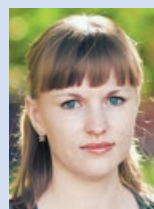


ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ КАРИОЗНЫМ ПРОЦЕССОМ

Эмаль – самая твердая ткань в организме, покровная ткань зуба. При рассмотрении пороков развития эмали и патологических процессов в ней необходимо учитывать особенности, которые выделяют эмаль среди других тканей организма. Эмаль – единственная ткань эктодермального происхождения, подвергаясь обызвествлению, в ней отсутствуют сосуды и нервы, это бесклеточная ткань. После завершения формирования ткани и ее обызвествления, что происходит еще до прорезывания зуба, эмаль лишается способности роста [8].

Амелогенез протекает в три стадии [4, 16]. В течение первой из них, стадии секреции и первичной минерализации эмали, энамелобласты секретируют органическую основу эмали, которая сразу же подвергается первичной минерализации с помощью белков амелогенинов. В течение второй стадии — вторичной минерализации эмали, с помощью белков энамелинов происходит дополнительное включение в ее состав минеральных компонентов. Третья стадия, окончательного созревания, или третичная, осуществляется после прорезывания зуба и характеризуется завершением минерализации эмали, преимущественно поступлением ионов из слюны [17, 18]. Энамелобласты, белки, переносящие кристаллы гидроксилапатита для построения эмалевых призм, очень чувствительны к отклонениям от нормального течения амелогенеза. Даже небольшие экологические, общесоматические, токсические и другие воздействия могут проявляться морфологически заметными изменениями состава и количества эмалевой ткани. Это может быть травма, нарушение питания, общие заболевания, экологические факторы (большое содержание фтора в воде) и многие другие причины. Если воздействие приходится на период секреции эмали, то количество образу-



Луницына Ю.В.

к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ, г. Барнаул, lunizyna.julja@mail.ru



Токмакова С.И.

д.м.н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ, г. Барнаул

Резюме

В статье дана характеристика различных клинических форм гипоплазии эмали; описаны клинические случаи гипоплазии эмали зубов, осложненной кариозным процессом, приведены методы лечения.

Ключевые слова: гипоплазия эмали зубов, кариес.

FORECASTING, FEATURES OF CLINIC AND TREATMENT OF A SYSTEM HYPOPLASIA OF THE SECOND TEETH COMPLICATED BY CARIOUS PROCESS

Lunitsyna J.V., Tokmakova S.I., Pleshakova T.O., Kosilova A.S., Oskolkova D.A.

The summary

In article the characteristic of various clinical forms of a hypoplasia of enamel is given; clinical cases of a hypoplasia of enamel of the teeth complicated by carious process are described, treatment methods are given.

Keywords: hypoplasia of enamel of teeth, caries.

щейся эмали на данном участке снижается и клинически проявляется каким-либо поражением [8].

Гипоплазия эмали – количественное и качественное недоразвитие эмали вследствие нарушения метаболических процессов в развивающихся зубах [6]. Встречается во временных и постоянных зубах. Различают гипоплазию системную, местную или очаговую. Системная гипоплазия характеризуется нарушением строения эмали всех или только той группы зубов, которая формируется в один



Плешакова Т.О.
студентка 5 курса
стоматологического
факультета ГБОУ ВПО АГМУ,
г. Барнаул



Косилова А.С.
студентка 5 курса
стоматологического
факультета ГБОУ ВПО АГМУ,
г. Барнаул



Осколкова Д.А.
студентка 5 курса
стоматологического
факультета ГБОУ ВПО АГМУ,
г. Барнаул

и тот же промежуток времени [8, 9]. По данным разных авторов, распространенность системной гипоплазии эмали в России в настоящее время колеблется от 1,3 до 36,7% [7, 13, 15]. Результаты клинических исследований последних лет свидетельствуют о росте числа детей с патологией развития твердых тканей зубов, в первую очередь, с гипоплазией эмали [3, 10, 11, 12]. Подобная противоречивость данных, скорее всего, объясняется различными регионами, в которых проводили обследование, и значительным разрывом времени между обследованиями (периоды обследования отличаются в ряде случаев двадцатью годами) [8].

Наиболее характерным признаком гипоплазии является симметричность поражения, то есть расположения пятен, эрозий или бороздок на зубах правой и левой половины челюстей. Характерна также резкая граница между пятном и остальной частью зуба. По локализации изменений в эмали можно судить о возрасте, в котором произошло нарушение обмена в зубном фолликуле. Поверхность дефекта, гладкая, блестящая или тусклая, также обусловлена тем, в каком периоде образования эмали была нарушена ее минерализация. Ширина участка пораженной эмали указывает на длительность периода нарушения метаболических процессов, а количество гипоплазированных

полос, располагающихся параллельно режущему краю, свидетельствует о том, сколько раз возникло подобное нарушение обмена [6, 8, 17, 18].

Ю.А. Федоров и соавт. (1997) предложили классифицировать системную гипоплазию на пятнистую, эрозивную, бороздчатую и смешанную формы. Наиболее распространенной является пятнистая (47,1%). Эрозивную форму встречаются несколько реже (29,4%). Смешанная форма гипоплазии эмали выявлена в 18,8% случаев. Наиболее редкой является бороздчатая форма (4,7%).

Основным последствием гипоплазии эмали является развитие кариеса. Учитывая то, что микробам не требуется особых усилий, чтобы разрушить болезненную эмаль, гнезда кариеса появляются сразу на нескольких зубах и в течение короткого времени становятся глубокими [1, 2, 8]. Приводим клинические наблюдения.

Пациентка В., 26 лет, обратилась с жалобами на неэстетический вид зубов (рис. 1), боль в зубе 1.3 от химических раздражителей. При осмотре на резцах и клыках верхней и нижней челюсти, а также на молярах определяются симметричные чашеобразные углубления, борозды. Бугры клыков значительно истончены, шиловидной формы. При зондировании – стенки гладкие, плотные, зондирование более глубоких дефектов болезненное. На дне видны участки пигментации, которые при чистке зубов не удаляются, при зондировании зонд проваливается. Поставлен диагноз – системная гипоплазия, бороздчатая форма, осложненная кариесом. Пациентке проведена профессиональная гигиена полости рта, сейчас она находится на этапе реминерализующей терапии. Планируется лечение, основной целью которого является восстановление эстетики и жевательной функции зубов.



Рис. 1. Пациентка В.
Системная гипоплазия,
чашеобразная форма,
осложненная кариесом
зуба 1.3



Рис. 2. Пациент Н. Системная гипоплазия, пятнистая форма, осложненная развитием кариозного процесса в зубе 2.2

Пациент Н., 11 лет, обратился с жалобами на боль от химических и термических раздражителей в зубе 2.2. При осмотре на вестибулярной поверхности резцов верхней и нижней челюсти, а также на щечной поверхности моляров видны симметрично



Рис. 3. Пациентка К. Системная гипоплазия, пятнистая форма, осложненная развитием кариозного процесса в зубе 4.3

расположенные пятна на одном уровне (рис. 2). При зондировании зубов эмаль гладкая, плотная, за исключением зуба 2.2 – стенки и дно дефекта шероховатые, неровные. Индекс гигиенического состояния Грина-Вермильона составил 2,3, что соответствует неудовлетворительной гигиене. Поставлен диагноз – системная гипоплазия, пятнистая форма, осложненная развитием кариозного процесса в зубе 2.2. Пациенту проведена профессиональная гигиена полости рта, подобраны средства индивидуальной гигиены. Дефект твердых тканей в зубе 2.2 после препарирования закрыт стеклоиономерным гибридным цементом. Пациент приглашен на осмотр через три месяца.

Пациентка К., 13 лет, обратилась с жалобами на боль от химических и термических раздражителей в зубе 4.3. При осмотре на вестибулярной поверхности всех зубов верхней и нижней челюсти определяются симметрично расположенные пятна (рис. 3). При зондировании зубов эмаль гладкая, плотная. Зуб 2.2 ранее восстановлен композиционным пломбировочным материалом. В пришеечной области зуба 4.3 определяется кариозная полость. Поставлен диагноз – системная гипоплазия, пятнистая форма, осложненная развитием кариозного процесса в зубе 4.3.

Необходимо отметить, что лечение гипоплазии достаточно сложное. Дефекты постоянных зубов можно исправить только с помощью технологии микропротезирования [5].

Гипоплазия эмали является той проблемой, о которой мало говорят, но которая все чаще дает о себе знать. И если кариес и пародонтит сегодня являются «лидерами» по распространенности в детской полости рта, то гипоплазия является «лидером» по количеству неблагоприятных последствий, трудности диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авраменко С.О. Прогнозирование, профилактика и лечение системной гипоплазии временных зубов у детей раннего и дошкольного возраста // Тезисы научно-практической конференции стоматологов Башкортостана // Уфа, 1992. – С. 27-28.
2. Белова Н.А. Кариес зубов у детей с гипоплазией эмали и дентина // Сб.: Профилактика, лечение, исходы и осложнения кариеса зубов. – Пермь, 1987. – С. 25-29.
3. Беляков Ю.А., Елизарова В.М., Кротов В.А., Блиникова О.Е. Наследственная патология эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований // Стоматология. – 2000. – №1. – С.8-9.
4. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека // С.-Петербург, 1996.
5. Виноградова Т.Ф., Уголева С., Казанцев Н.Л., Сидоров А.В., Шевченко М.В. Клинические аспекты применения композитов фирмы «Вивадент» для реставрации зубов // Новое в стоматологии. – 1996. – №3 (47). – С. 41-50.
6. Groshikov M.I. Некариозные поражения тканей зуба // М., Медицина. – 1985. – С. 38-50.
7. Кисельникова Л.П., Ожгихина Н.В. Гипоплазия эмали у детей / Санкт-Петербургский Институт Стоматологии, 2001.
8. Козел О.А. Пятнистая гипоплазия эмали // Совр. стоматология. – 1999. – №1. – С. 13-15.
9. Нападов М.А., Жарова Л.М. Местное лечение гипоплазии эмали // Сб: Методы диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний. – Киев, 1990. – С. 145-148.
10. Овруцкий Г.Д. и др. Способ повышения устойчивости зубов к кариесу при гипоплазии эмали // Метод. рекомендации. – Казань, 1991. – 8 с.
11. Ожгихина Н.В., Кисельникова Л.П., Аничкова И.В. Общие факторы риска возникновения гипоплазии эмали постоянных зубов у детей // Сб. III общероссийская науч.-практ. конф. детских стоматологов. – М., 2001. – С. 94-96.
12. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста / Монография, 2006. – 256 с.
13. Плюхина Т.П. Роль преморбидных факторов в развитии системной гипоплазии эмали несформированных постоянных зубов и частота осложнений ее кариесом / Автореферат диссертации. – Москва, 2005. – 23 с.
14. Фалин Л.И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов // М., Медгиз, 1963.
15. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии: спец. вып. – 1997. – №10. – С. 45-50.
16. Федоров Ю.А., Киброцашвили И.А., Рубежова Н.В. Особенности диагностики, клиники и лечения гипоплазии эмали и сходных с ней состояний зубов // Сб: Актуальные проблемы стоматологии. 14-15 окт. 1998. – Чита. – С. 64-65.