межі. У такому випадку говорять про гіперцементоз, що зустрічаються як в окремих зубах, так і генералізовано. Локалізована форма спостерігається при хронічному запаленні в періапікальних тканинах, а так само під час ортопедичного лікування. Генералізований гіперцементоз спостерігається при системних захворюваннях.

Цементікль - це утворення кулястої форми, розташоване в періодонті, що складається з цементу. Вони виникають внаслідок мінералізації мікросудин дегенерованих епітеліальних залишків. У верхівкової області цементу іноді виявляється шар нерегулярно утвореного мінералізованого цементу (проміжний цемент). Він розташований між дентином і регулярно освіченим цементом і свідчить про порушення розвитку тканин зуба.

**Висновок**

Стоматологія як медична дисципліна сформувалася в 20-х роках 20 сторіччя в результаті злиття зуболікування і щелепно-лицьової хірургії.

Зуболікування аж до 17 століття не було пов'язано із загальною медициною. До цього періоду зуболікування було засобом надання допомоги при болях і зводилося в основному до видалення хворого зуба. Зуболікарська допомога надавалась цирульниками, банщиками, ремісниками і ін.

Зуболікування як медична спеціальність зародилося в кінці 17 століття - початку 18. В першу чергу це пов'язано з працями видатного французького лікаря Пьера Фошара:

• Розробки по виготовленню штучних золотих коронок,

• пломбуванню зубів срібною амальгамою,

• застосування миш'якової кислоти для некротизації пульпи (1836),

• винахід бормашини

На сьогоднішній день стоматологія розділилася на підрозділи:

ортопедична стоматологія;

терапевтична стоматологія;

хірургічна стоматологія.

Окрім вищезазначених дисциплін останніми роками утворився самостійний розділ - дитяча стоматологія.

Багато українських вчених зробили великий вклад у розвитку стоматології.

**Список використаної літератури**

1. За ред. Ніколішина А. К. Терапевтична стоматологія. - Т.1.- Полтава: “Дивосвіт”, 2005. - с. 26-37, 46-47.

2. За ред. Данилевського М.Ф. Терапевтична стоматологія. Т.1.- К.: Здоров’я, 2001. - с.145-162.

3. Магид Е.А., Мухин Н.А, Маслак Е.Е. Фантомний курс терапевтической стоматологии. Атлас. М.: Медицина - 1996. - с.64-72, 92-101, 116-121.

4. Под ред. Боровского Е.В.- Терапевтическая стоматология. М.: Медицина, 2002. - с. 14-20.

5. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. и др. Стоматологический кабинет: оборудование, материалы, инструменты. Санкт-Петербург, СпецЛит, 2002. - с.6-7, 17-93.