

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

*Труженица соответствует ОПОП по специальности
стоматология детская.
Тема раскрыта не полностью. Список литературы
состоит из 5 источников, 4 источника (2001-2006 гг.)
имеют орфографические ошибки
Оценка "удовлетворительно".*

Некариозные поражения твердых тканей зубов. Этиология,
патогенез, клиника, диагностика некариозных поражений
твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания. 12.12.192

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология детская»
Ливанова Александра Петровна
рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2019

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

Некариозные поражения твердых тканей зубов. Этиология,
патогенез, клиника, диагностика некариозных поражений
твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология детская»
Ливанова Александра Петровна
рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2019

Цель

Изучить некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания.

Задачи

1. Определить этиологию некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания;
2. Проанализировать патогенез некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания;
3. Выявить клинику некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания;
4. Обозначить методы диагностики некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания.

Классификация

По предложению В. К. Патрикеева (1968), некариозные поражения зубов соответственно времени их возникновения следует подразделить на две основные группы:

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

- гипоплазия;
- гиперплазия эмали;
- эндемический флюороз зубов;
- аномалии размера и формы зубов;
- изменения цвета зубов;
- наследственные нарушения развития зубов.

2. Поражения зубов, возникающие после их прорезывания:

- пигментация зубов и налеты;
- стирание твердых тканей;
- клиновидный дефект;
- эрозия зубов;
- некроз твердых тканей зубов;
- травма зубов;
- гиперестезия зубов.

Пигментация зубов и налеты

Здоровые зубы в норме имеют белый цвет с различного рода оттенками от голубовато-белого (временные зубы) до бело-серого и даже желтоватого (постоянные зубы).

На изменение цвета зуба влияют многие эндогенные факторы. Так, зубы могут окрашиваться в розовый цвет при кровоизлияниях в пульпу в результате тяжело протекающего вирусного гепатита. Желтый оттенок приобретают зубы при проникновении пигментов при желтухе. Длительный прием антибиотиков тетрациклиновой группы будущей матерью (в последние 6 мес. беременности), а также детьми дошкольного возраста способствует изменению цвета молочных и постоянных зубов ребенка в серовато-желтый цвет. Изменение цвета зубов происходит и после некроза пульпы, когда в результате проникновения продуктов гнилостного распада через дентинные каналы эмаль зуба становится более тусклой.



К внешним факторам, способным изменять цвет эмали зуба на тот или иной срок, относятся пищевые и лекарственные вещества. Ряд лекарственных препаратов, которые используют стоматологи для проведения эндодонтических процедур, также могут на длительный срок изменять нормальный цвет эмали и дентина. Оранжевый цвет твердых тканей зуба может иметь место после применения резорцин-формалинового метода с целью медикаментозной обработки корневых каналов малых и больших коренных зубов или пломбирования каналов этих зубов резорцин-формалиновой пастой. Зуб может потемнеть также в результате окисления в канале обломков мелких металлических эндодонтических инструментов (корневые иглы, пульпоэкстракторы и др.) или при использовании для пломбирования каналов штифтов из неблагородных металлов.



Стирание твердых тканей зуба

Стирание тканей зуба происходит у каждого человека, что является результатом физиологической функции жевания. Проявляется физиологическое стирание в первую очередь на буграх жевательной поверхности малых и больших коренных зубов, а также по режущему краю и буграм клыков. Кроме того, физиологическая поверхность зубов в норме приводит к образованию небольшой площадки на выпуклой части коронки на месте соприкосновения (точечного контакта) с соседним зубом.

Физиологическое стирание зубов наблюдается как во временном, так и в постоянном прикусе. Наряду с физиологическим встречается патологическое стирание, когда наблюдается интенсивная убыль твердых тканей в одном, в группе или во всех зубах.

Причинами повышенного стирания могут быть состояние прикуса, перегрузка вследствие утраты зубов, неправильная конструкция протезов, бытовые и профессиональные вредные воздействия, а также формирование неполноценных тканевых структур.

Начальным клиническим проявлением стирания зубов служит повышенная чувствительность их к температурным раздражителям. По мере углубления процесса могут присоединяться боли от химических раздражителей, а затем и механических.

При прямом прикусе стиранию подвергаются жевательная поверхность боковых и режущие края передних зубов.

По мере того, как с возрастом происходит стирание бугров жевательной поверхности, истирание резцов интенсивно прогрессирует. Вместо режущего края на резцах образуются значительные площадки, в центре которых виден дентин. После обнажения дентина его стирание идет более интенсивно, чем эмали, в результате этого образуются острые края эмали, которые часто травмируют слизистую оболочку щеки и губ. Если лечение не проводится, то стирание тканей быстро прогрессирует и коронки зубов становятся значительно короче. В таких случаях наблюдаются признаки уменьшения нижней трети лица, что проявляется в образовании складок у углов рта. У лиц со значительным снижением прикуса могут наступить изменения височно-нижнечелюстного сустава и как следствие этого возникнуть жжение или боль слизистой оболочки рта, снижение слуха и другие симптомы, характерные для синдрома заниженного прикуса.



Клиновидный дефект

Название этого патологического изменения обусловлено формой дефекта твердых тканей зуба (вид клина). Ранее высказывались различные предположения о причине возникновения этого дефекта. В настоящее время все более широкое признание получает точка зрения, что клиновидный дефект возникает под воздействием механических факторов. В частности, считают, что дефект образуется в результате воздействия зубной щетки.

Клиновидный дефект в большинстве случаев не сопровождается болевыми ощущениями. Иногда больные указывают только на дефект ткани у шейки зуба. Обычно он прогрессирует медленно, а при углублении контур не изменяется и не возникает распада и размягчения. В редких случаях появляется быстро проходящая болезненность от температурных, химических и механических раздражителей. Спокойное течение или появление болей зависит от быстроты убыли твердых тканей. При медленном истирании, когда интенсивно откладывается заместительный дентин, боли не возникают. В тех случаях, когда заместительный дентин откладывается медленнее, чем происходит истирание тканей, возникают болевые ощущения.

Дефект образуется придесневой плоскостью, которая расположена горизонтально, и второй плоскостью, расположенной под острым углом. Стенки дефекта плотные, блестящие, гладкие. В тех случаях, когда дефект подходит близко к полости зуба, видны ее контуры. Однако полость зуба никогда не вскрывается. Клиновидный дефект может достигать такой глубины, что под влиянием механической нагрузки может произойти отлом коронки зуба. В большинстве случаев зондирование безболезненно, но болезненные ощущения могут возникать в момент действия раздражителя. Так же больные жалуются на эстетическую неполноценность внешнего вида передних зубов.

Дифференцируют клиновидный дефект от заболеваний некариозного происхождения: эрозии твердых тканей зубов, пришеечного некроза эмали, кариеса зубов (поверхностного и даже среднего).

При дифференциации от кариеса необходимо учитывать типичную локализацию клиновидного дефекта на обнаженных шейках зубов и более разнообразную локализацию кариозных очагов. Характерна также форма клина при выраженном истирании твердых тканей. Начальные проявления этих двух заболеваний весьма сходны и выражаются в шероховатости и незначительной убыли тканей зуба. Тем не менее при клиновидном дефекте шероховатость постепенно сглаживается, а стенки и дно уплотняются, при поверхностном кариесе углубление очага деминерализации сопровождается образованием размягченной ткани с неровными, как бы подрытыми краями эмали. При поверхностном кариесе более характерна боль от химических факторов, а при клиновидном дефекте — от всех видов раздражителей.

Более сложна дифференциальная диагностика клиновидного дефекта и эрозии твердых тканей зуба. И при одном, и при другом заболевании убыль зубных тканей не сопровождается размягчением дна и стенок элемента поражения. Оба заболевания нередко сопровождаются гиперестезией твердых тканей.

Различием для указанных заболеваний является локализация очага поражения и его внешний вид. Клиновидный дефект никогда не распространяется по всей вестибулярной поверхности коронки зуба, как это иногда наблюдается при эрозиях. Форма дефекта при типичной эрозии блюдцеобразная, при клиновидном дефекте истирание твердых тканей имеет V-образную форму. Резцы нижней челюсти эрозиями не поражаются, а истирание при клиновидных дефектах отмечается именно на этих зубах.

Эрозия зубов

Эрозия зубов — прогрессирующее поражение эмали и дентина невыясненной этиологии. Бауме, Порт и Эйлер полагали, что эрозии возникают при неправильной чистке зубов, при механическом воздействии. Определенную роль при этом придают большому употреблению цитрусовых, фруктовых соков и т.п. Имеют значение неблагоприятные факторы производственной среды, а также поверхностно-активные вещества как в сфере их производства, так и в составе гигиенических средств. И все же многие авторы не склонны считать, что возникновение эрозий зубов является местным, чисто механическим или химическим процессом, а предпочитают отнести эту проблему к разряду нерешенных. Д.А.Энтин видел причину эрозии в нейродистрофических процессах, которые вызывают декальцинацию твердых тканей зуба. Эрозии чаще возникают у людей более старшего возраста на вестибулярной поверхности центральных и боковых резцов верхней челюсти, встречаются они на клыках и премолярах. Иногда поражение бывает симметричным. Их возникновение может быть связано с нарушением минерального обмена вследствие эндокринных или других нарушений в организме и соответственно в пульпе зуба.

Ю .М.Максимовский детализирует клиническое проявление эрозий и различает 3 степени поражения, исходя из глубины дефекта твердых тканей:

1. Начальная степень, поражение поверхностных слоев эмали;
2. Средняя степень, поражение всей толщи эмалевого слоя вплоть до эмалево-дентинной границы;
3. Глубокая степень, поражение эмали и дентина.

При 1 и 2 степенях очаг поражения белого цвета с блестящей поверхностью, при 3 степени — появляется коричневая или светло-желтая пигментация.

Начальная стадия развития эрозии характеризуется потерей блеска на определенном, ограниченном участке вестибулярной поверхности зуба. Если зуб хорошо высушить, то этот участок будет заметен. Его границы можно выявить с помощью индекса реминерализации — 5% настойкой йода: появляется желтая или коричневая окраска. Чаще всего эрозии появляются на клыках, премолярах, резцах, но могут быть и на других зубах. Развившаяся эрозия представляет собой дефект эмали округлой формы, который расположен в косом или поперечном направлении наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности эмали зуба. Обычно дно эрозии гладкое, блестящее, твердое. Постепенное расширение и углубление ее может привести к полной потере эмали и обнажению дентина на вестибулярной поверхности зуба. Эрозии нередко сочетаются со стиранием режущих краев коронок, резцов и бугров моляров. Болевые ощущения нередко отсутствуют или слабо выражены, однако встречается достаточно сильная гиперестезия дентина.



Некроз твердых тканей зубов

Проявление некроза начинается с потери блеска эмали и появления меловидных пятен, которые затем становятся темно-коричневыми. В центре очага поражения наблюдаются размягчение и образование дефекта. При этом эмаль становится хрупкой, откалывается экскаватором. Дентин также пигментируется. Обычно поражается много зубов. При этом больные жалуются на боли от температурных, механических и химических раздражителей, быстро проходящие после их устранения.

Считают, что подобные проявления возникают на фоне нарушения или перестройки функций желез внутренней секреции (щитовидной, половых), в период беременности и др. Характерно образование очагов некроза ткани на вестибулярной поверхности в области шеек резцов, клыков, малых коренных и значительно реже больших коренных зубов



Травма зубов

Острая травма

Острая травма зуба — возникает от одномоментно действующей причины. Нередко больные обращаются за помощью не сразу, а спустя длительный период времени. Это затрудняет диагностику и лечение таких поражений. Вид травмы зависит от силы удара, его направления, места приложения. Большое значение имеет возраст, состояние зубов и пародонта. Острая травма в 32 % случаев служит причиной разрушения и утраты передних зубов у детей.

В молочных зубах наиболее часто встречается вывих зуба, затем перелом, реже отлом коронки. В постоянных зубах по частоте следуют отлом части коронки, затем вывих, ушиб зуба и перелом корня зуба. Травма зубов бывает у детей различного возраста, однако молочные зубы чаще травмируются в возрасте от 1 до 3 лет, а постоянные в 8–9 лет.

Ушиб зуба. В первые часы возникает значительная болезненность, усиливающаяся при накусывании. Иногда в результате ушиба наступает разрыв сосудистого пучка, может быть кровоизлияние в пульпу. Состояние пульпы определяют путем определения ее электровозбудимости, которое проводят через 2–3 дня после травмы.

Вывих зуба. Это смещение зуба в лунке, возникающее при боковом или вертикальном направлении травмирующей силы.

Различают вывих полный, неполный и вколоченный. Вывих может быть изолированным или в сочетании с переломом корня зуба, альвеолярного отростка или тела челюсти.

Полный вывих зуба характеризуется выпадением его из лунки.

Неполный вывих — частичное смещение корня из альвеолы и всегда сопровождается разрывом волокон периодонта на большем или меньшем протяжении.

Вколоченный вывих проявляется частичным или полным смещением зуба из лунки в сторону тела челюсти, приводящим к значительному разрушению костной ткани.

Больной жалуется на болезненность одного зуба или группы зубов, возникновение значительной подвижности. Точно указывает время возникновения и причину



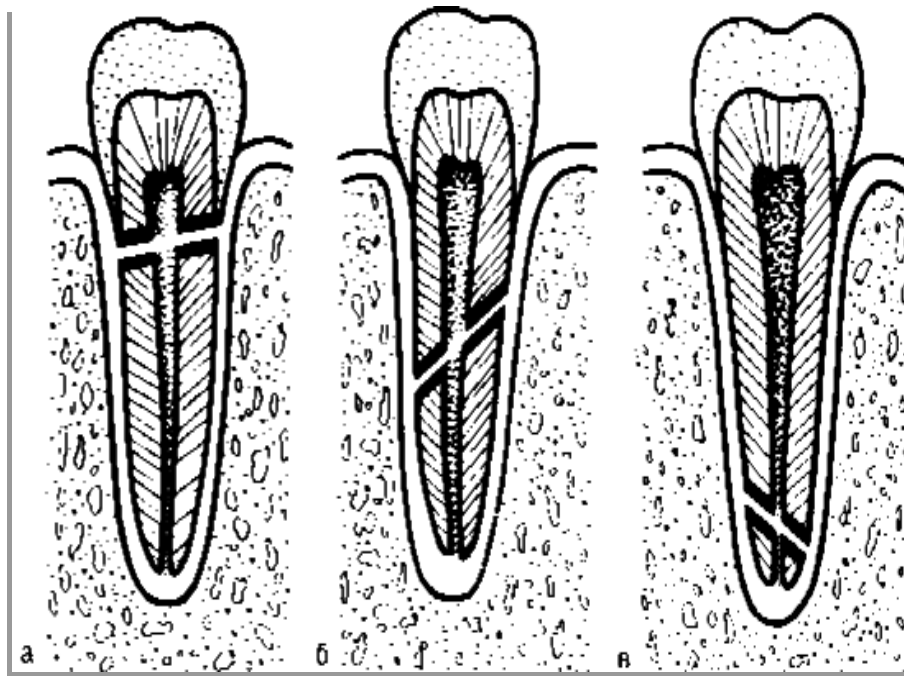
Перелом зуба

Отлом коронки не представляет собой затруднений для диагностики. Объем и характер лечебного вмешательства зависят от потери тканей. При отломе части коронки без вскрытия пульповой камеры ее восстанавливают с использованием композиционного пломбировочного материала. Обнаженный дентин покрывают изолирующей прокладкой, а затем накладывают пломбу.

Если во время травмы вскрывается полость зуба, то в первую очередь производят обезболивание и удаление пульпы, если нет показаний и условий к её сохранению, канал пломбируют. С целью улучшения условий для фиксации пломбы может быть изготовлен штифт, который фиксируют в канале. Утраченную часть коронки восстанавливают композиционным пломбировочным материалом. Кроме того, может быть изготовлена вкладка или искусственная коронка.



Перелом корня зуба может быть поперечным, продольным, косым, оскольчатым. От вида перелома и его места зависит диагностика, а главное, возможность сохранения и использования корня. Решающим в диагностике является рентгенологическое исследование. Наиболее неблагоприятными являются продольный, оскольчатый и диагональный косой переломы, при которых нельзя использовать корни под опору. При поперечном переломе многое зависит от его уровня. Если поперечный перелом произошёл на границе верхней 1/3-1/4 длины корня или на середине, то после трепанации зуба и удаления пульпы канал пломбируют, а отломки соединяют специальными штифтами или штифтами из кламмерной проволоки. При поперечном отломе в ближней к верхушке четверти корня достаточно запломбировать канал большего отлома. Верхушечную часть корня можно оставить без вмешательства.



Гиперестезия зубов

Гиперестезия — повышенная чувствительность тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям.

Наиболее часто это явление наблюдается при патологии зубных тканей некариозного происхождения, а также при кариесе и болезнях пародонта.

При кариесе повышенная чувствительность может быть в одном каком-либо участке. Очень часто гиперестезия наблюдается при истирании тканей зуба, когда убыль эмали достигает дентиноэмалевой границы. Однако не при всех видах истирания повышенная чувствительность выражена одинаково. Так, при эрозии эмали гиперестезия наблюдается часто, в то время как при клиновидном дефекте она почти не встречается.

Гиперестезия проявляется разнообразно. Обычно больные жалуются на интенсивные, но быстро проходящие боли от действия температурных (холодное, теплое), химических (кислое, сладкое, соленое) или механических раздражителей.

При осмотре, как правило, выявляются изменения в структуре твердых тканей зуба или состоянии пародонта. Чаше всего наблюдается убыль твердых тканей на жевательной поверхности или у режущего края. Однако часто убыль тканей может быть на вестибулярной поверхности резцов, клыков и малых коренных зубов.

Во всех случаях обнаженный дентин твердый, гладкий, блестящий, иногда слегка пигментированный. При зондировании участка обнаженного дентина возникает болезненность, иногда очень интенсивная, но быстро проходящая. Воздействие холодного воздуха, а также кислого или сладкого вызывают болевую реакцию.

Выводы

Очень важно знать клинику и этиологию некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания для ранней постановки диагноза и незамедлительного начала лечения от этого и будет зависеть эффективность лечения.

Список использованных источников

- Курякина, Н. В. Терапевтическая стоматология детского возраста : Медицинская книга / Н. В. Курякина. – Нижний Новгород. : НГМА, 2004. - 744 с.
- Михальченко В. Ф., Алешина Н. Ф., Радышевская Т. Н., Петрухин А. Г. Болезни зубов некариозного происхождения : Учебное пособие / В. Ф. Михальченко, Н. Ф. Алешина, Т. Н. Радышевская, А. Г. Петрухин.- Волгоград. : 2005. - 89 с.
- Боровский, Е. В., Иванов, В. С., Максимовский, Ю. М., Максимовская, Л. Н. Терапевтическая стоматология : Учебная литература для студентов медицинских вузов / Е. В. Боровский, В. С. Иванов., Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская. – Москва. : Медицина, 2001. – 789 с.
- Елизарова, В. М. Стоматология детского возраста : учебник: в 3 ч. Ч. 1. Терапия / В. М. Елизарова. – Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –480 с.
- Ткачук, О. Е. Стоматология детского возраста : практическое пособие. / О. Е. Ткачук. –Феникс, 2006. – 304 с.

Спасибо за внимание!

