

Болезни твердых тканей зубов
некариозного происхождения,
возникающие до их
прорезывания.



К некариозным поражениям твердых тканей зуба относятся анатомические и функциональные поражения эмали и дентина вследствие воздействия внешних и внутренних неблагоприятных факторов на зубные ткани в период недостаточной стойкости последних и организма в целом.

Классификация некариозных поражений твердых тканей зубов (Патрикеев В.К., 1968).

Некариозные поражения твердых тканей зуба в зависимости от времени их возникновения подразделяют на две основные группы:

1. Поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей, т. е. до прорезывания зубов:

- а) гипоплазия эмали;
- б) гиперплазия эмали;
- в) эндемический флюороз зубов;
- а) аномалии развития и прорезывания зубов, изменения их цвета;
- д) наследственные нарушения развития зубов.

2 . Поражения зубов, возникающие после их прорезывани:

- а) пигментации зубов и налеты;
- б) стирание твердых тканей;
- в) клиновидный дефект;
- г) эрозия зубов;
- д) некроз твердых тканей зубов;
- е) травма зубов;
- ж) гиперестезия зубов.

Гипоплазия эмали.

Гипоплазия эмали – недоразвитие твердых тканей зуба, в период их роста и формирования.

Крайним выражением гипоплазии является аплазия – полное отсутствие эмали.



Классификация гипоплазии (Т. Ф. Виноградова):

1. Аномалии строения и пороки развития тканей зуба, которые возникают как закономерность патогенеза приобретенной системной патологии в организме ребенка:

- зубы Гетчинсона при врожденном синдроме;
- серые, серо-синие, коричневые зубы при гемолитическом синдроме и гемолитических желтухах разной этиологии.

2. Аномалии строения и пороки развития тканей зуба, обусловленные влиянием внешних факторов:

- «тетрациклиновые» зубы;
- системная неспецифическая гипоплазия тканей временных и постоянных зубов;
- частичная и полная аплазия эмали временных зубов у детей, рожденных недоношенными и т.д.

Классификация гипоплазии Агаповым М.И. (1929)

Свидетельствует об интенсивности нарушений обменных процессов в организме ребенка.

- * «пятнистая» гипоплазия эмали
- * «волнистая» эмаль
- * «чашеобразная» гипоплазия
- * «бороздчатая» гипоплазия
- * истончение эмали на отдельных участках, «краевая».

Классификация по клиническому течению:

1. Легкая форма или пятнистая эмаль.
2. Средняя форма, характеризующаяся небольшими дефектами твердых тканей зуба.
3. Тяжелая форма. В случае тяжелой формы развитие эмали нарушается вплоть до полного ее отсутствия.

Классификация по происхождению (Е. В. Боровский):

- * - системная, или общая, или идиопатическая гипоплазия;
- * - местная, или локальная, или асимметричная гипоплазия.

Причины возникновения гипоплазии временных зубов:

- болезни матери во время беременности;
- токсикозы беременных;
- антигенная несовместимость крови матери и плода;
- болезни ребенка на первом году жизни (инфекционные заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта, центральной и вегетативной нервной системы, эндокринной системы, рахит, тетания);
- приём тетрациклину и препаратов железа.

Причины возникновения гипоплазии постоянных зубов:

- **болезни матери во время беременности;**
- **болезни ребенка (пневмония, дизентерия, ОРВИ, спазмофилия, рахит, тетания);**
- **лечение детей тетрациклином и препаратами железа;**
- **воспалительные процессы в тканях периодонта временных зубов и их несвоевременное лечение.**

Системная гипоплазия.

- * Является следствием различных патологических процессов в организме, при которых нарушается или угнетается функция амелобластов, а нередко и одонтобластов, что приводит к нарушению минерализации эмали и дентина.
- * Системная гипоплазия временных зубов формируется во внутриутробном периоде и связана с нарушениями в организме беременной. Системная гипоплазия постоянных зубов связана с перенесенными тяжелыми инфекционными заболеваниями, рахитом, расстройствами пищеварительного тракта, недостаточностью эндокринных желез, нарушением обменных процессов.
- * Локализация гипоплазии на коронке зуба во многом зависит от возраста, в котором ребенок перенес заболевание. Так, при болезни ребенка в первые месяцы жизни гипоплазия развивается в области режущего края центральных резцов и бугров шестых зубов, так как формирование начинается на 5-6 месяц после рождения.

Клинически различают три формы системной гипоплазии:

- изменение цвета;
- недоразвитие;
- отсутствие эмали.

Длительность и тяжесть перенесенного общего заболевания определяет распространенность и разную степень поражения тканей – при слабо выраженной патологии на эмали определяются пятна, при тяжелых заболеваниях отмечается недоразвитие эмали вплоть до ее отсутствия.

* **Изменение цвета эмали** проявляется в виде симметрично расположенных пятен белого или желтоватого (реже) цвета, которые располагаются на одноименных зубах, чаще на вестибулярной поверхности, и могут иметь различную форму. Такие пятна получили название «меловидные». Они не сопровождаются неприятными ощущениями. Характерно то, что поверхность эмали остается гладкой, блестящей и не окрашивается красителями. В течение жизни размер и цвет пятна не изменяются.



Недоразвитие эмали является более тяжелой формой гипоплазии и может проявляться в виде волнистой, точечной и бороздчатой эмали.



Точечные углубления в эмали относятся к наиболее распространенным формам гипоплазии. После прорезывания эмаль в области точечных углублений имеет нормальный цвет, который затем меняется в результате пигментации.

Бороздчатая форма гипоплазии может выглядеть в виде одиночных или множественных борозд. Если вся коронка покрыта бороздами, то такая гипоплазия называется «лестничная». При всех этих формах недоразвития эмали ее целостность не нарушена.

Клиническая картина гипоплазии (конспект-схема).

Жалобы – на косметический дефект.

Анамнез заболевания – дефекты зубов отмечаются с момента прорезывания.

^ **Анамнез жизни** – перенесенные в детстве заболевания (токсические диспепсии, детские инфекции, врожденный сифилис, прием препаратов тетрациклинового ряда, гипо-авитаминозы и т.д.).

^ **Объективные данные:**

Результаты основных методов обследования:

Визуальный осмотр - симметричность и множественность поражения (поражаются одноименные группы зубов). Стабильность поражения. Локализация в нетипичных для кариеса участках (бугры, экватор коронки зуба). Изменение цвета эмали – меловидные и светло-желтой окраски пятна. Изменение структуры - углубления, бороздки, перетяжки. Поверхность эмали гладкая, блестящая.

Зондирование - зонд скользит по поверхности эмали.

Результаты дополнительных методов обследования:

^ **Метод витального окрашивания** – эмаль не окрашивается красителем. При люминесцентной диагностике в очаге поражения отмечается более интенсивное свечение в сравнении со здоровой эмалью.

^ **Патоморфологическая картина гипоплазии.**

Гистологически при всех формах гипоплазии уменьшается толщина эмали, увеличиваются межпризменные пространства, расширяются линии Ретциуса, сглаживаются границы призм. Степень изменений зависит от тяжести процесса. При точечной форме определяются изменения в дентине: увеличивается зона интерглобулярных пространств, наблюдается интенсивное отложение заместительного дентина, в пульпе уменьшается количество клеточных элементов, в нервных волокнах выявляются дегенеративные изменения. При электронно-микроскопическом исследовании в эмали обнаруживается нарушение ширины призм и ориентации кристаллов гидроксиапатита. В дентине также нарушена ориентация кристаллов гидроксиапатита и изменена структура дентинных трубочек.

Одной из разновидностей системной гипоплазии являются зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье, имеющие своеобразную форму коронок.

Зубы Гетчинсона. Для зубов Гетчинсона характерна отверткообразная и бочкообразная формы коронок центральных резцов, причем размер коронки у шейки зуба больше, чем у режущего края, на котором имеется полулунную выемку. Иногда выемка покрыта эмалью, но в ряде случаев дно выемки лежит в пределах дентина.

^ **Зубы Фурнье** – напоминают по форме зубы Гетчинсона, но без полулунной выемки по режущему краю. Зубы Гетчинсона и Фурнье входят в так называемую триаду врожденного сифилиса, которая, как известно, включает три симптома: паренхиматозный кератит, врожденную глухоту, зубы Гетчинсона. Однако, следует отметить, что такая патология зубов может наблюдаться не только при сифилисе, но и при других заболеваниях, например у больных лепрой (проказой).

^ **Зубы Пфлюгера** также были описаны у больных с врожденным сифилисом. Зубы Пфлюгера - первые моляры, имеющие форму конуса, размер коронки в области шейки больше, чем у жевательной поверхности, а жевательные бугры недоразвиты и конвергируют.

«Тетрациклиновые» зубы.

«Тетрациклиновые» зубы являются одним из видов системной гипоплазии и характеризуются изменением окраски коронок зубов с появлением поперечных полос коричневого оттенка различной интенсивности. Причиной возникновения «тетрациклиновых» зубов служит прием антибиотиков тетрациклинового ряда в период формирования и минерализации тканей зубов. При введении в организм небольших доз препарата может развиваться патология в виде изменения цвета зубов, при введении очень больших доз развивается недоразвитие эмали в сочетании с изменением цвета коронки. Тетрациклин откладывается в эмали и дентине развивающихся зубов, а также в костях плода в виде комплексных соединений с кальцием. Применение диметилхлортетрациклина дает более интенсивное изменение окраски, нежели окситетрациклина.

Тетрациклиновые молочные и постоянные зубы.



Местная гипоплазия.

Связана с нарушением обмена веществ в локализованном участке вблизи зачатков постоянных зубов, возникающем вследствие воспалительного процесса в области верхушки корня временного зуба или с травмой развивающегося фолликула.



Гипоплазию необходимо дифференцировать с начальными и поверхностными формами кариеса .

При гипоплазии белые пятна множественные , обычно на симметричных группах зубов , поверхность зуба гладкая, не окрашивается красителями .

При кариесе белое пятно одиночное , чаще локализуется в пришеечной области , окрашивается 2% раствором метиленового синего .

Лечение гипоплазии.

Лечебная тактика определяется клинической формой гипоплазии. Общее лечение должно быть направлено на нормализацию минерального обмена. В зависимости от клинической формы гипоплазии применяют реминерализующую терапию, реставрационные методы или отбеливание.

При пятнистой форме гипоплазии применяют комплексную общую и местную реминерализующую терапию. При нарушении структуры тканей зуба с нарушением рельефа коронки применяют ламинирование поверхности с применением современных фотополимерных композиционных материалов, изготовление виниров. При значительных дефектах применяют ортопедические методы лечения (изготовление искусственных коронок). Общее лечение гипоплазии включает кальцийсодержащие препараты и поливитаминные комплексы в течение не менее 1 месяца с тремя курсами в год.

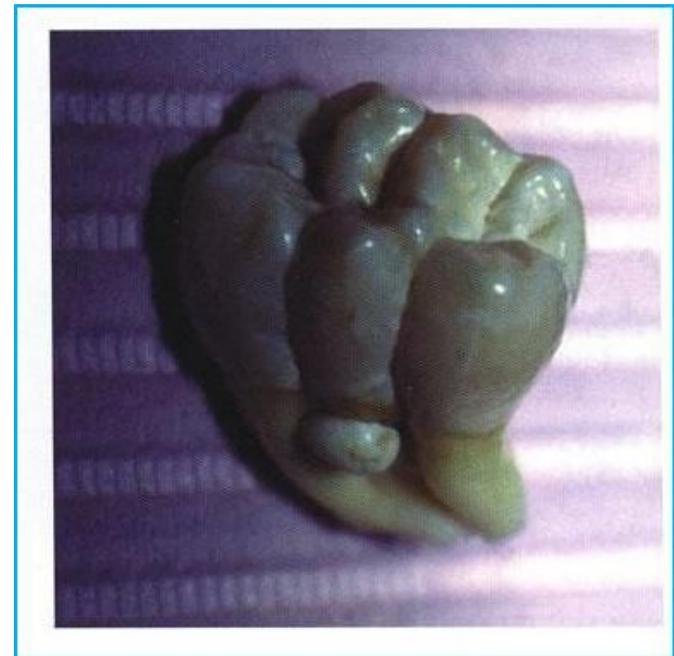
Гиперплазия эмали

Гиперплазией эмали называют патологически избыточное образование твердых тканей зуба в процессе его развития.

Данная патология выявляется в виде «эмалевых капель» или «эмалевых жемчужин». Такие капли или жемчужины обнаруживаются у 1,5% пациентов. Эти образования имеют в диаметре примерно 1-4 мм, иной раз попадаются экземпляры диаметром до 5 мм. Излюбленная локализация – область шейки зуба, эмалево-цементная граница, иногда они могут обнаруживаться в области фуркации, что затрудняет их выявление. «Эмалевая капля» образована непосредственно эмалью, внутри которой содержится дентин. Иногда в центре такого образования обнаруживается полость, заполненная мягкой соединительной тканью, напоминающей пульпу.

Исследователь А.О.Саванна (1965) разделил данную патологию на три типа: корневые, пришеечные и коронковые. Также он выделил пять групп:

- истинно-эмалевые капли,
- эмалево-дентинные капли,
- эмалево-дентинные капли с пульпой,
- капли Родригес-Понти – небольшие эмалевые капельки в периодонте,
- внутридентинные эмалевые капли, располагаются в толще дентина.



Клиника

Клинически гиперплазия эмали никак не проявляет себя, 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.

Профилактика и лечение.

- * 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 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.
- * При отсутствии жалоб у пациента , 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. Рекомендуют ежедневные аппликации фторсодержащей зубной пасты в течение 7-10 дней.

Спасибо за внимание !

