

## **Адентія як одна із актуальних проблем дитячої стоматології**

**П.І.Ткаченко, Л.Ф.Каськова, С.О.Білоконь,**

**О.Е.Бережна, Н.П.Білоконь**

**ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)**

Загальновідомо, що аномалії кількості зубів можуть проявлятися як збільшенням, так і зменшенням їх числа порівняно із віковою нормою. Одним із проявів такої патології є адентія, котрій притаманна відсутність тимчасових, постійних зубів або їх зародків. Серед аномалій розвитку зубів вона посідає одне із провідних місць. У дітей, які звертаються за ортодонтичною допомогою, така аномалія зустрічається в 21,5% випадків [6].

Спостереження свідчать, що у людей, які проживають в різних географічних умовах, або належать до різних рас, частота адентії є неоднаковою, коливаючись від 0,15% (Канада) до 10,4% (Норвегія). Велика розбіжність показників пов'язана з тим, що одні дослідники виявляли цю аномалію на підставі клінічного обстеження, а інші – за результатами рентгенографії, яка дозволяє більш точно охарактеризувати порушення і віддиференціювати адентію та зубну ретенцію [2].

Цікаво, що в Австрії, Канаді, Англії, Норвегії, Швеції і Швейцарії домінує відсутність других нижніх премолярів; у Франції, Німеччині, Греції, США, Югославії – верхніх, а в Японії – нижніх бічних різців. Відзначається більш часта вроджена відсутність окремих зубів у чоловіків [2, 4].

Для характеристики вродженої відсутності окремих зубів в літературі, крім найбільш поширеного терміна «адентія», зустрічаються «первинна адентія», «гіподонтія», «адонтія», «олігодонтія». Розрізняють повну первинну, часткову первинну, вторинну часткову адентії [4].

Повна первинна адентія, при якій відсутні зубні фолікули – надзвичайно рідкісне явище. Така аномалія, крім внутрішньоротових змін, має симптоми, що поєднуються з порушенням розвитку лицевого кістяка вцілому, зокрема зменшення гнатичної ділянки обличчя і висоти його нижньої морфологічної третини, різке вираження супраментальної складки [6].

При частковій адентії, що, за даними Х.А.Каламкарова (1973), становить  $0,9\pm 0,06\%$  зубо-щелепних аномалій у дітей, можуть бути відсутніми як окремі зуби, так і їх групи. Вона може сполучатися із зміною форми коронок зубів, що залишились. Мезіодистальні розміри зубів при частковій адентії менші порівняно із їх середніми величинами при ортогнатичному прикусі. Достовірно доведено, що значно меншою є і ширина всіх зубів, за винятком іклів [2].

Часткова первинна адентія (відсутність будь-яких зубів через відсутність їх фолікулів) в тимчасовому прикусі також зустрічається досить рідко. В таких випадках в порожнині рота визначається відсутність деяких зубів в зубному ряді, недорозвинення альвеолярного відростка у відповідній ділянці щелепи і зміщення в сторону дефекту сусідніх зубів та зубів-антагоністів. При відсутності передньої групи зубів спостерігається і западіння губи [5].

Часткова первинна адентія постійних зубів, клінічна симптоматика якої схожа із попередньо згаданою аномалією, зустрічається значно частіше. При цьому адентія 1-2 зубів спостерігається у 48,5%, 3-4 зубів – у 15,9%, 5-10 зубів – у 15,3%, 10 і більше зубів – у 20,3% обстежених. Відсутність зубів на верхній щелепі становить 53,6%, а на нижній – 46,4%; на правій стороні – 51,5%, а на лівій – 48,5% від загального числа випадків адентії. Частіше спостерігається адентія других премолярів (24%), бічних різців (18%), третіх постійних молярів (16%). Крім перерахованих зубів, нерідкістю є вроджена вибіркова відсутність окремих нижніх різців або їх

всіх (Рис. 1), перших премолярів чи других молярів і вкрай рідко зустрічається адентія окремих іклів [4].



Рис. 1. Вигляд сегменту альвеолярного відростка пацієнта А., 15 років, з вродженою відсутністю 31 та 41 зубів

Про вторинну часткову адентію говорять тоді, коли зуб, що прорізався, з якихось причин було видалено. При ній, на відміну від первинної, зазвичай розвиток альвеолярних відростків у відповідній ділянці не порушується, а ступінь зміщення сусідніх зубів і зубів-антагоністів в значній мірі визначається проміжком часу з моменту видалення зуба. Однак в період змінного прикусу при частковій адентії в результаті зміщення зубів у ділянці дефекта може виникнути недолік або повна відсутність місця в зубному ряді для комплектних постійних зубів, з чим пов'язана зміна розмірів зубних дуг в сагітальній і трансверзальній площинах [5].

Етіологічні чинники адентії вивчені недостатньо. Зокрема, зменшення числа зубів розцінюють як реакцію зубо-щелепної системи у сучасної людини на пристосування до певних функціональних потреб. Перехідні стадії редукції верхніх бічних різців, других премолярів, третіх молярів виражаються в появі верхніх бічних різців з коронкою шилоподібної форми, в зменшенні розмірів коронок бокових різців та третіх молярів, кількості і сглаженні бугрів останніх, що загалом слід

розглядати не як патологію, а як результат порушення філогенетичного розвитку [2].

Зменшення кількості зубів порівняно з нормою пов'язане і з порушеннями закладки зачатків або з їх загибеллю в періоді ембріонального розвитку, чому можуть сприяти хвороби, перенесені матір'ю під час вагітності. У постембріональному періоді чинять вплив інфекційні хвороби, перенесені дитиною, порушення обміну речовин, переважно мінерального при дисфункції залоз внутрішньої секреції, авітамінозі. Розплавлення окремих зачатків постійних зубів можливо і в результаті запального процесу навколо коренів молочних зубів (Рис. 2) або деструктивного процесу в щелепі (Рис. 3) [6].

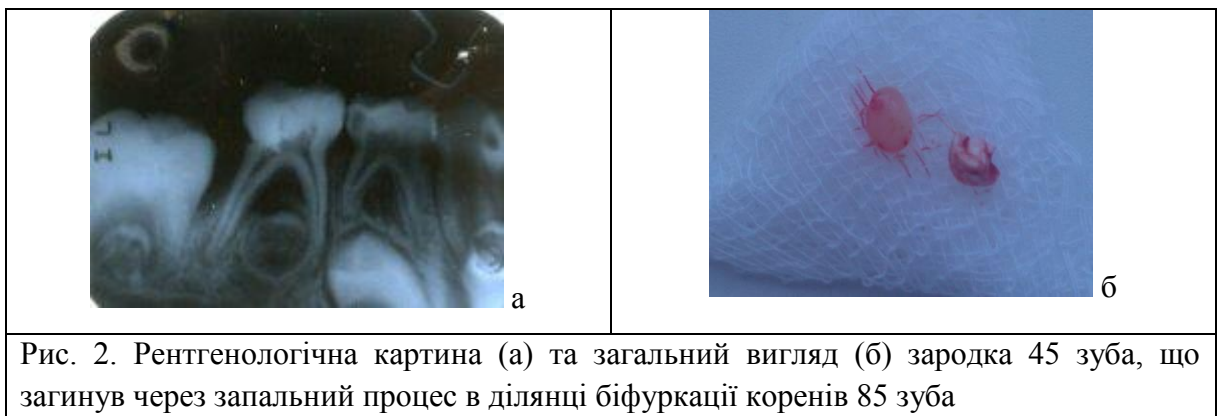


Рис. 2. Рентгенологічна картина (а) та загальний вигляд (б) зародка 45 зуба, що загинув через запальний процес в ділянці біфуркації коренів 85 зуба



Рис. 3. Рентгенологічна картина загибелі зародка 44 зуба через гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи справа

Окреме місце серед причин виникнення адентії дослідники відводять спадковості, адже в сім'ях, де це має місце, вона зустрічається у 4 рази частіше, ніж у популяції вцілому. Частіше адентія передається по жіночій лінії (40%), ніж по чоловічій (27%), і має домінуючий тип успадкування [2].

Вважається, що не останню роль у виникненні адентії відіграють ендокринні та обмінні розлади в період вагітності або у дитячому віці, порушення розвитку ектодермального зародкового листка, з якого утворюються зубні фолікули, променеві ушкодження зубних зародків або тканин, що їх формують [5].

Вроджена відсутність до 10 постійних зубів (переважно, ікла верхньої щелепи, другі премоляри, треті моляри) є характерною ознакою так званої фізіологічної редукції, а відсутність більше 10 постійних зубів та їх зародків, що зустрічається значно рідше, може сполучатися із порушенням розвитку інших похідних ектодерми: шкіри, потових та сальних залоз, волосся, нігтів, хрусталика ока, нервових волокон. При множинній адентії зуби, що прорізались, можуть мати шипоподібну форму та розташовуватись на значній відстані один від одного, імітуючи картину діастем та трем [6].

Окреме місце серед причин розвитку повної адентії займає спадкова ангідротична ектодермальна дисплазія, що характеризується вродженою гіпоплазією потових залоз, волосяних фолікулів, залоз слизових оболонок і аплазією більшості зубних зачатків, дісморфогенезом м'яких тканин обличчя, при якому наявні зміни язика (він збільшений, складчастий, сухий, нерідко на його спинці є наліт, що важко знімається, сосочки на його кінчику згладжені), вуздечка верхньої губи прикріплена низько, щічні тяжі сильно виражені, перехідні складки недорозвинені, високе дно порожнини рота, під'язикові залози невеликого розміру, слизова оболонка тонка і рухлива, різко виражене недорозвинення альвеолярних відростків

щелеп. Відмічається зменшення секреції слини, через що хворі відчують постійну сухість в роті, завжди запивають їжу водою. Тому в таких випадках слід акцентувати увагу і на стані шкірних покривів: відзначається суха, бліда, зморшкувата шкіра, відсутність волосся або його мала кількість у вигляді своєрідного пуху [2].

Загалом адентію супроводжують естетичні та функціональні порушення прикусу: зміщення зубів та функціональне перевантаження окремих з них, наявність діастеми, зменшення висоти прикусу, недостатня ефективність жування та нерозбірлива мова. Часто формується глибокий прикус, а множинна адентія сполучається із недорозвиненням щелеп, звуженням альвеолярних відростків, конусоподібною формою зубів. Ступінь вираженості порушень залежить від кількості відсутніх зубів на кожній щелепі і їх групової приналежності [4, 5, 6].

На підставі комплексного обстеження хворих, із урахуванням морфологічних, функціональних та естетичних відхилень, Ф.Я.Хорошилкіною та С.Х.Агаджаняном (1985) запропонована класифікація порушень зубо-щелепної ділянки, спричинених частковою адентією [2].

Остаточний діагноз адентії визначається за результатами клінічного і рентгенологічного обстеження зубних рядів, щелеп, лицевого кістяка із урахуванням анамнестичних даних. Іноді в цьому допомагає вивчення діагностичних моделей щелеп, але, на думку дослідників, все ж таки найвагомим є рентгенологічне дослідження, особливо ортопантомографія (Рис. 4). Вона дозволяє встановити існування зародків очікуваних зубів, а при їх наявності допомагає визначити і місцеві причини, що зашкоджують своєчасному прорізуванню постійних зубів, встановити ступінь розсмоктування коренів молочних зубів, визначити співвідношення цих зубів із сусідніми і антагоністами, оцінити стан кісткової тканини альвеолярного відростка [1, 3, 7].

За літературними даними, в разі вродженої відсутності зародків постійних зубів тимчасові можуть зберігатися в зубному ряді на термін до 45 років та більше порівняно із віковим періодом їх фізіологічної зміни. В таких випадках при плануванні ортодонтичних заходів слід прагнути до збереження тимчасових зубів на максимально тривалий період [2, 6].



Рис. 4. Ортопантомограма пацієнтки М., 9 років. Діагноз: адентія 35 зуба

Таким чином, адентія є досить актуальною проблемою дитячої стоматології, а її кожний конкретний клінічний випадок потребує комплексного вивчення та індивідуального підходу у визначенні причин виникнення і вибору тактики лікування.

### Література

1. Баглык Т.В. Рентгенологические характеристики нормы и патологии в стоматологии // Стоматолог. – 2002. – №5. – С.35-39
2. Григорьева Л.П. Прикус у детей. – Полтава, 1995. – 231с.
3. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Челюстно-лицевая рентгенология: организационные и методические основы и особенности применения // Стоматология для всех. – 1999. – №4. – С.10-13
4. Справочник по стоматологии / под ред. В.М.Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656 с.

5. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Лохматова Н.М. Аномалії кількості та будови зубів, одонтома і травма зуба в практиці дитячої хірургічної стоматології / Методичні рекомендації. – Полтава, 2010. – 31 с.
6. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В. та співавт. Адентія, ретенція і дистопія зубів в практиці хірургічної стоматології та ортодонтії // Стоматолог. – 2003. – № 12 (68). – С. 29-31
7. Шехтер И.А., Воробьёв Ю.И., Котельников М.В. Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии. – М.: Медицина, 1968. – 255 с.