

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Приобретенные пороки развития твердых тканей зубов

Выполнили:
Ординаторы второго года
Специальность «Стоматология Детская»
Лакина Светлана Станиславовна
Макарова Светлана Валерьевна

Актуальность

Некариозные поражения твердых тканей зуба представляют собой разнообразную по клиническим проявлениям и происхождению группу заболеваний. В настоящее время известны факторы, действующие в период гистогенеза и минерализации зубов, которые способны нарушить структуру твердых тканей прорезывающегося зуба.

Задача

Знание этиологии, патогенеза и клиники заболеваний необходимые для своевременного выявления некариозных поражений твердых тканей зубов, проведения рационального лечения и комплекса профилактических мероприятий.

Приобретенные пороки развития твердых тканей зубов

Группа некариозных поражений зубов, формирующихся до прорезывания зубов и не связанных с наследственным фактором, включает в себя заболевания, возникающие в период развития и формирования коронки зуба, начиная с 4-5-го месяца внутриутробного развития ребенка и заканчивая 5-6 годами жизни ребенка.

Приобретенные пороки развития твердых тканей зубов

- 1) гиперплазия эмали;
- 2) флюороз зубов;
- 3) гипоплазия эмали;
- 4) медикаментозные и токсические нарушения развития твердых тканей зубов.

Гиперплазия эмали

- это избыточное образование данной ткани зуба на этапе амелогенеза, которое проявляется наличием округлых образований («эмалевые капли») в области шейки зуба либо в области фуркации корней или их боковой поверхности. Гиперплазию эмали часто обнаруживают случайно, так как данное нарушение развития эмали не вызывает каких-либо функциональных нарушений. Данные образования состоят из эмали, реже эмали, дентина и пульпы. Такая патология наблюдается у 1,5% пациентов. Этиология не ясна.

Гиперплазия эмали

Чаще всего отростки формируются в прикорневой части зуба или в области роста корней. Гиперплазия или эмалевые капли по размеру небольшие от 1 мм, но в некоторых редких случаях могут достигать и до 5 мм. Диагностируется такое нарушение почти у 2% населения планеты.

Гиперплазия эмали



Гиперплазия эмали



По месту расположения определяют несколько видов эмалевых капель:

- 1) Корневые;
- 2) Пришейковые;
- 3) Коронковые.

По строению гиперплазия классифицируется на

- 1) истинно-эмалевые капли;
- 2) эмалево-дентинные капли;
- 3) эмалево-дентинные капли с пульпой;
- 4) капли Родригес-Понти – это небольшие эмалевые капельки в периодонте;
- 5) внутридентинные эмалевые капли,
- 6) располагаются в толще дентина.

Клиника

Клинически гиперплазия эмали никак себя не проявляет, отсутствуют боли, какие-либо неприятные ощущения. Единственное, что может беспокоить пациента, так это небольшое твердое образование на зубе и если оно расположено в области передних зубов, то жалобы могут быть на эстетические нарушения. В основном же никаких проявлений нет, и функциональные нарушения не возникают.

Лечение гиперплазии эмали

Если пациент не предъявляет никаких жалоб и его ничего не беспокоит, то лечение не требуется. Если же «эмалевая капля» возникла в области передних зубов, то проводится её сошлифовывание, тщательное полирование поверхности и последующая реминерализирующая терапия с фторированием.

Профилактика

Профилактика заключается в предупреждении развития кариеса молочных зубов и его осложнений, которые могут привести к нарушению формирования зачатка постоянного зуба. Для этого необходимо раз в полгода приходить в стоматологию и проходить осмотр полости рта вместе с профессиональной чисткой. Также рекомендуется для укрепления эмали проходить процедуру реминерализации и фторирования зубов, а для предупреждения развития фиссурного кариеса запечатывать фиссуры специальным композитом. Все это в значительной степени снижает риск развития аномалий со стороны постоянных зубов.

Флюороз

- это эндемическое заболевание, возникающее в результате избыточного поступления фтора в организм. Им заболевают дети, живущие в местности с повышенным содержанием фтора в питьевой воде (содержание фтора в питьевой воде не должно превышать 0,5 мг/л), находящиеся там с рождения или в раннем детстве, когда происходит формирование и минерализация тканей детских зубов. Фтор связывает соли кальция и выводит их из организма, а также токсически действует на энамелобласты (следствие - неправильное формирование эмали). Поэтому, повышенное содержание фтора в питьевой воде приводит к резорбции (размягчению) костной ткани, она становится хрупкой, эмаль легко скалывается. Доказано, что фтор оказывает влияние на деятельность щитовидной железы, что также нарушает минерализацию эмали.

Штриховая форма

Небольшие меловидные полосы на эмали, в основном на центральных и боковых резцах верхней челюсти с вестибулярной стороны.

Штриховая форма



Пятнистая форма

Меловидные пятна на различных участках коронки зуба (резцов, клыков, реже премоляров и моляров). Иногда пятна имеют светло-желтую окраску.

Пятнистая форма



Меловидно-крапчатая форма

Поверхность коронок зубов депигментирована с меловидно-матовым оттенком. Проявляется в области всех (а не только передних) зубов. Окраска пятен - от светло- до темно-коричневого цвета, могут наблюдаться мелкие сколы и стираемость эмали.

Меловидно-крапчатая форма



Эрозивная форма

Резко выражены дистрофия и пигментация эмали. Есть участки, где эмаль отсутствует (эрозии). Вокруг эрозий эмаль резко пигментирована, лишена блеска, имеет меловидную окраску, хрупкая, легко скалывается, образуя полости, окрашенные в желтый и коричневый цвета. Возникает боль от горячего и холодного. Эту форму флюороза уже видно на рентгенограмме.

Эрозивная форма



Деструктивная форма.

Изменение форм коронок зубов за счет эрозий и отлома отдельных частей зубов большими кусками, поражается также дентин. На рентгенограмме видны обширные темные пятна. Эта форма флюороза возникает там, где содержание фтора в питьевой воде превышает 10-20 мгл.

Деструктивная форма



Профилактика

Сводится, в первую очередь, к смене источника питьевой воды.

Необходимо максимально исключать искусственное вскармливание и прикорм. Пища должна быть богата белками, витаминами группы В, С, D. Необходимо вводить в рацион соли кальция и фосфора. Надо исключить из рациона продукты, содержащие много фтора – морскую рыбу, жирное мясо, топленое масло, крепкий чай. И, естественно, необходимо тщательно ухаживать за зубами с использованием паст, содержащих глицерофосфат кальция.

Лечение

Местное лечение направлено на реминерализацию твердых тканей зубов. При тяжелых формах флюороза проводят реставрацию зубов с восстановлением их формы и цвета (после предварительного месячного курса общей и местной реминерализующей терапии). Реставрацию и пломбирование зубов проводят с помощью стеклоиономерных цементов (использование композитов в начале лечения нежелательно, поскольку может привести к большим разрушениям структуры эмали).

Гипоплазия эмали

Порок развития эмали, наступающий в результате нарушения обменных процессов в развивающемся зубе (системная гипоплазия) или в результате причин, действующих местно на зачатки зуба (местная гипоплазия). Гипоплазия проявляется количественными и качественными изменениями эмали.

Причины

- заболевания матери во 2-ой половине беременности (краснуха, токсоплазмоз, токсокоз, зубы во время беременности - детская стоматология «Маркушка»), нарушения питания, прием мамой некоторых лекарственных веществ (например, тетрациклина), некоторые заболевания ребенка в первые недели и месяцы его жизни, недоношенность, врожденная аллергия, врожденные мозговые нарушения, врожденный сифилис, заболевания эндокринной системы, желтуха новорожденных, родовая травма, асфиксия плода при рождении. На постоянных зубах - рахит, острые инфекционные заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта, токсическая диспепсия, алиментарная дистрофия.

Местная гипоплазия эмали

Чаще всего наблюдается на постоянных зубах. Она является следствием воспалительных процессов, развивающихся еще у верхушек корней молочных зубов и переходящих на зачатки постоянных зубов. Местная гипоплазия поражает один или два зуба.

Системная гипоплазия

ие зубов, формирующихся в один и тот же
группы зубов одного или разных периодов

очаговой (групповой) гипоплазии эмали.

Нарушения возникают в группе зубов, формирующихся в один и тот
развитости эмали, коронки зубов уменьшены в
же период. Если поражаются группы зубов одного или разных
ма и окраска, поверхность шероховатая.

периодов развития, можно говорить об очаговой (групповой)
гипоплазии эмали. При этом, вследствие недоразвитости эмали,
коронки зубов уменьшены в размере, изменена их форма и
окраска, поверхность шероховатая.

Проявления

- Клинически гипоплазия проявляется в виде пятен, углублений, бороздок, полного отсутствия эмали. Различают пятнистую, эрозивную, бороздчатую, смешанную гипоплазию.

Формы гипоплазии



Медикаментозные и токсические нарушения развития твердых тканей зубов

Отдельно необходимо упомянуть т.н. "тетрациклиновые зубы".

Введение матери больших доз тетрациклина во 2-ой половине беременности или ребенку в первые месяцы жизни приводит к изменению цвета зубов до светло- или темно-желтого. Под влиянием ультрафиолетового света "тетрациклиновые зубы" флуоресцируют (светятся). Со временем окраска может меняться до серой, темно- или буро-коричневой. Тетрациклин вызывает не только окрашивание зубов, но и гипоплазию эмали.

Тетрациклиновые зубы

Дети с гипоплазией эмали должны быть взяты на диспансерное наблюдение. Лечение включает в себя реминерализующую терапию, косметическую реставрацию поврежденных зубов. При появлении значительных сколов на коронках зубов показано ортопедическое лечение.

Тетрациклиновые зубы

В случае приема диметилхлортетрациклина изменение окраски более значительное, при получении окситетрациклина окраска менее интенсивная. Лечение беременной тетрациклином приводит к изменению окраски у ее ребенка передних зубов, а именно $\frac{1}{3}$ коронок резцов, начиная от режущего края и жевательной поверхности больших коренных зубов. Полагают, что тетрациклин проникает через плацентарный барьер. Применение тетрациклина у ребенка, начиная с 6-месячного возраста, вызывает окрашивание не только молочных больших коренных зубов, но и постоянных зубов, формирующихся в эти сроки. Окрашивается, как правило, не вся коронка зуба, а только ее часть, которая формируется в этот период. Интенсивность окраски зубов от светло-желтой до тем-но-желтой также зависит от вида тетрациклина и его количества.

Тетрациклиновые зубы



Тетрациклиновые зубы



Вывод

Некариозные поражения твердых тканей зуба представляют собой разнообразную по клиническим проявлениям и происхождению группу заболеваний. В настоящее время известны факторы, действующие в период гистогенеза и минерализации зубов, которые способны нарушить структуру твердых тканей прорезывающегося зуба. Знание этиологии, патогенеза и клиники заболеваний необходимы для своевременного выявления некариозных поражений твердых тканей зубов, проведения рационального лечения и комплекса профилактических мероприятий.

Литература

1. Бутвиловский А.В., Яцук А.И., Бурак Ж.М. Гипоплазия эмали зубов: современные подходы к диагностике и лечению // Современная стоматология.- 2009. - №1. – С. 46 – 51.
2. 7. Стоматология детей и подростков: Пер. с англ. / Под ред. Т.Мак Дональда, Д.Р.Эйвери. Медицинское информационное агентство, 2003. — 766 с.: ил.
3. Детская терапевтическая стоматология: национальное руководство / Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. ЦВЕТОНЕЙТРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕХНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ
Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение» Байтус Н.А. 2014г.
5. Флюороз остается проблемой стоматологии, Горбушина Т. В. 2008 / Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке»
6. Прогнозирование, особенности клиники и лечения системной гипоплазии постоянных зубов, осложненной кариозным процессом, Луницына Ю. В., Токмакова С. И., Плешакова Т. О 2013 / Проблемы стоматологии
7. Адаптаційні зміни твердих тканин зуба під цементною пломбою, А.П. Гасюк, О.О. Розколупа, О.П.Костиренко 2011 / Український стоматологічний альманах