

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

**Синдром Стентона-Капдепона – наследственный опалесцирующий  
дентин. Этиология, патогенез, клиника, диагностика (МКБ-10),  
тактика врача-стоматолога детского.**

Выполнил ординатор  
кафедры-клиники стоматологии ИПО  
по специальности «стоматология детская»  
Сяткина Кристина Геннадьевна  
рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2018

## **Цель:**

Изучить синдром Стентона-Капдепона и сформулировать действия врача-стоматолога при данном заболевании



## **Задачи:**

1. Определить этиологию синдрома Стентона-Капдепона
2. Проанализировать патогенез синдрома Стентона-Капдепона
3. Выявить клинику синдрома Стентона-Капдепона
4. Обозначить методы диагностики синдрома Стентона-Капдепона
5. Сформулировать лечение синдрома Стентона-Капдепона врачом-стоматологом детским

## Актуальность:

Среди заболеваний зубов встречаются такие, предотвратить которые невозможно ни ответственным отношением к вопросу гигиены, ни самыми эффективными зубными пастами, ни регулярными осмотрами у врача-стоматолога. Это наследственные патологии, влияющие на формирование зубных тканей еще на этапе эмбрионального развития плода. К ним относится синдром Стентона-Капдепона. Признаки этого заболевания нарушают эстетику улыбки, развивают у ребенка комплексы относительно своей внешности, мешают ему нормально общаться с окружающими. Но помимо психологического дискомфорта болезнь угрожает здоровью зубов и приносит физические мучения. Врачу-стоматологу детскому очень важно знать все признаки этого синдрома для правильного и эффективного лечения на стадии детского возраста.



## Введение

Наследственное нарушение строения эмали и дентина (синдром Стентона-Капдепона) впервые было описано в 1892 г. Стентоном, а позднее, но более подробно, Капдепоном в 1905 г. Чаще встречается одновременное поражение эмали и дентина зубов. Эта форма нарушения развития зубов характеризуется изменением цвета коронок, рано начинающимся и быстро прогрессирующим стиранием тканей зуба.

Указанная нозологическая форма имеет много названий: бескоронковые зубы; зубы без эмали; коричневые или прозрачные зубы; гипоплазия эмали; неполноценный дентиногенез; гипоплазия дентина; опалесцирующий дентин; наследственное потемнение зубов; болезнь Капдепона; синдром Стентона; одонтопатия мезодермальная и др.



Частота достигает 33 % от всех наследственных нарушений развития зубов.

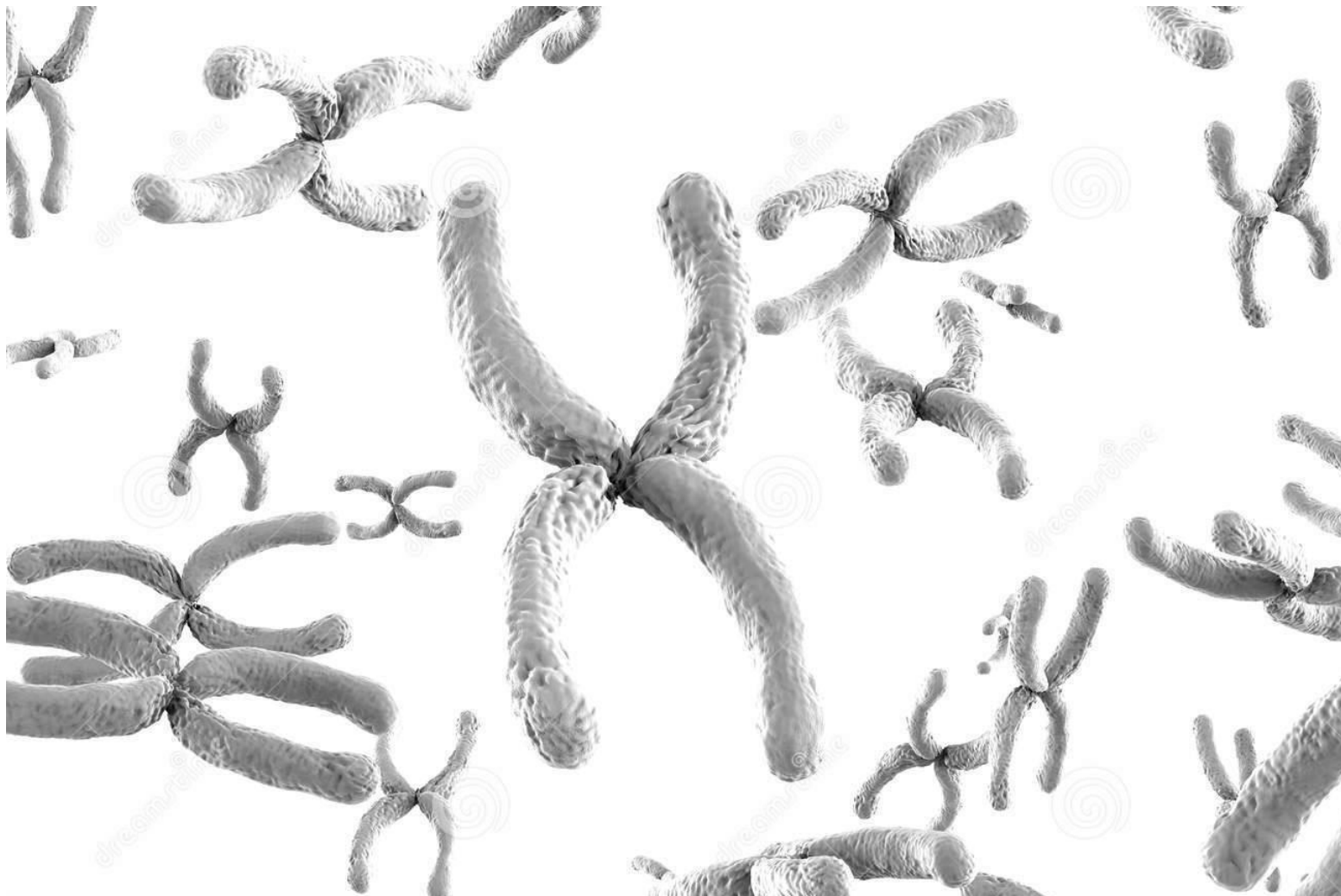
Синдром Стентона-Капдепона – наследственная патология развития зародышевых листов экто- и мезодермы, проявляющаяся сочетанным нарушением амело- и дентиногенеза. Заболевание передается по аутосомно-доминантному типу, поэтому при обнаружении у одного из родителей синдрома Стентона-Капдепона вероятность возникновения одонтопатии у детей составляет 50%. Наследственную аномалию в равной степени выявляют как у девочек, так и у мальчиков. В чистых монголоидных и негроидных расах болезнь Капдепона не встречается. Поражаться могут не только временные, но и постоянные зубы.





# Этиология

Синдром Стентона-Капдепона возникает в результате мутации гена дентин-сиало-фосфопротейна, расположенного на 4 хромосоме и отвечающего за образование специфического матричного белка.



# Патогенез

Гистологически при синдроме Стентона-Капдепона в эмали наряду с бесструктурными участками выявляют зоны с широким расстоянием между эмалевыми призмами. Слой эмали уменьшенной толщины. Соединение эмали с дентином имеет вид прямой линии, чем и объясняется отсутствие прочной связи между твердыми тканями зуба. Слой предентина, как правило, отсутствует. Количество дентинных канальцев резко снижено. Вследствие активного продуцирования заместительного дентина при синдроме Стентона-Капдепона наблюдается облитерация пульповой камеры и кальцификация корневых каналов. Строение одонтобластов нарушено. В цементе наряду с локальными очагами гиперцементоза обнаруживают участки резорбции.



# Клиника

Зубы нормальной величины и формы, но с измененной окраской прорезываются в средние сроки. Интенсивность окраски временных и постоянных зубов у одного и того же больного может быть различной, так же как различные группы зубов могут иметь неодинаковую окраску. Чаще окраска водянисто-серая, иногда с перламутровым блеском или коричневым оттенком. Если источник света расположить сзади зубного ряда, то зубы как бы просвечивают.





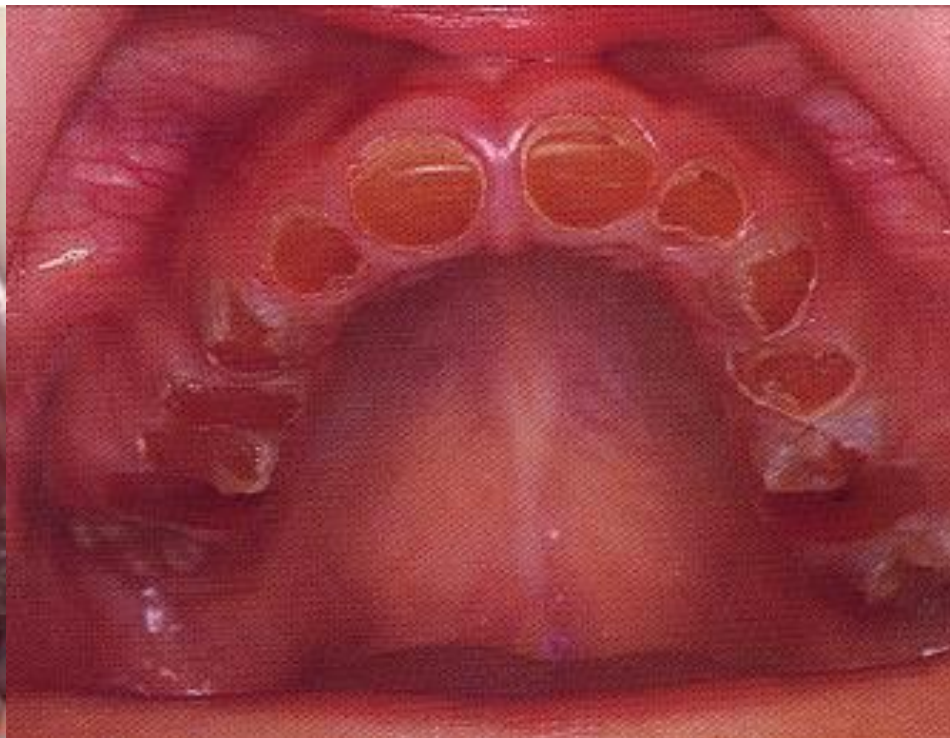
# Клиника

Вскоре после прорезывания эмаль скалывается. У оставшейся эмали края острые. Обнажившийся дентин подвергается усиленному стиранию. Интенсивность стирания у детей различная, что отчасти зависит от прикуса, но главным образом от выраженности структурных нарушений. Исследование микротвердости таких зубов показано, что дентин в 1,5 раза мягче, чем в норме. Поверхность стирающегося дентина блестящая, плоская и гладкая, как бы отполированная, различной окраски от светло - до темно-коричневой. Дентин кажется прозрачным, через него иногда просвечивают контуры полости зуба, также заполненной дентином.



# Клиника

Обнаженный дентин быстро истирается, иногда до такой степени, что мягкая полированная поверхность дентина находится на одном уровне с десной. Постоянные зубы обычно находятся в лучшем состоянии и менее подвергаются истиранию, иногда они выглядят практически здоровыми.



# Клиника

Зубы мало реагируют на механические, химические и температурные раздражители. Жалоба на боль во время еды обычно обусловлена травмой десневых сосочков, выступающих между значительно стертymi зубами. Кариес таких зубов встречается редко. Электровозбудимость пульпы у большинства зубов резко понижена или отсутствует и только в отдельных зубах определяется нормальной.





# Клиника

Длина и форма корней большей частью обычные. Но все же наблюдаются зубы с укороченными тонкими или, наоборот, утолщенными корнями. Последнее происходит за счет толстого слоя цемента.

Коронковая полость и каналы в таких зубах очень узкие, а иногда не проецируется на рентгенограмме. Облитерация полости зуба и каналов начинается, по-видимому, еще в процессе формирования зуба, а не с момента начала стирания коронок. В области верхушек корней при отсутствии кариозного процесса в зубе нередко наблюдаются очаги разрежения костной ткани с четкими или нечеткими контурами. Альвеолярные отростки имеют обычное для данного возраста строение.



# Диагностика

Постановка диагноза синдром Стентона-Капдепона базируется на основании анамнестических данных, клинического осмотра и результатов дополнительных методов исследования. В ходе физикального обследования врач-стоматолог выявляет пигментацию зубов серого, опалесцирующего или коричневого оттенка. Форма зубов правильная. Размеры коронок при синдроме Стентона-Капдепона в пределах нормы. Эмаль тонкая и хрупкая, быстро скалывается после прорезывания, обнажая слой дентина. Вследствие окрашивания дентина зубы становятся темно-коричневыми. В результате повышенного стирания образуются острые края, травмирующие слизистую оболочку полости рта. При синдроме Стентона-Капдепона просвечиваются пульповые камеры.





# Диагностика

На рентгенограмме выявляют снижение высоты корней, сужение полости зуба, облитерацию корневых каналов. Также у пациентов с синдромом Стентона-Капдепона рентгенографически часто обнаруживают периапикальные очаги деструкции костной ткани. Наличие кистозных образований многие ученые связывают не с проникновением инфекции трансдентально при воспалении и распаде пульпы, а с нарушением процессов костеобразования. Результаты ЭОД свидетельствуют о снижении чувствительности пульпы. Дифференцируют синдром Стентона-Капдепона с другими генетически обусловленными пороками развития твердых тканей зубов: несовершенным амелогенезом, 1 и 3 типами несовершенного дентиногенеза, дисплазией дентина. Для выявления наследственных факторов заболевания показана консультация генетика.



# Лечение

При диагностировании синдрома Стентона-Капдепона проводят полноценную комплексную экзо- и эндогенную реминерализующую терапию, которая направлена на восстановление минерального состава эмали и дентина, предотвращение дальнейшего разрушения зубов. Пациенту назначают фосфорно-кальциевые препараты, витамины, микроэлементы для приема внутрь. Поверхность зубов покрывают средствами, содержащими кальций, фтор. В детском возрасте для восстановления коронок наиболее часто применяют стеклоиономерный цемент, что обусловлено хорошей адгезией материала к эмали и дентину, кариеспротекторным эффектом, высокой биосовместимостью.



# Лечение

По мере роста ребенка при выявлении периапикальных изменений показано эндодонтическое лечение с дальнейшим покрытием зубов коронками. Оптимальным методом восстановления эстетики и функции при синдроме Стентона-Капдепона в дальнейшем является протезирование. На боковые зубы изготавливают цельнолитые коронки, фронтальные покрывают коронками из металлокерамики или другого материала. При выявлении перелома корня зуба или в случае неэффективности эндодонтического лечения зуб подлежит удалению. Для замещения дефектов зубных рядов чаще используют съемные протезы. Для нормализации прикуса – используют съемные каппы.



## **Заключение**

Синдром Стентона-Капдепона является наследственным и необратимым заболеванием, поэтому, к сожалению, вылечить зубы полностью, вернув им нормальный вид, невозможно. Лечение синдрома Стентона-Капдепона направлено на сохранение зубов и приостановку деструктивного процесса.





## **Вывод**

Очень важно знать все симптомы для ранней постановки диагноза и незамедлительного начала лечения синдрома Стентона-Капдепона. Эффективность лечения будет зависеть от скорейшего выявления, своевременной реминерализующей терапии в детском возрасте, рационального протезирования в дальнейшем и постоянного наблюдения у врача-стоматолога. Позднее выявление этого заболевания приводит к разрушению и потере зубов.

### **Список литературы:**

- Стоматология детского возраста. / Н.В. Курякина. – Мединформ, 2007. – 632 с.
- Стоматология детского возраста: учебник: в 3 ч. Ч. 1. Терапия. / В.М. Елизарова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 480 с.
- Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. / под ред. В.К.Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с.
- Детская терапевтическая стоматология: учебное пособие. / Л.П. Кисельникова. – Литтерра, 2009. – 208 с.
- Стоматология детского возраста: практическое пособие. / О.Е. Ткачук. – Феникс, 2006. – 304 с.
- Детская стоматология: руководство. / под ред. Р.Р. Велбери, М.С. Даггал. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 456 с.
- Руководство по стоматологии детского возраста. – М.: Медицина, 2017. – 360 с.
- Справочник по детской стоматологии / Под редакцией А. Камерона, Р. Уидмера. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 392 с.

# Спасибо за внимание!

