Ответы

 Причины флюороз постоянных зубов: Патология возникает вследствие длительного повышенного поступления в организм фтора из окружающей среды (воды, продуктов питания, атмосферы) в период развития зубов(минерализация постоянных зубов происходит ориентировочно с 17 недели внутриутробного развития и первые годы жизни). Влияние фторида на эмаль связывают с его токсическим действием на амелобласты, что приводит к их дегенерации и приостановке развития эмалевых призм.

Основной источник фтора — питьевая вода. Если фтор поступает в организм с питьевой водой в количестве большем, чем 1,5 мг в сутки, то развивается флюороз костей и зубов. Чем большее количество фтора по ступает в организм, тем тяжелее протекает болезнь.

Флюорозом поражаются зубы детей, проживающих в очаге эндемического флюороза с рождения или переехавших туда в возрасте 3–4 лет, когда их зубы еще находились в стадии неполного формирования. Данное заболевание не возникает у лиц, приехавших в очаг флюороза, после окончания процессов минерализации эмали. Временные зубы флюорозом, как правило, не поражаются, поскольку плацентарный барьер препятствует избыточному поступлению фторидов в организм ребенка.

Лечение и диспансеризация больных с флюорозом постоянных зубов:

Флюороз вызывает необратимые изменения твердых тканей, т. к. зубы поражаются в период их развития. Можно провести симптоматическое лечение пациентам, которые жалуются на эстетический дискомфорт, путем отбеливания зубов. Существует несколько методов отбеливания зубов различными кислотами и другими отбеливающими средствами, содержащими активный кислород. Техника отбеливания трудоемкая и небезопасная для зубов и мягких тканей рта. Лучшие результаты отбеливания получают у больных с легкими формами флюороза, однако эффект лечения не всегда стойкий. Нельзя допускать самолечения флюороза зубов с помощью широко рекламируемых отбеливающих средств в составе зубных паст, жевательных резинок и эликсиров, т. к. при длительном их применении возможны побочные воздействия на зубы.

Г.Д.Овруцкий предложил сошлифовывать коричневые пятна. После этого накладывают тампон, смоченный пергидролем. Затем зуб облучают кварцевой лампой 3–4 минуты. После этого в поверхность зуба втирают 75%- ную фтористую пасту. Такое лечение проводят за 2–3 посещения пациента.

Для устранения флюорозной пигментации зубов используют кислоту с последующей ремтерапией. Поверхность зуба обрабатывали ватным тампоном, смоченным 10%-ным раствором соляной кислоты. После этого зуб промывают и делают аппликацию 10%-ным раствором глюконата кальция в течение 15–20 минут. Вследствие того, что под действием кислоты сильно декальцинируются твердые ткани, целесообразно проводить курс реминерализирующей терапии пораженного участка зуба с целью его уплотнения. Этим достигается стабильное отбеливание.

При наличии коричневой пигментации эмали зуба возможно использование системного отбеливания. Система отбеливания PREMA (метод микроабразии), предложенная Кроллом в 1989 г., и различные методы отбеливания на основе перекиси водорода позволяют удалить поверхностное окрашивание эмали при флюорозе. В некоторых случаях используют эти два метода одновременно.

Больным тяжелым флюорозом, у которых образовались дефекты зубов, показано пломбирование зубов или покрытие искусственными коронками.

Больным с флюорозом необходимо посещать врача стоматолога 1 раз в полгода и проводить курсы реминерализующей терапии.

Диспансеризация

Рекомендуют выделять три диспансерные группы.

Первая (компенсированный флюороз). Пациенты 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:

- Сан.просвещение. 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). 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:

- Сан.просвещение. 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.

-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:

-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.

-электорофорез 5% раствора кальция хлорида по схеме;

-отбеливание пораженных зубов.

Причины гипоплазии временных зубов

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. Системная гипоплазия временных зубов возникает у детей, матери которых перенесли в период беременности краснуху, токсоплазмоз, идиопатическую эпилепсию, страдали алкоголизмом, подвергались облучению, имели гормональные нарушения.

Закладка и формирование всех времен- ных зубов начинается с 6–7-й недели антенатальногго 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.

Лечение и диспансеризация больных с гипоплазией временных зубов:

При глубоких поражениях эмали, проникающих до дентина, необходимо препарировать полость и запломбировать ее.

Важным элементом комплексного лечения гипоплазии является проведение курсов профессиональной и домашней реминерализующей терапии, тщательная гигиена полости рта и регулярные осмотры врача-стоматолога. Каждые 3-4 месяца необходимо посещать врача-стоматолога, делать профессиональную гигиену и проводить реминерализующую терапию.

Дети, страдающие системной или местной гипоплазией эмали, подлежат постоянному диспансерному наблюдения у врача-стоматолога и должны обследоваться 1 раз в 3 месяца с целью профилактики осложнения гипоплазии эмали кариозным процессом, а также своевременного пломбирования и ликвидации функционального и косметического дефекта.