

Глава 5

ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

5.1. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Некариозные поражения твердых тканей зуба представляют собой разнообразную по клиническим проявлениям и происхождению группу заболеваний, которые, несмотря на современные методы исследования, изучены недостаточно полно, что затрудняет проведение профилактики и лечения. В последние годы благодаря бурному развитию стоматологии отмечается определенный успех в изучении этиологии и патогенеза этих заболеваний.

Патология твердых тканей зуба в период их фолликулярного развития

В повседневной практике врачи-стоматологи часто наряду с кариесом наблюдают поражения твердых тканей зуба некариозного происхождения, которые возникают в период их фолликулярного развития.

В литературе нет исчерпывающего описания клинической картины некариозных поражений твердых тканей зуба, которое помогло бы врачам в установлении диагноза, нет также сообщений о возможных осложнениях после прорезывания зубов с данным пороком развития. Отсутствуют рекомендации по использованию той или иной классификации. Существующие классификации В.К. Патрикеева, М.И. Грошикова, ВОЗ и прочие отличаются числом форм и групп заболеваний, терминологией, описанием клинической картины. Разнообразие этиологических факторов, вариаций клинических проявлений препятствует созданию более полной классификации.

В этом разделе при описании клинической картины болезней зубов некариозного происхождения, возникающих в период фолликулярного развития, за основу принята классификация В.К. Патрикеева (1968), в соответствии с которой к группе некариозных поражений, являющихся по существу пороками развития твердых тканей, относятся:

- гипоплазия эмали;
- гиперплазия эмали;
- эндемический флюороз;
- аномалии развития и прорезывания зубов;
- наследственные нарушения развития зубов.

Классификация по МКБ-С

К00.3 Крапчатые зубы

Исключены: отложения (наросты) на зубах (K03.6)
зуб Тёрнера (K00.46)

К00.30 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов)

К00.31 Неэндемическая крапчатость эмали (нефлюорозное помутнение эмали)

К00.39 Крапчатые зубы неутонченные

К00.4 Нарушения формирования зубов

Исключены: наследственные нарушения структуры зуба (К00.5)

резцы Гетчинсона (А50.51)

крапчатые зубы (К00.3)

моляры в виде тутовых ягод (А50.52)

К00.40 Гипоплазия эмали

К00.41 Пренатальная гипоплазия эмали

К00.42 Неонатальная гипоплазия эмали

К00.43 Аплазия и гипоплазия эмали

К00.44 Дилацерация (трещины эмали)

К00.45 Одонтодисплазия (регионарная одонтодисплазия)

К00.46 Зуб Тёрнера

К00.48 Другие уточненные нарушения формирования зубов

К00.49 Нарушение формирования зубов неутонченное

К00.5 Наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках

К00.50 Незавершенный амелогенез

К00.51 Незавершенный дентиногенез

Изменения в зубах при незавершенном остеогенезе (Q78.0)

К00.52 Незавершенный одонтогенез

К00.58 Другие наследственные нарушения структуры зуба

дисплазия дентина

раковинные зубы

К00.59 Наследственные нарушения структуры зуба неутонченные

К00.8 Другие нарушения развития зубов

Включена: выраженная окрашенность зубов БДУ

Исключены: изменения цвета зубов локального происхождения (К03.6, К03.7)

К00.80 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови

К00.81 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врожденного порока билиарной системы

К00.82 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии

К00.83 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина

К00.88 Другие уточненные нарушения развития зубов

К00.9 Нарушение развития зубов неутонченное

5.1.1. Гипоплазия эмали

Гипоплазия эмали — порок развития, формирующийся вследствие нарушения метаболических процессов в развивающихся зубах, проявляется количественным и качественным изменениями эмали.

С.И. Вайс (1965) рассматривает гипоплазию эмали как нарушение ее минерализации при нормальном формировании зубных тканей. Другие авторы (Патрикеев В.К., 1967) считают, что при гипоплазии эмали нарушены не только процессы минерализации, но и построение белковой матрицы эмали зуба в результате недостаточной или замедленной функции энамелобластов.

Г.В. Овруцкий (1991) полагает, что гипоплазия — одно из наиболее распространенных некариозных поражений, развивающихся в период формирования эмали.

При гипоплазии недоразвитие эмали необратимо, образовавшиеся дефекты остаются на эмали зубов на всю жизнь, нередко отмечаются нарушения строения дентина и пульпы. Гипоплазия эмали чаще встречается на постоянных зубах, что связано с заболеваниями детей в период формирования и минерализации зубов (приблизительно с 4,5 мес до 2,5–3 лет жизни). Это бывает после острых инфекций, тяжелой формы рахита, токсической диспепсии, алиментарной дистрофии, болезней желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и др.

Поскольку плацента выполняет защитную функцию, эту патологию редко наблюдают на молочных зубах: только поздние токсикозы или тяжелые заболевания матери во второй половине беременности (краснуха, токсоплазмоз и др.), вызывающие нарушение целостности плацентарного барьера или заболевания ребенка в первые дни и недели жизни, могут привести к возникновению такой патологии молочных резцов. У недоношенных детей встречается в основном гипоплазия эмали молочных клыков, у шейки резцов и на жевательной поверхности моляров. Установлено, что при поздних токсикозах и заболеваниях беременной нарушается минерализация не только молочных зубов, но и первых постоянных моляров.

Раньше случаи гипоплазии эмали молочных зубов врач-стоматолог почти не наблюдал, так как тяжелые заболевания и токсикозы беременных нередко заканчивались внутриутробной смертью плода.

В последнее время благодаря современным методам диагностики и лечения тех или иных заболеваний, выявленных у беременной, удается сохранить ребенка, и врач сталкивается с гипоплазией эмали на молочных зубах. Установлено, что при искусственном вскармливании ребенка даже простудные заболевания средней тяжести могут привести в дальнейшем к нарушению минерализации эмали зубов и возникновению той или иной формы гипоплазии.

У детей в возрасте 2–3 года обменные процессы менее лабильные, поэтому сопротивляемость ребенка неблагоприятным факторам и болезням выше и гипоплазия эмали постоянных премоляров и вторых моляров встречается реже.

Различают системную, местную и очаговую гипоплазию эмали.

Системная гипоплазия эмали

При системной гипоплазии эмали (СГЭ) чаще всего возникает поражение группы зубов одного периода минерализации. При тяжелых неоднократных заболеваниях беременной или ребенка возможна СГЭ всех зубов, как молочных, так и постоянных.

При СГЭ чаще отмечают поражение группы симметрично расположенных зубов одного периода развития. Дефекты в виде пятен и углублений появляются с момента прорезывания зубов. Они расположены на одном уровне по режущему краю и бугоркам или на вестибулярной и щечной поверхностях, на фоне неизменной эмали. Дефекты в виде ямок и борозд имеют пологие края, гладкое дно и тенденцию к углублению. Установлено, что пятна при СГЭ стабильны в своем развитии.

Выявлено, что локализация дефектов при СГЭ совпадает по времени с формированием участков эмали и перенесенными в это время беременной или ребенком заболеваниями. Ширина дефектов зависит от длительности заболевания, их количество — от частоты перенесенных заболеваний. Если на зубах не один, а два и более дефекта, это свидетельствует о повторном нарушении обмена веществ в организме, возникшем при новом заболевании или повторении прежнего. Глубина дефектов указывает на тяжесть перенесенных заболеваний.

Для того чтобы поставить правильный диагноз, врач должен тщательно собрать анамнез, выявить, болела ли беременная или ребенок в момент минерализации молочных или постоянных зубов, обратить внимание на локализацию дефектов, тяжесть их проявления и на то, какая группа зубов (молочные или постоянные) поражена и отмечались ли дефекты с момента прорезывания зубов.

Известно, что наличие дефектов только на бугорках зубов 16, 26, 36, 46 объясняется нарушением процесса минерализации эмали из-за болезни беременной или из-за токсикозов во второй половине беременности.

Эта патология возможна также у детей, перенесших родовую травму, родившихся в асфиксии, или в связи с перенесенной ребенком в первые дни и недели после рождения болезнью (гемолитическая желтуха новорожденных, диспепсия и др.).

Если есть дефекты не только на бугорках зубов 16, 26, 36, 46, но и по режущему краю зубов 13, 11, 21, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43, это указывает, что ребенок перенес какое-либо заболевание приблизительно в возрасте 4,5–6 мес. Если же ребенок перенес заболевание в возрасте около 1 года, дефекты на зубах 16, 13, 11, 21, 23, 26, 36, 33, 32, 31, 41, 43, 46 будут расположены на некотором расстоянии от режущего края и бугорков, а на зубах 12, 22 — по режущему краю. Это свидетельствует о том, что процесс минерализации резцов 12, 22 начинается несколько позже, чем зубов 16, 13, 11, 21, 23, 26, 36, 33, 32, 31, 41, 42, 46. Система гипоплазия молочных зубов встречается крайне редко (рис. 5.1).



Рис. 5.1. Системная гипоплазия эмали молочных зубов

Различают шесть форм СГЭ: пятнистую, ямочную, бороздчатую, чашеобразную, сочетанную, аплазию эмали.

Пятнистая форма системной гипоплазии эмали относится к легкой степени поражения эмали и проявляется изменением ее цвета. При этой форме заболевания на жевательной поверхности и режущем крае или на вестибулярной и щечной поверхностях — на группе зубов одного периода формирования или на всех зубах — видны симметрично расположенные пятна на одном уровне (рис. 5.2). На коронке чаще имеются одно или два пятна. Эмаль пятен гладкая, блестящая, цвет ее молочно-белый, реже коричневый, с четкими границами. Истончений эмали на измененных участках нет. В течение жизни размер, форма и цвет пятен не изменяются.



Рис. 5.2. Системная гипоплазия эмали. Пятнистая форма

Метилтиониния хлоридом (метиленовый синий*) пятна не окрашиваются. Пациенты жалуются на косметический дефект.

Дифференциальную диагностику пятнистой формы СГЭ проводят с кариесом в стадии пятна, пятнистой формой флюороза, аутосомно-доминантным гипоматурационным наследственным несовершенным амелогенезом «снежная шапка», очаговой одонтодисплазией, местной гипоплазией эмали в виде пятна. На рентгенограмме эта форма СГЭ не выявляется.

Ямочная форма системной гипоплазии эмали. В этих случаях на группе зубов одного периода формирования видны углубления в виде горизонтально расположенных ямок. Ямки между собой не соединены, они более выражены на вестибулярной и щечной поверхностях, зондирование дна и стенок их, как правило, безболезненное.

На нёбной и язычной поверхностях ямки выражены недостаточно четко. На дне ямок часто виден мягкий зубной налет, который при тщательной чистке зубов легко снимается. В некоторых углублениях цвет эмали устойчиво изменен за счет пигмента, он при чистке зубов не удаляется. Истончение эмали отмечают лишь в местах дефектов. При зондировании эмаль гладкая, плотная. Иногда к этой форме СГЭ присоединяется кариозный процесс (рис. 5.3).