

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ДЕНТИНА ЗУБОВ

Дмитроченко А. П., Наумович С.А.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра ортопедической стоматологии.

Большое значение в медицине и в стоматологии приобретают наследственные болезни [1,2,3]. Это болезни, этиологическим фактором которых являются мутации. Наследственные нарушения развития твердых тканей зубов встречаются достаточно редко, однако они неизменно вызывают определенные проблемы у практических врачей, начиная с диагностики и заканчивая прогнозом данного заболевания.

Известные классификации наследственных нарушений развития твердых тканей зубов многочисленны и многообразны. Существует большое клиническое разнообразие наследственных нарушений развития твердых тканей зубов, что создает определенные сложности проведения диагностики.

Виноградова Т.Ф. (1987) предлагает классифицировать наследственные аномалии строения зубов следующим образом [3]: 1. Синдром Стентона—Капдепона (наследственное нарушение строения эмали и дентина одновременно); тип наследования - аутосомно-доминантный; 2. Несовершенный амелогенез гипопластического типа; наследование рецессивное, сцепленное с X-хромосомой и аутосомно-доминантное; 3. Несовершенный дентиногенез гипопластического типа, наследование рецессивное.

В настоящее время в стоматологической литературе получила распространение следующая классификация наследственных нарушений развития дентина зубов (Беляков Ю.А. с соавторами (1993) [2]):

1. Несовершенный дентиногенез 1 типа; 2. Наследственный опалесцирующий дентин (несовершенный дентиногенез 2 типа, дисплазия Капдепона); 3. Корневая дисплазия дентина (дисплазия дентина 1 типа, бескорневые зубы); 4. Коронковая дисплазия дентина (дисплазия дентина 2 типа, дисплазия полости зуба).

Наследственный опалесцирующий дентин. Характерный признак – это опалесценция или просвечивание зубов, окраска эмали водянисто-серая. Клинически отмечают повышенную стираемость окклюзионной поверхности зубов, окрашивание обнаженного дентина в коричневый цвет. Коронки зубов нормальных размеров, нередко шаровидной формы. Корни зубов несколько тоньше и короче чем в норме; в периапикальной области могут наблюдаться очаги разрыхления костной ткани при отсутствии кариозных поражений. Полость зуба и корневые каналы уменьшены в размерах за счет отложения заместительного дентина. Популяционная частота – 1:8000.

Несовершенный дентиногенез 1 типа. Наследственный опалесцирующий дентин может быть одним из компонентов несовершенного остеогенеза, редкого заболевания. Изменения в постоянных зубах наблюдаются у 35% пациентов. Характерна триада симптомов: голубые склеры, патологическая ломкость костей и развитие отосклероза. Популяционная частота 1:50 000.

Корневая дисплазия дентина. Коронки временных и постоянных зубов не изменены, но иногда незначительно отличается их цвет. Полости постоянных зубов могут быть в виде полумесяца, что является характерным признаком этого заболевания. Постоянные однокорневые зубы имеют короткие, конусообразные, резко сужающиеся у верхушки корни, корни жевательных зубов имеют форму W. Зубы вскоре после прорезывания становятся подвижными и выпадают. Популяционная частота 1:100 000.

Коронковая дисплазия дентина. Полость зуба облитерирована. Постоянные зубы имеют нормальный цвет. Рентгенологически всегда определяют полость зуба, но часто в ней попадают дентикли. Участки просветления у верхушек корней интактных зубов встречаются значительно реже, чем при дисплазии дентина 1 типа.

Выделяют также наследственные нарушения развития эмали и дентина [2]: 1. Одонтодисплазия; 2. Очаговая одонтодисплазия.

В соответствии с классификацией ВОЗ выделяют следующие категории нарушения формирования зубов [1]: 1. Несовершенный дентиногенез, изменения в зубах при незавершенном остеогенезе; 2. Другие наследственные

нарушения структуры зуба, дисплазия дентина, раковинные зубы; 3. Наследственные нарушения структуры зуба (неуточненные); 4. Гипоплазия эмали; 5. Пренатальная гипоплазия эмали; 6. Неонатальная гипоплазия эмали; 7. Аплазия и гипоплазия цемента; 8. Дилацерация (трещины эмали); 9. Одонтодисплазия (региональная одонтодисплазия); 10. Зуб Тернера; 11. Другие уточненные нарушения формирования зубов; 12. Незавершенный амелогенез.

Выводы

Врожденные пороки развития зубочелюстной системы – важная проблема практической стоматологии. Большинство наследственных синдромов диагностируют на основании характерной клинической картины. Наряду с этим знание специфики стоматологических изменений будет способствовать постановке более точного диагноза специалистом в области медицинской генетики. Знать наследственные синдромы и их проявления в полости рта и челюстных костях стоматологу необходимо, чтобы правильно определить клинический диагноз и выбрать своевременное комплексное лечение: терапевтическое, ортопедическое или хирургическое.

Список литературы.

1. Акуленко Л.В., Богомазов Е.А., Захарова О.М. и др. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов: учебное пособие / Под ред. О.О. Янушевича.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.-400с.
2. Беляков Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов. – М.: Медицина.-1993.- 256с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ Под ред. Е.В. Боровского. - М.: «Медицинское информационное агентство», 2007.- С.172-175.

