

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ЗУБОВ

Анохина А.В.

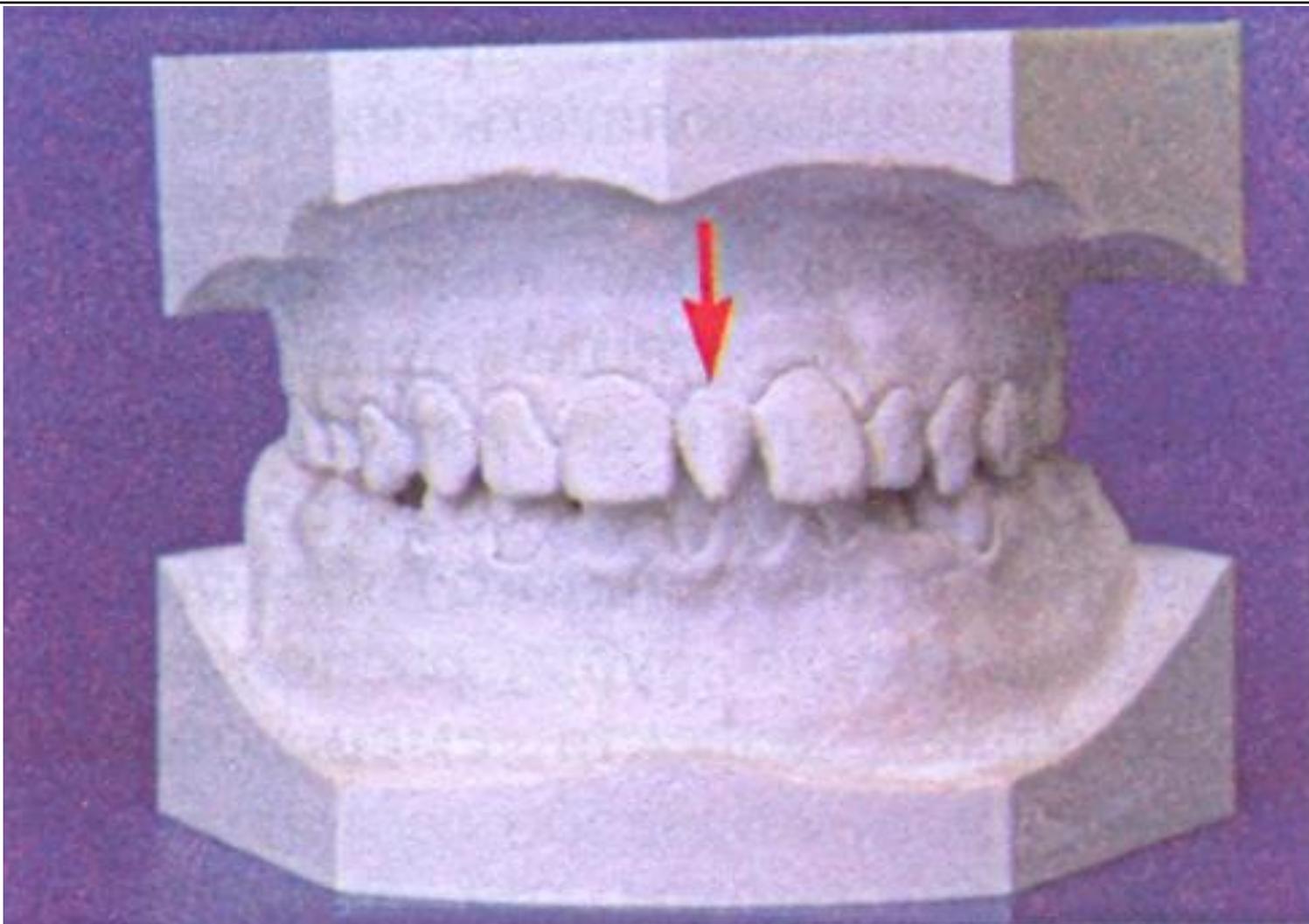


Аномалии зубов могут возникать от начала закладки зачатков зубов до полного их прорезывания и установления в зубном ряду. Различают аномалии количества зубов, их размеров, формы аномалии структуры твердых тканей зубов, и сроков их прорезывания.

Аномалии количества зубов

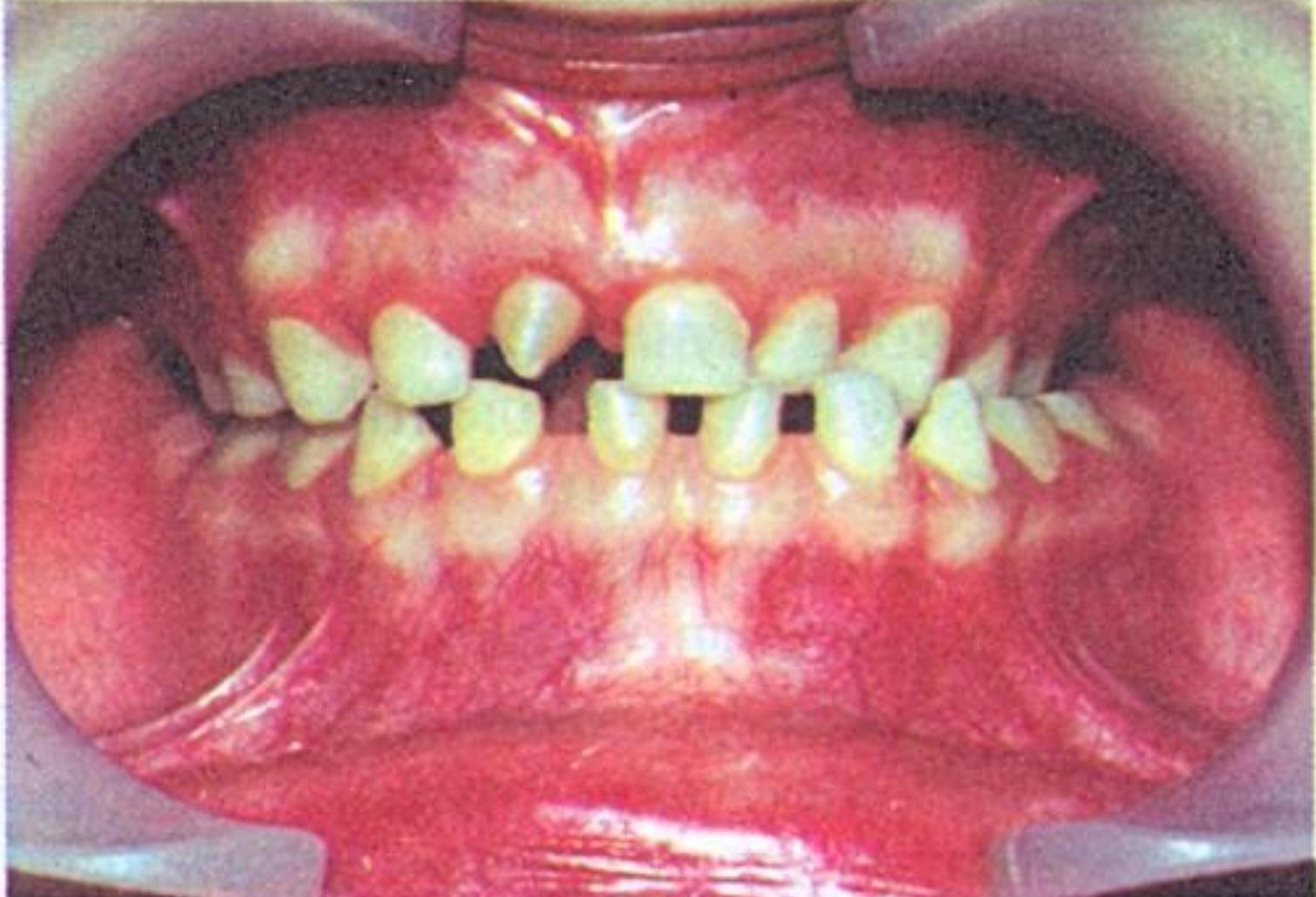
К аномалиям количества зубов относят увеличение (гиперодонтия), уменьшение (гиподонтия) или отсутствие зубов (адентия) по сравнению с нормой.

Гиперодонтия или сверхкомплектные зубы





Зубы, прорезавшиеся сверх нормального количества, называются сверхкомплектными. В периоде прикуса молочных зубов это явление крайне редкое. Гиперодонтия выявляется при осмотре рта. В основном сверхкомплектные зубы прорезываются вне зубного ряда, вызывая различные смещения рядом расположенных комплектных зубов





Иногда они прорезываются в зубном ряду, практически не вызывая нарушений.

Часто сверхкомплектные зубы не прорезываются, оставаясь в толще костной ткани челюсти и, как правило, занимая атипичное положение.

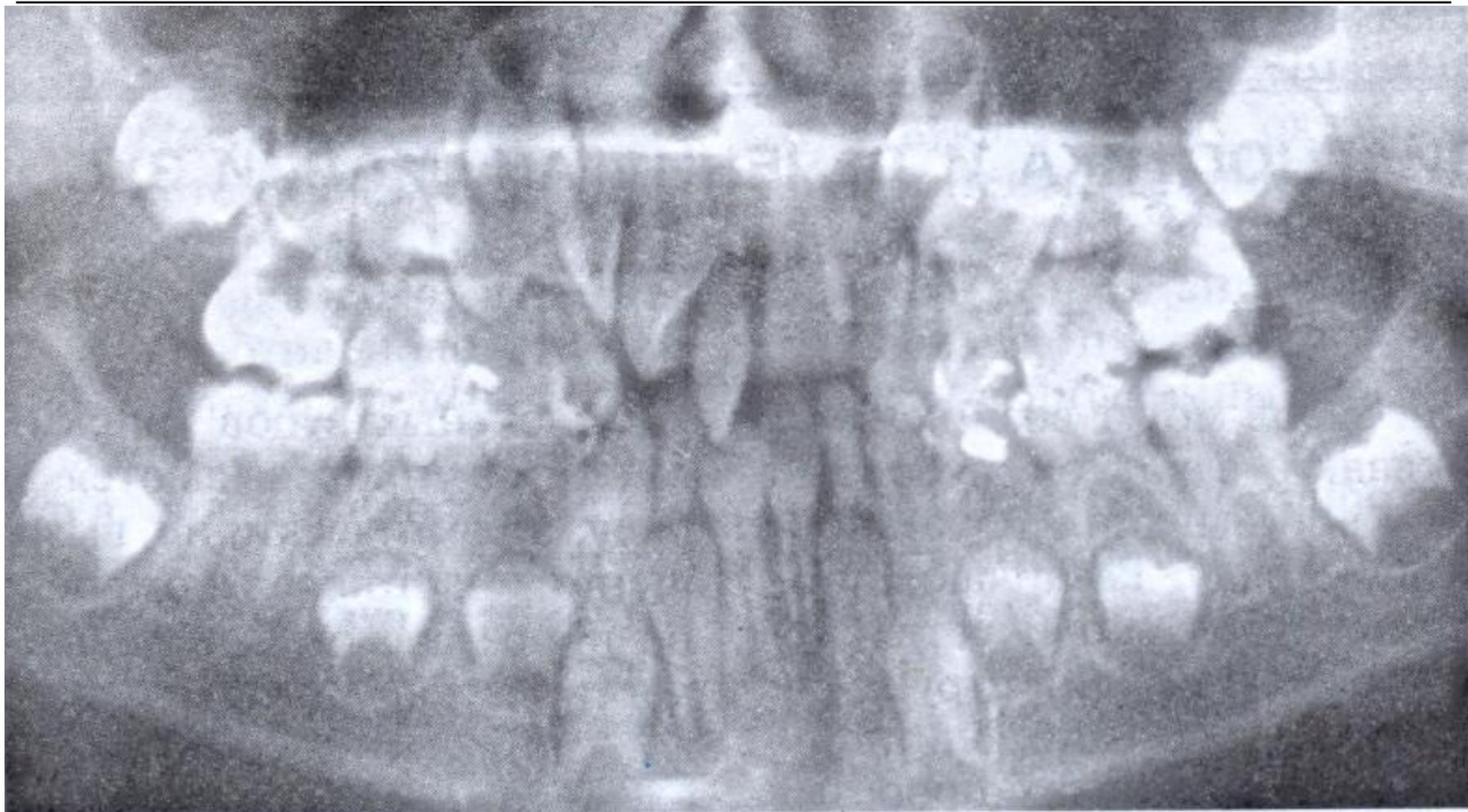
Сверхкомплектные зубы, за редким исключением, имеют неправильную форму, их размеры не соответствуют размерам комплектных.

Это касается как коронковой, так и корневой части зуба.



Внутричелюстное расположение
сверхкомплектных зубов диагностируется
рентгенологически, однако и при осмотре рта
можно выявить утолщение альвеолярного
отростка в соответствующем участке иногда с
четким рельефом, отображающим
коронковую часть зуба.
Визуальные данные уточняют пальпаторно.

При изучении внутриротовых рентгенограмм оценивают взаиморасположение и форму сверхкомплектного зуба и зачатков или корней постоянных зубов, состояние периодонтальных тканей



ГИПОДОНТИЯ

Гиподонтию диагностируют при осмотре рта, сопоставляя хронологический и зубной возраст. Отсутствие каких-либо зубов в зубном ряду по истечении сроков их прорезывания дает повод предполагать их полное отсутствие. Косвенным поводом для такого предположения является недоразвитие альвеолярного отростка по толщине и высоте в соответствующем участке. Пальпаторно уточняют данные визуального обследования. Как правило, зубы, расположенные по краям дефекта, смещаются в его сторону.



Если при осмотре рта выявляется локальный
дефект в зубном ряду, диагноз уточняют с
применением прицельной внутриротовой
рентгенографии. При множественной
гиподонтии, так же как и при наличии
сверхкомплектных зубов, целесообразно
использовать панорамную рентгенографию или
ортопантомографию.



Полная первичная адентия

Полная первичная адентия – явление чрезвычайно редкое. Это тяжелая аномалия, при которой отсутствуют зачатки зубов, а при осмотре лица выявляются симптомы, сочетающиеся с нарушением развития лицевого скелета в целом. Уменьшена гнатическая область лица и нижняя морфологическая высота лица, резко выражена супраментальная складка.



Причиной полной первичной адентии чаще всего является ангидротическая эктодермальная дисплазия, в связи с чем следует акцентировать внимание на состоянии кожных покровов: при этом заболевании кожа сухая, бледная и морщинистая, волосы отсутствуют или их мало и они имеют вид своеобразного пуха. При осмотре рта отмечают сухость и бледность слизистой оболочки, отсутствие зубов и резко выраженное недоразвитие альвеолярных отростков челюстей.

Частичная первичная адентия

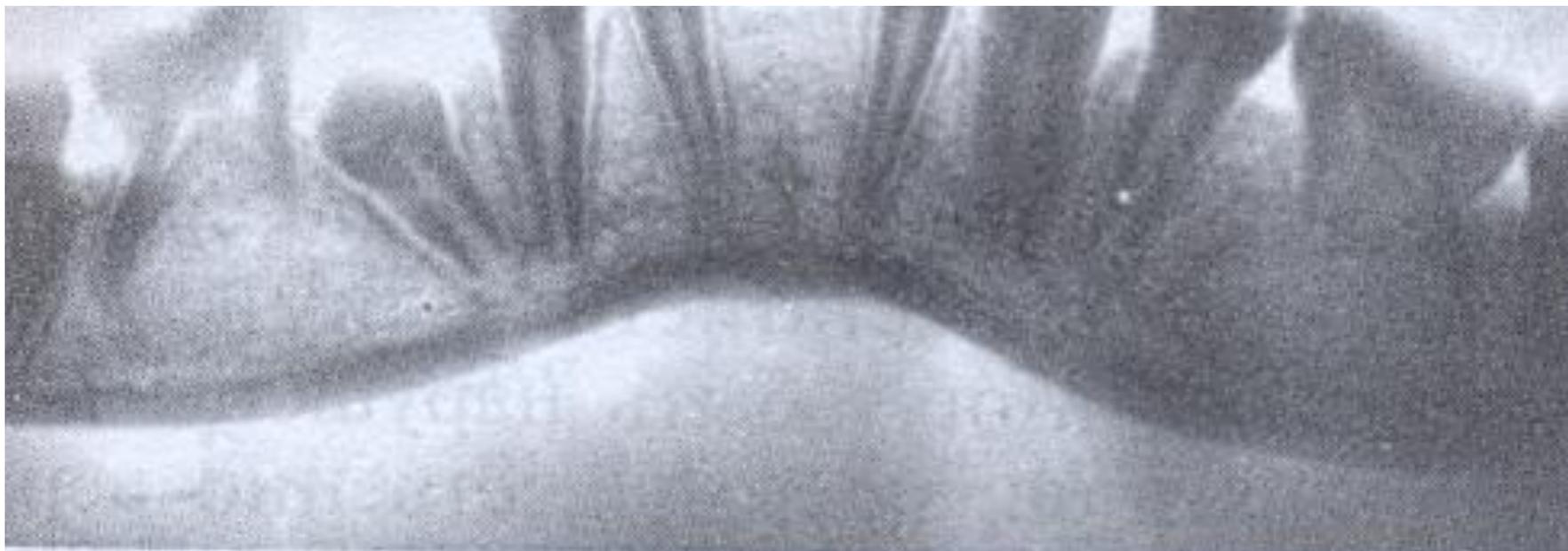
Частичная первичная адентия - отсутствие каких-либо зубов в связи с отсутствием их зачатков в периоде прикуса молочных зубов - встречается также довольно редко. При отсутствии передней группы зубов происходит западение губы. При осмотре рта отмечают отсутствие некоторых зубов в зубном ряду, недоразвитие альвеолярного отростка в соответствующем участке челюсти и смещение в область дефекта рядом расположенных зубов и зубов-антагонистов

Частичная первичная адентия

Отсутствуют зачатки
МОЛОЧНЫХ И ПОСТОЯННЫХ
зубов



Персистенция 41,31 и дистопия 44



Частичная первичная адентия постоянных зубов встречается чаще



Адентия нижних вторых премоляров.
Нарушение смыкания боковой группы зубов

Вторичная частичная адентия

О вторичной частичной адентии говорят в том случае, если был зачаток и прорезался зуб, но по каким-либо причинам он был удален. Этот вид частичной адентии отличается от первичной тем, что, как правило, альвеолярные отростки в соответствующем участке развиваются нормально, а степень смещения рядом расположенных зубов и зубов-антагонистов в значительной мере определяется периодом времени, прошедшим с момента удаления зуба.



В период смены зубов частичная адентия может характеризоваться тем, что в результате смещения зубов в область дефекта в зубном ряду недостает или полностью отсутствует место для комплектных постоянных зубов, с чем связано изменение сагиттальных и трансверсальных параметров зубных рядов. Основным диагностическим методом является рентгенодиагностика (внутриротовая прицельная рентгенография, панорамная рентгенография, ортопантомография).

Лечение пациентов с аномалиями количества зубов

При наличии **сверхкомплектных зубов** (гипердентия) их удаляют. Если же коронковая или корневая часть рядом расположенных зубов вызывает сомнения, то после тщательного обследования, позволяющего максимально уточнить прогноз, удаляют соответствующий комплектный зуб и перемещают в зубной ряд сверхкомплектный. Поскольку сверхкомплектные зубы, за редким исключением, имеют какие-либо отклонения по форме, размерам и структуре, лечение заканчивается восстановлением полноценной анатомической формы путем изготовления искусственной коронки.

Лечение пациентов с уменьшенным количеством зубов (гиподонтия) или их отсутствием (адентия) сводится в конечном итоге к рациональному протезированию.

При гиподонтии, как правило, имеются нарушения положения отдельных зубов (рядом стоящих и зубов-антагонистов) и аномалии формы и размеров зубных рядов, поэтому лечение заключается в устранении сопутствующих аномалий с последующим протезированием. Если устранение этих аномалий проводят пластиночными аппаратами, целесообразна постановка соответствующих зубов на их базисной части. Применение съемных протезов у детей при частичной адентии (гиподонтии) предусматривает постановку зубов на приточке.



Пациенты с **полной первичной адентией** встречаются крайне редко, и им с момента обращения необходимо изготовление полных съемных протезов.

Как частичные, так и полные съемные протезы каждые 1,5-2 года необходимо заменять новыми.

Объективными критериями при этом должны быть зубной возраст, костный возраст, хронологический возраст в сопоставлении среднестатистических данных с индивидуальными показателями.

Учитываются как морфологические, так и функциональные особенности зубочелюстной системы.



Аномалии размеров зубов

Различают макродентию и микродентию зубов

Макродентия - увеличение мезиодистальных размеров зубов по сравнению со среднестатистическими показателями. Могут быть нарушены размеры резцов, преимущественно верхних

Макродентия



Макродентия верхних центральных резцов



Резкое увеличение размеров зубов

диагностируется как **мегалодентия**.

Эта аномалия присуща, как правило, центральным верхним резцам. Значительное увеличение размеров зубов обнаруживается визуально, степень увеличения определяют при сравнении результатов измерения со средними статистическими параметрами в норме.



Определяют следующие параметры зубов:

ширину, толщину и высоту коронковой части.

Ширину или мезиодистальный размер премоляров и моляров и медиолатеральный размер резцов и клыков измеряют в самой широкой части коронки зуба, высоту - от десневого края на уровне шейки зуба до режущего края резцов, бугра клыков премоляров и моляров. Толщина - наибольший параметр коронки в орально-вестибулярном направлении.

Микродентия



Микродентия - уменьшение размеров зубов по сравнению со среднестатистическими данными. Могут быть уменьшены все зубы, но, как правило, бывают уменьшены лишь некоторые из них. Наиболее часто встречается аномалия верхних боковых резцов. Резко выраженная микродентия диагностируется визуально

Лечение пациентов с аномалиями размеров зубов

Лечение, как правило, ортопедическое. Наличие крупных по величине зубов, или макродентии, сочетаясь с аномалиями формы и размеров зубных рядов и окклюзии, требует предварительной ортодонтической коррекции, позволяющей восстановить анатомическую форму путем изготовления искусственной коронки. Исключение составляют случаи макро- и микродентии, выраженные индивидуально, когда диапазон различия размеров зубов невелик и имеются определенные противоречия размеров базисов челюстей и типа лица. Иначе говоря, это те редкие случаи, когда можно обойтись только ортодонтической коррекцией или коррекцией с удалением отдельных зубов.

Аномалии формы зубов

Неправильную форму может иметь коронка или корень либо коронка и корень одновременно. Эта аномалия чаще встречается в прикусе постоянных зубов. Аномалию коронковой части зуба диагностируют при осмотре рта путем сравнения ее с зубами нормальной анатомической формы.

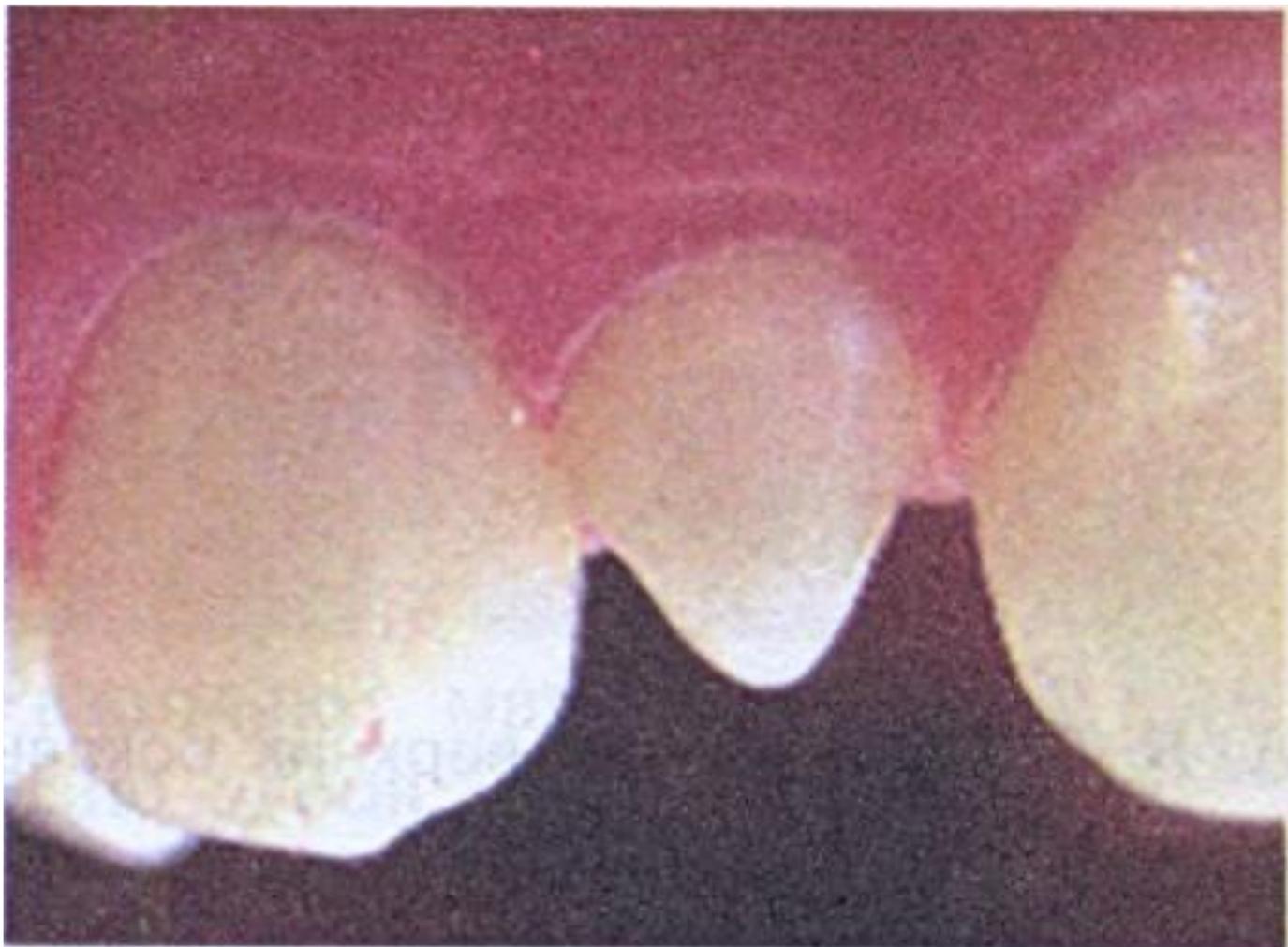
Аномалия размеров зубов часто сочетается с аномалиями их формы. Сравнение ширины зуба в коронковой части и места, имеющегося для него в зубном ряду при аномалии его положения, имеет существенное значение для прогноза и влияет на выбор метода лечения.





Коронковая часть зуба в форме шипа чаще встречается у вторых верхних резцов, реже - у центральных. Эта аномалия нередко является следствием нарушения процесса закладки и развития при частичной адентии и расщелине альвеолярного отростка, а также при гипердентии.

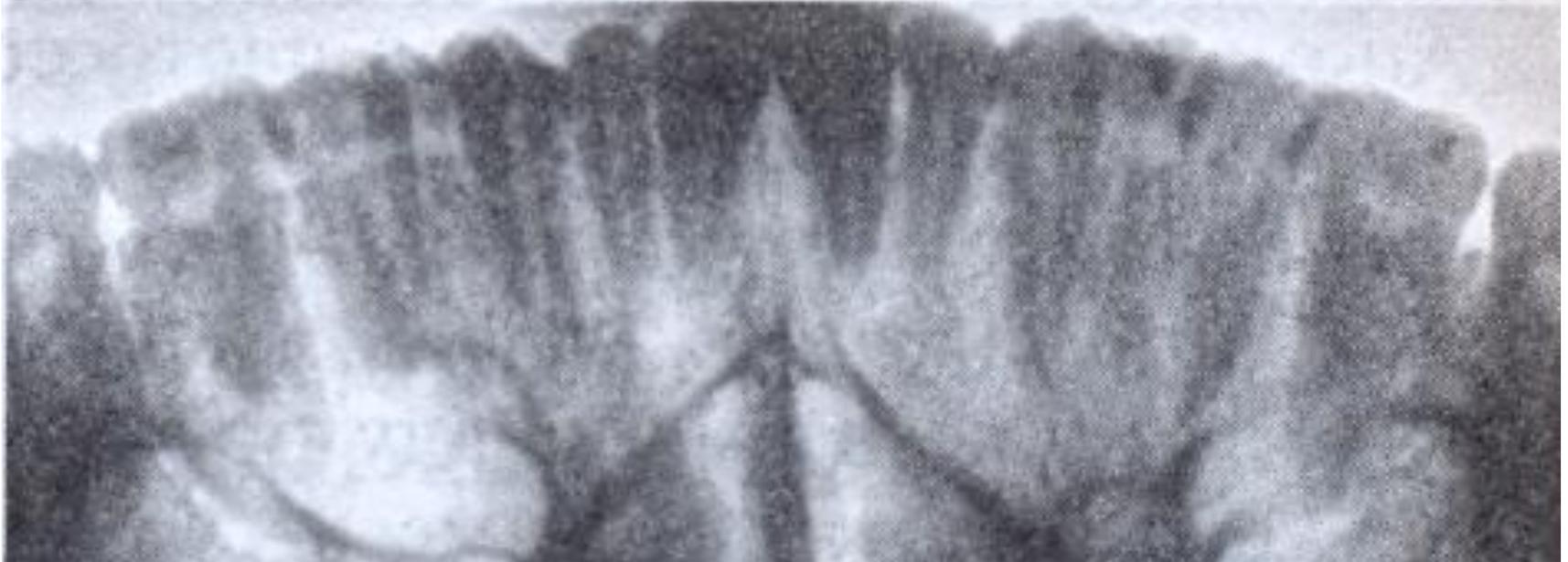
Коронковая часть зуба в форме шипа





Если аномалии коронковой части зуба диагностируют при осмотре рта, то выявление аномалий формы корневой части возможно только при рентгенологическом исследовании, которое целесообразно проводить в любом случае обнаружения аномалии формы зуба. При аномалии формы коронковой части одного зуба целесообразна внеротовая обзорная панорамная рентгенография или ортопантомография, при помощи которых выявляют искривление, укорочение, утолщение, раздвоение корня (у однокорневых преимущественно), грациальность (истончение)

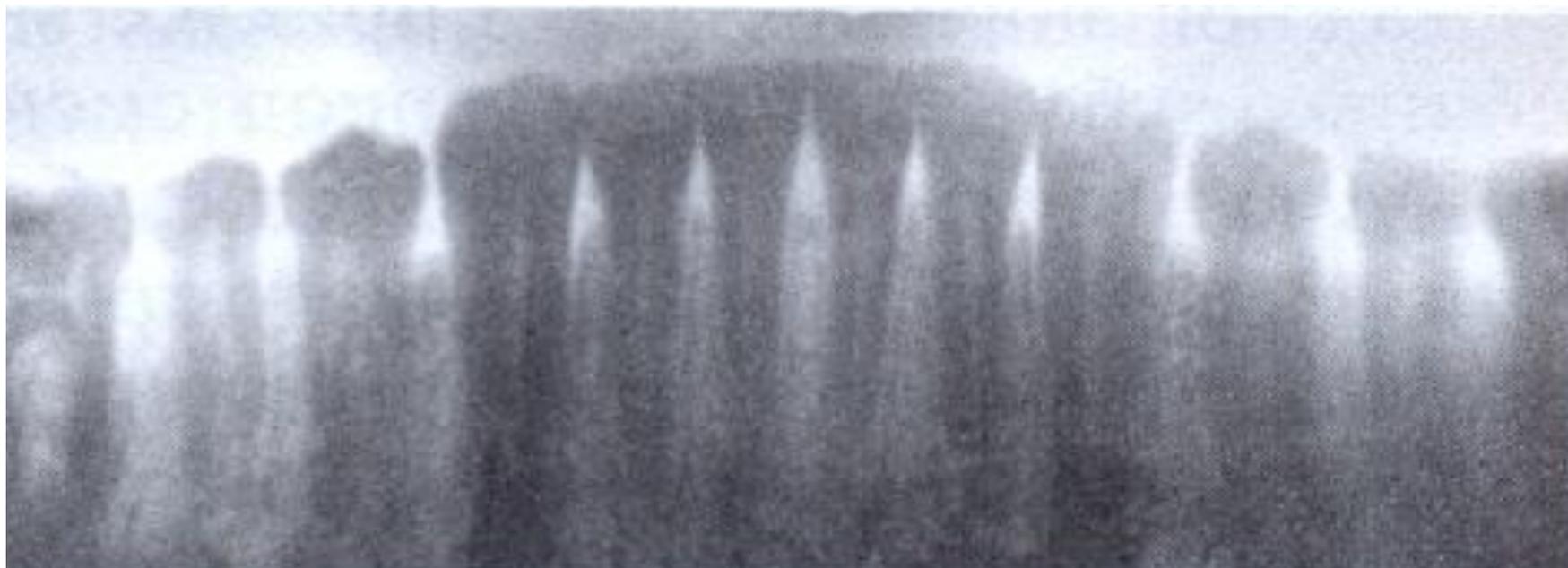
Укорочение корней 42,41,31,32



Грациальные корни 42,41,31,32



Раздвоение корней 45,44,34,35





Нарушение сроков прорезывания

Различают раннее и позднее прорезывание зубов, а также ретенцию (непрорезывание зубов).



Раннее прорезывание зубов

Поскольку развитие и прорезывание зубов связаны с состоянием организма в целом, то опережающее развитие организма по отношению к среднестатистическому хронологическому возрасту может являться обстоятельством, определяющим раннее прорезывание зубов. Соответственно этому довольно широк диапазон сроков прорезывания: для молочных зубов 2-4 мес, для постоянных - 2-3 года. В некоторых случаях причиной ускоренного прорезывания постоянных зубов является преждевременное удаление соответствующих молочных зубов.



Позднее прорезывание зубов отмечается в тех случаях, когда зубы задерживаются в челюсти или альвеолярном отростке.

Причины позднего прорезывания молочных зубов могут быть пренатальными (заболевания матери во время беременности, в частности токсикозы), а также постнатальными (болезни ребенка), в диагностическом процессе большое значение имеют данные анамнеза.

Эту аномалию устанавливают при осмотре рта, сопоставляя возраст ребенка со средними статистическими сроками прорезывания зубов. Клинически определяется наличие места в зубном ряду для запаздывающих в прорезывании зубов, а с вестибулярной или оральной стороны (при изменении положения зачатка зуба) обнаруживается твердая на ощупь выпуклость. Для уточнения степени развития зуба и соответствия его хронологическому возрасту проводят рентгенографию.

Ретенция (непрорезывание зубов)

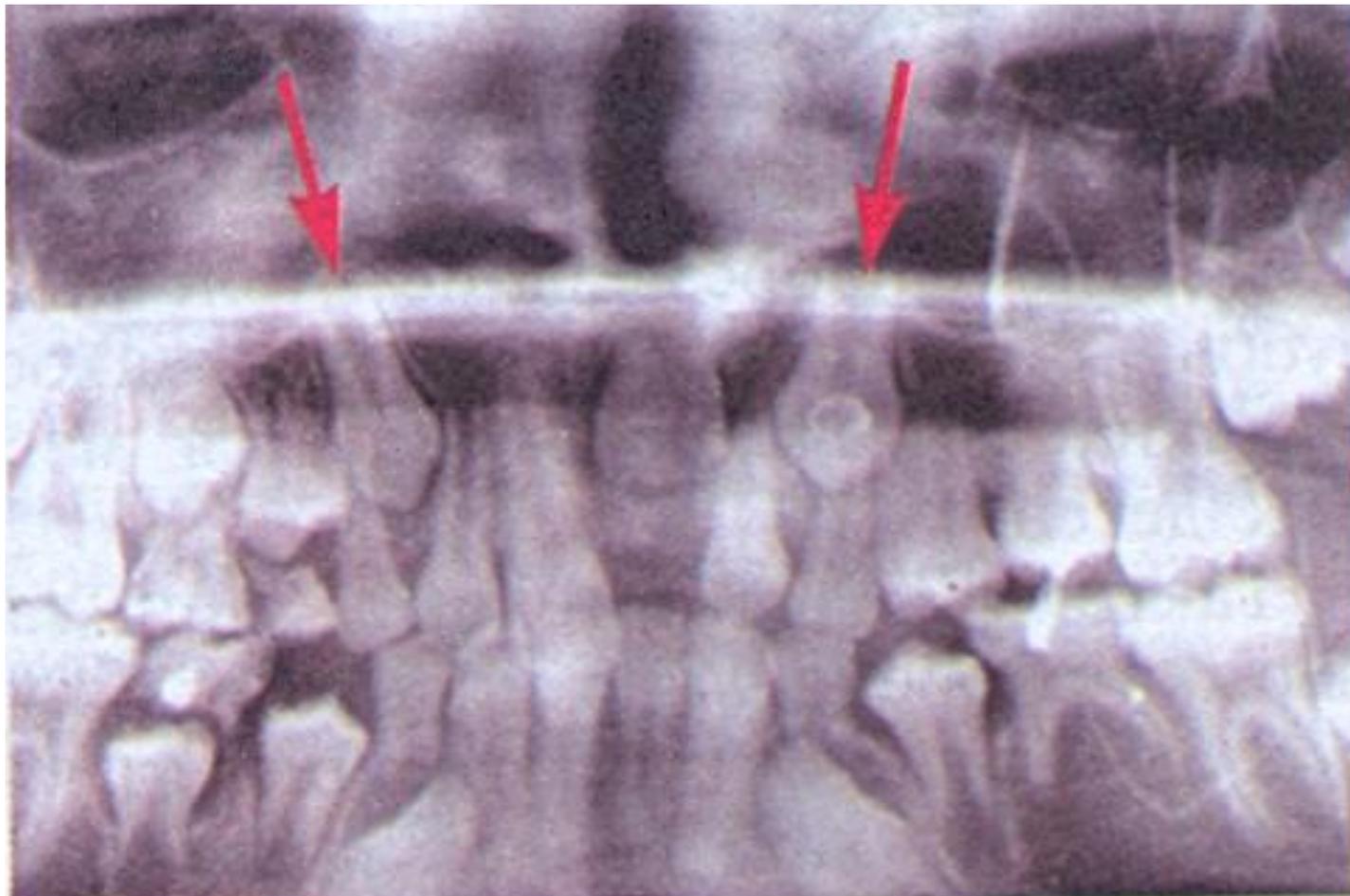
Зубы, остановившиеся в своем прорезывании в челюсти, называются ретенированными (задержавшимися). Ретенированными могут быть молочные, постоянные и сверхкомплектные зубы.

Ретенированными чаще бывают отдельные зубы, но встречаются случаи множественной ретенции.

Причинами ретенции отдельных зубов могут быть:

- неправильная закладка зачатков;
- недостаточность места в зубном ряду;
- воспалительные процессы в области корней молочных зубов;
- преждевременное удаление молочных зубов.

Во всех случаях задержки прорезывания необходимо рентгенологическое обследование - внутриротовая прицельная рентгенография в случае множественной ретенции.



Представлены результаты рентгенологического исследования



В клинике можно наблюдать наличие одновременно ретенированных и сверхкомплектных зубов



Раннее прорезывание молочных зубов, как правило, не требует вмешательства врача-ортодонта. При затруднении процесса кормления целесообразно перевести ребенка на искусственное вскармливание, но с соответствующими профилактическими мероприятиями. Раннее прорезывание постоянных зубов в основном связано с ранней потерей молочных зубов, и в этом случае ортодонт может провести коррекцию положения рядом расположенных зубов и зубов-антагонистов. Нередко, встречается раннее прорезывание постоянного зуба при наличии молочного в зубном ряду, при этом удаляют молочный зуб и корректируют направление прорезывания постоянного зуба.



Тактика врача-ортодонта при задержке прорезывания постоянных зубов определяется как этиологией, так и клиникой. При ранней потере молочных зубов возможны деформация зубных рядов и нарушение окклюзии, смещение рядом расположенных зубов, зубов-антагонистов в сторону дефекта, что затрудняет прорезывание комплектного зуба (ретенция, чаще клыков). Проводят ортодонтическую коррекцию формы и размеров зубных рядов, положения рядом расположенных зубов и зубов-антагонистов, а также окклюзии. На базисной ретенционной пластинке выставляют недостающие зубы, в области которых после коррекции окклюзии создаются дополнительные нагрузки, стимулирующие резорбцию компактной костной пластинки остеокластами.

Установка пружины Kilroy для воздействия на процесс прорезывания небно расположенного ретенированного зуба





В случае ретенции одного или нескольких зубов. Хирургическим путем обнажают коронковую часть ретенированного зуба, на котором фиксируют колпачок, кольцо или брекет, после чего, сформировав точку опоры (каппа на соответствующие зубы, крючки на базисные части пластины и на дуге), резиновой тягой выводят зуб в зубной ряд.



Спасибо за внимание!