

Причины развития системной гипоплазии временных зубов.

Гипоплазия эмали — это порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей. Возникновение гипоплазии связано с нарушением обмена веществ в организме в период формирования зубов.

Гипоплазия временных зубов обусловлена нарушениями в организме женщины почти на всем протяжении беременности. Наличие у матери инфекционных заболеваний, осложнений беременности в виде токсикозов следует считать факторами риска развития гипоплазии временных зубов. Закладка и формирование всех временных зубов начинается с 6–7-й недели антенатального периода. На 4–5-м месяце внутриутробного развития происходят интенсивный гистогенез и минерализация временных резцов и клыков, на 8–9-м месяце формируются жевательные поверхности временных моляров и пришеечные области резцов, а также бугры первых постоянных моляров.

Причины развития флюороза постоянных зубов ?

Эндемический флюороз зубов (эндемическая крапчатость эмали) является системным нарушением развития твердых тканей, проявляющимся в виде изменений цвета и нарушений целостности зубов различной тяжести при полном сохранении их функции и относительно большой устойчивости к кариесу. Главным этиологическим фактором развития флюороза является длительное повышенное поступление фтора из окружающей среды в организм в период развития зубов. Если концентрация фтора в воде незначительно превышает норму и находится в пределах 1,5-2,0 мг/л, то может развиваться легкая степень флюороза. Если же концентрация фтора в воде превышает 6,0 мг/л и больше, то может наблюдаться разрушение твердых тканей зубов, возникающее в результате фтористой интоксикации. При избыточном поступлении фтора в период формирования костей и зубов нарушается структура белковой матрицы тканей и их минерализация. Так, кристаллическая решетка теряет упорядоченность, вместо гидроксифторапатитов образуется CaF_2 -соединение, слабо связанное с матрицей эмали и, как следствие, нарушение оптических свойств эмали (появляются матовые и коричневые пятна), в тяжелых случаях наблюдается деструкция эмали. При хроническом значительном превышении оптимальной фторнагрузки развивается системный флюороз: фтор откладывается в тканях, прилежащих к костям, происходит минерализация хрящей и связок, наступает ограничение подвижности суставов (в т.ч. - позвоночника), раннее прекращение роста скелета, старение кожи, мышц и т.д., угнетение гормональной и иммунной

активности. Степень выраженности патологии находится в прямо-пропорциональной зависимости от количества поступающего в организм фтора, и в тоже время зависит от индивидуальной чувствительности к фторидам, состояния иммунитета (чем он ниже, тем вероятнее флюороз), характера питания (флюороз вероятнее при дефиците белков и кальция в рационе) и почечного клиренса фторидов. Исследователи отмечают возрастающую роль ятрогенного (из препаратов, добавок, паст) поступления фторидов, частота всех форм флюороза заметно возросла со времени проведенных исследований Dean Н.Т. Прежде в зонах с невысокой концентрацией фторида в воде (менее 0,3 ppm) распространенность патологии составляла 0-2,2%, ныне - 2,4 -12%; в зонах с 0,7-1,2 ppm F в воде - 12-33% и 26-51% соответственно, при этом степень тяжести флюороза не увеличилась.

Диспансеризация и лечение детей с системной гипоплазией .

Выбор метода лечения гипоплазии зависит от степени нарушения эстетики при улыбке, глубины локализации дефекта, вида (пятно, эрозия и др.) и площади дефекта, степени постэруптивной минерализации эмали, желаний пациента и технических возможностей врача. Устранение гипоплазированного участка эмали возможно путем реставрации формы и цвета зуба из соответствующего по цвету, адгезивного пломбирочного материала. При сильном истончении режущего края и аплазии на буграх премоляров и моляров показано покрытие таких зубов искусственными коронками. На резцы и клыки изготавливают металлокерамические, керамические коронки. Методом выбора являются виниры и ламинаты.

Ортопедическое лечение у детей лучше проводить после окончания формирования зубочелюстной системы во избежание осложнений со стороны пульпы и тканей периодонта. На зубы с несформированными корнями и обширными дефектами тканей можно изготовить ортодонтические коронки, которые предохраняют зубы от разрушения, и только в возрасте 16 лет заменить их по показаниям постоянными (протезами) коронками. При ограниченных поражениях рекомендуют ремтерапию с последующим закрытием СИЦ, модифицированным композитом или компомером, после окончания формирования корней — реставрация светокомпозитом. При клиническом дефекте эмали, не распространяющемся на всю вестибулярную поверхность коронки зуба (зуб Турнера), следует отдать предпочтение пломбе из компомеров с минимальным препарированием твердых тканей. При значительной

деформации коронки зуба показано изготовление ортодонтической коронки. При незначительных поражениях до окончания формирования корней методами выбора могут быть — закрытие дефекта СИЦ, СИЦ, модифицированным композитом, компомером или закрытие силантом.

Дети с гипоплазией эмали должны быть взяты на диспансерное наблюдение стоматологом, для своевременного определения показаний к лечению различными методами (реминерализующая терапия, реставрация дефектов эмали с помощью пломбировочных материалов, протезирование) и его осуществлению.

Лечение и диспансеризация детей с флюорозом у взрослых пациентов .

Лечение легкой и средней степени флюороза симптоматическое. Проводится отбеливание зубов пациентов, жалующихся на эстетический недостаток с помощью различных отбеливающих средств. Техника отбеливания достаточно трудоемкая, относительно небезопасна для зубов и окружающих тканей полости рта. Эффект лечения нестойкий. Неяркие пятна снимают за счет микроабразии эмали. При лечении тяжелой степени флюороза методами выбора могут быть эстетическая реставрация или протезирование (виниры, ламинаты, керамические коронки). Профилактика флюороза. Необходимо направить усилия на снижение содержания фтора в воде путем замены водопроводной или дефторированной питьевой воды. Дефторирование может осуществляться централизованно и индивидуально. Дефторирование воды включает нейтрализацию, осаждение фтора, отстаивание. Для нейтрализации применяют реагентный метод и фильтрационный. При реагентном методе используют известковое молоко или мел, сернокислый алюминий, алюминат натрия, сернокислый глинозем, окись алюминия, боксит, фосфорнокислый алюминий и другие. В качестве фильтров применяют 1-метровый слой известняка-ракушечника. Для индивидуального дефторирования рекомендуется активированный уголь в качестве фильтра или кипячение и отстаивание воды. Индивидуальные меры профилактики флюороза разнообразны. Ее следует начинать с момента рождения ребенка и проводить до окончания сроков минерализации постоянных моляров. Нежелательно искусственное вскармливание новорожденных и ранний прикорм детей в очагах эндемии. При необходимости прикорма следует избегать введения в пищу ребенка большого количества фторсодержащей воды; следует по возможности заменять ее молоком (до 0,5-1 л) в день и фруктовыми соками. Кроме того, в молоке животных имеются соли кальция, являющиеся своеобразным буфером по отношению к фтору, а также витамины и другие

питательные вещества. Полноценное сбалансированное питание способно ослабить отрицательное влияние избытка фтора на организм детей. Пища детей должна быть богата белками, витаминами, особенно А, С и группы В (В1,В2,В6). Установлено, что при флюорозе нарушается усвоение витамина С. Добавление к пищевому рациону витаминов группы В способствует снижению содержания фтора в твердых тканях (зубы, кости). В рацион детей должны быть включены овощи, фрукты, а в зимнее время и синтетические витамины в количествах, превышающих обычные нормы. Дополнительно вводят соли кальция цитрата, глицерофосфата, лактата, фитина. Необходимо исключить из пищевого рациона детей или предельно ограничить потребление продуктов, содержащих много фтора (морская рыба, жирное мясо, топленое масло, крепкий чай). Необходим тщательный уход за полостью рта (систематическая чистка зубов с использованием паст, содержащих препараты кальция, но без фтористых добавок). Воду использовать после кипячения, отстаивания, замораживания. Дети с клиническими проявлениями флюороза зубов в виде одиночных или множественных меловидных пятен. Обычная светло-голубая флюоресценция эмали. Оценку состояния зубов проводят по проявлениям флюороза на верхних передних зубах, так как их поражение более выражено. Диспансерное наблюдение 1 раз в год.

Объем мероприятий:

- санпросвещение родителей и детей старшего возраста. Рекомендуют ограничить прием питьевой воды с повышенным содержанием фтора и по возможности заменять ее молоком и молочными продуктами;
- индивидуальное дефторирование воды;
- тщательная [гигиена полости рта](#) с применением кальцийсодержащих [зубных паст](#);
- санация полости рта.
- Вторая (субкомпенсированный флюороз). Дети с клиническими проявлениями флюороза в виде множественных, часто сливающихся меловых пятен. Слабовыраженное фрагментарное тушение первичной флюоресценции эмали. Высокая вероятность развития коричневого окрашивания и деструкции эмали. Диспансерное наблюдение 2 раза в год.

Объем мероприятий:

- назначения первой группы;
- ограничение употребления продуктов, способных окрашивать ткани зубов;
- эндогенно кальция глицерофосфат и витамины в течение месяца;
- экзогенно реминерализующие растворы в течение 25-30 мин курсом 12-15 процедур 1 раз в год.
- Третья группа (декомпенсированный флюороз). Дети с клиническими проявлениями флюороза в виде коричневых пятен и деструктивных поражений эмали. Диспансерное наблюдение 3-4 раза в год.

Объем мероприятий:

- назначения второй группы;
- электрофорез 5% раствора кальция хлорида по схеме;
- отбеливание пораженных зубов.