

Семелева Жанна Александровна

студентка

Галегашвили Лейла Нугзаровна

студентка

Матыкина Марина Константиновна

студентка

Зюлькина Лариса Алексеевна

канд. мед. наук, доцент, декан, заведующая кафедрой

Медицинский институт

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

г. Пенза, Пензенская область

**СИСТЕМНАЯ И МЕСТНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ:
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.
ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ
И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ**

Аннотация: в статье говорится об основах симптоматики, этиологии, патогенеза и клинической картины при заболеваниях системной и местной гипоплазией эмали. Авторами описаны методы лечения и профилактики данной патологии.

Ключевые слова: гипоплазия эмали, проявление гипоплазии зубов, диспансерное наблюдение, лечение гипоплазии эмали.

Гипоплазия эмали – это тяжелый порок развития эмали, необратимого характера. Гипоплазия эмали служит результатом нарушений обмена веществ, происходящих в зубах во время их развития. Гипоплазию классифицируют как системную, местную и очаговую [1]. Главными причинами развития гипоплазии принято считать заболевания женщины во время беременности, заболевания ребенка до 1 года, нарушение питания. Гипоплазия имеет свойство развиваться не только на поверхности временных зубов, она может затрагивать и постоянные зубы.

Клиническая картина патологических проявлений гипоплазии носит вариабельный характер [2]. Форма дефекта может быть представлена пятнами, бороздами, округлыми и чашеобразными дефектами. В связи с этим в 1929 году В. С. Агапов систематизировал классификацию, в которой четко охарактеризовал 5 форм гипоплазии: пятнистую, волнистую, чашеобразную, бороздчатую и краевую.

В клинической практике большое значение имеет степень тяжести проявления заболевания. Проявления гипоплазии эмали имеют три степени тяжести:

- 1) легкая степень или пятнистая эмаль;
- 2) средняя степень, характеризуется небольшими дефектами эмали;
- 3) тяжелая степень – вплоть до полного отсутствия эмали.

Обращая пристальное внимание на локализацию дефектов, можно спрогонзировать возрастной промежуток, в течение которого произошли нарушения обменных процессов в фолликуле. Ширина форменного элемента охарактеризует временной промежуток нарушений, который повлек за собой развитие системной гипоплазии.

Системная гипоплазия способна приводить к изменению формы зубов [4]. Данные формы были подробно описаны и носят авторские названия, – это зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье. При системной гипоплазии по результатам исследования слюны были выявлены неспецифические иммунологические показатели в виде подавления активности лизоцима и снижения уровня секреторного иммуноглобулина A [5].

Местная гипоплазия проявляется патологическими изменениями в области одного или двух зубов. Наиболее частой причиной возникновения местной гипоплазии является механическая травма развивающегося фолликула. Наиболее часто поражаются малые коренные зубы. Отличительной особенностью местной гипоплазии эмали является то, что на временных зубах данная форма гипоплазии не развивается.

Очаговая гипоплазия (региональная одонтодисплазия) очень редко встречается [3]. Может быть обнаружена у практически здоровых детей. Поражается

группа зубов одного или разного периода развития, как временных, так и постоянных зубов. Частой причиной является остеомиелит челюсти новорожденных. Наиболее часто поражению подвержены резцы, клыки или постоянные моляры, реже все зубы одной половины челюсти. Коронки пораженных зубов уменьшены в размерах, имеют желтоватую окраску и шероховатую поверхность. На рентгенограмме: твердые ткани истончены, коронки зубов укорочены, каналы более широкие. Плотность эмали на различных участках не одинакова.

Диагностика гипоплазии должна включать в себя:

- тщательный сбор анамнеза – это позволит определить сроки возникновения заболевания и выделить факторы, способствующие развитию патологии;
- полный осмотр зубов с целью выявления симметричности поражения, локализации дефекта;
- зондирование поверхности дефекта: при гипоплазии дефект имеет гладкую поверхность;
- оценить площадь повреждения, так как от этого будет зависеть тактика последующего восстановительного лечения.

Лечение проводится в зависимости от степени поражения. При легкой форме, когда обнаруживаются пятна, представляющие собой косметический дефект, а целостность эмалевого слоя не нарушена – показаны следующие виды лечения: отбеливание, сошлифование пятен, реминерализующая терапия. При средней и тяжёлой формах гипоплазии рассматриваются методики восстановления с помощью композиционных материалов – художественная реставрация зубов, восстановление с помощью виниров.

С целью профилактики гипоплазии молочных зубов необходимо на этапе планирования беременности заострить внимание на состоянии здоровья будущей мамы, особое значение стоит придать ОРВИ и краснухе (эти заболевания являются одними из самых значимых в патогенезе гипоплазии эмали) [5]. На этапе зачатия и вынашивания следует тщательно следить за здоровьем, соблюдать режим посещений лечащего врача. Необходимо поддерживать

рациональное сбалансированное питание, принимать лекарственные препараты только после консультации с врачом акушером-гинекологом.

Профилактика для ребенка заключается в:

Соблюдении гигиены полости рта: родители должны очищать все поверхности каждого прорезавшегося зуба специальными детскими щетками-напалечниками или марлевым тампоном.

Снизить количество легко ферментируемых углеводов в рационе ребенка

Проводить курсы реминерализующей терапии. Если же на этапе осмотра ребенка уже обнаруживается поражение зубов гипоплазией эмали, помимо соблюдения правил гигиены и реминерализующей терапии необходимо провести сошлифование острых нависающих краев эмали во избежание травмирования слизистой ротовой полости.

Реминерализующую терапию детям с гипоплазией эмали необходимо проводить как местную, так и общую [5], начиная с первого года жизни.

Обучить ребенка методике чистки зубов, дать рекомендации по использованию возможных средств гигиены согласно его возрасту

Особенности диспансеризации детей с гипоплазией эмали. Диспансеризация включает в себя пять этапов: отбор, наблюдение, оздоровление, планирование и управление диспансеризацией.

Новорождённых детей осматривает медицинская сестра 3 раза, педиатр (на дому) – 2 раза. В этот период необходимо выявить признаки врожденной патологии, аномалии развития, и при их наличии получить консультацию соответствующего специалиста, чтобы приступить к их коррекции.

Детей возрастом до 2 лет осматривает педиатр раз в 1 месяц в комнате здорового ребенка в детской консультации или в поликлинике. Врач обучает родителей технике массажа, способам закаливания, приемам для формирования нормальной функции сосания, кормлению с ложки и из чашки, корректному использованию пустышки, формированию правильной позы во время сна и при кормлении, устранению вредных привычек [5].

При гипоплазии эмали частота осмотра специалистами зависит от принадлежности к диспансерной группе – от 2 до 6 раз в год. Необходимо отмечать клинические признаки прогрессирования заболевания: проявление кариеса на участках эмали, а также на неизмененных поверхностях, развитие гиперестезии твердых тканей зуба [3]. К дополнительным методам обследования можно отнести проведение ЭОД и рентгенографического исследования (по показаниям).

Несмотря на достижения стоматологии как науки и совершенствования методов исследования, этиология, клиническая картина и патогенез гипоплазии эмали остаются до конца не изученными. Было предпринято множество попыток рационально классифицировать данную патологию эмали зубов.

Также в литературе часто обсуждается вопрос клинических проявлений и критериев диагностики, однако данные вопросы остаются открытыми до сих пор, так как носят противоречивый характер. В качестве примера служит дискуссия об осложнении гипоплазии эмали кариозным процессом. По современным представлениям, возникновение системной гипоплазии принято связывать с общесоматическими заболеваниями матери и ребенка, однако остается неясным – является ли системная гипоплазия эмали диагностическим признаком этих заболеваний, или она отражает преморбидный фон состояния здоровья с прогностическим развитием в дальнейшем патологии зубов.

Список литературы

1. Авраменко С.О. Прогнозирование профилактика и лечение системной гипоплазии зубов у детей раннего и дошкольного возраста // Тезисы научно-практической конференции стоматологов. – Уфа, 1992. – С. 27–28.
2. Белова Н.А. Кариес молочных зубов у детей с гипоплазией эмали и дентина // Профилактика, лечение, исходы и осложнения кариеса зубов. – Пермь, 1987–1993. – С. 5.
3. Боровский Е.В. Проблема биологии эмали зуба / Е.В. Боровский, В.И. Гарджа // Стоматология. – 1984. – №4. – С. 5–20.

4. Нападов М.А. Местное лечение гипоплазии эмали / М.А. Нападов, Л.М. Жарова // Метод. рекомендации. основных стоматологических заболеваний. – Киев, 1990. – С. 145–148.
5. Плюхина Т.П. Роль преморбидных факторов в развитии системной гипоплазии эмали несформированных постоянных зубов и частота осложнений ее кариесом: Автореф. дис. – М., 2005. – С. 23.