**Причины развития системной гипоплазии временных зубов**

**Гипоплазия эмали —**порок её развития, наступающий в результате нарушения обменных процессов в развивающемся зубе и проявляющийся в количественном и качественном нарушении строения зуба, как нарушение минерализации при её формировании.

**Системная гипоплазия** характеризуется нарушением строения эмали всех или только группы зубов, которая формируется в один и тот же промежуток времени.

Гипоплазия временных зубов возникает при осложненном течении беременности, тяжелых токсикозах, а также болезнях матери во время второй половины беременности. Гипоплазия молочных зубов может проявляться при заболеваниях ребенка в первые недели и месяцы его жизни, что отражается на формировании временных резцов, клыков и больших коренных зубов.

Чем выше заболеваемость в детском возрасте, тем значительнее частота поражения зубов гипоплазией. Так у детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, начавшимися до или вскоре после рождения и сопровождающимися нарушением обмена веществ, гипоплазия зубов наблюдается в 50 % случаев.

Гипоплазия на молочных резцах наблюдается у детей, матери которых в период беременности перенесли такие заболевания, как краснуха, токсоплазмоз и токсикоз.

**Лечение и диспансеризация детей с системной гипоплазией**

Ортопедическое лечение у детей лучше проводить после окончания формирования зубочелюстной системы во избежание развития осложнений со стороны пульпы и пародонта. На зубы с несформированными корнями и обширными дефектами тканей можно изготавливать ортодонтические коронки, которые предохраняют зуб от разрушения, и только в возрасте старше 16 лет заменить их по показаниям постоянными протезами из указанных выше материалов. Дети с гипоплазией эмали должны быть взяты на диспансерное наблюдение стоматологом для определения показаний к лечению различными методами (реминерализирующая терапия, ликвидация дефектов эмали с помощью пломбировочных материалов) и его осуществлению.

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 Турнёра), 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, модифицированным композитом, компомером или закрытие силантом.

**Причины развития флюороза постоянных зубов**

**Флюороз** — системное заболевание, вызванное интоксикацией фтором.

Основной источник фтора – питьевая вода. Взрослый человек в сутки потребляет около 3 мг фтора: из пищи -0,5-1,1 мг и из воды – 2,2-2,5. Фториды, растворенные в воде, всасываются намного лучше, чем пищевые. Поэтому при употреблении воды с концентрацией превышающей 1,5-2 мг/л может развиться флюороз легкой степени. При концентрации фтора выше 6 мг/л твердые ткани зубов начинают разрушаться.

В регионах, где содержание фтора не превышает 1 мг на литр, флюорозом болеют не более 12% населения. В случае, если концентрация фтора находится в пределах 1,5 мг на литр — 30% населения, а если превышает 2 мг на литр — свыше 50% жителей.

**Лечение и диспансеризация взрослых пациентов с флюорозом**

Любое лечение начальных стадий болезни обязательно должно начинаться с отбеливания поверхности зубов и дальнейшей реминерализации зубной эмали. Параллельно с реминерализацией необходимо принимать препараты фосфора и кальция — например, глицерофосфат или глюконат кальция. При эрозивной и деструктивной формах отбеливание неэффективно. Поэтому после проведения реминерализации врач обязательно должен восстановить форму и цвет коронки зуба. Иногда это удается сделать при помощи композитных пломб, в более сложных случаях — при помощи виниров или коронок. Как на время лечения флюороза, так и по его завершении необходимо уменьшить поступление фтора в организм пациента. Если в питьевой воде содержится повышенная концентрация фтора, следует употреблять в пищу бутилированную воду. Важно потреблять как можно больше молока, овощей и фруктов, принимать витаминные комплексы, а также препараты кальция.Необходимо направить усилия на снижение содержания фтора в воде путем замены водоисточника или дефторированием 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.

**Объем мероприятий:**

* Санпросвещение. Рекомендуют огра­ничить прием питьевой воды с повышенным содержанием фтора и по воз­можности заменять ее молоком и молочными продуктами;
* индивидуальное дефторирование воды;
* [гигиена полости рта](http://32shop.com.ua/) с применением кальцийсодержащих зубных паст;
* санация полости рта.
* Вторая (субкомпенсированный флюороз). Пациенты 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). Пациенты с клиническими проявлениями флюороза в виде коричневых пятен и деструктивных поражений эмали. Диспансерное наблюдение 3-4 раза в год.

**Объем мероприятий:**

* назначения второй группы;
* электорофорез 5% раствора кальция хлорида по схеме;
* отбеливание пораженных зубов.