

УДК 616.31-053.36/5

П.І.Ткаченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій

ГІПЕРДОНТІЯ В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

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

Робота є фрагментом комплексної ініціативної теми Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” “Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань” (державний реєстраційний номер 0106U003237).

За статистичними даними, зубна ретенція або напівретенція виявляється як у дітей, так і у дорослих у 1,3-8% випадків, здебільшого спостерігаючись (90% випадків) у фронтальній ділянці верхньої щелепи. Така патологія може бути спричинена атиповою будовою зуба, неправильною закладкою зубного фолікула в щелепі, затримкою зміни тимчасових зубів, недостатністю місця в зубній дузі внаслідок недорозвинення альвеолярного відростка, наявністю понадкомплектного зуба, який розташовується на шляху прорізування. Однак причиною ретенції центральних різців переважно (85% спостережень) є наявність саме надкомплектних зубів (гіпердонтія). Цікаво, що їх поширеність за даними рентгенографії значно більша, ніж за результатами об’єктивного стоматологічного огляду (2,27% та 0,3% відповідно) [10].

Враховуючи значну поширеність надкомплектних зубів в практиці дитячої стоматології, ми вирішили узагальнити літературні дані та навести свої спостереження стосовно даної патології.

Натак, етіопатогенез гіпердонтії остаточно не з’ясований. Існує декілька гіпотез, кожна з яких досить переконливо доводить причини та механізм її розвитку. По-перше, надкомплектні зуби можуть утворюватися в період органогенезу як результат надмірного розростання зубної пластинки. По-друге, гіпердонтія – результат поділу звичайного зубного фолікула на дві частини, що здатні до самостійного розвитку. Має підстави на існування і думка, що надмірне збільшення кількості зубів є проявом атавізму [6].

Єдиної чіткої та загальноприйнятої класифікації гіпердонтії на теперішній час не існує. Більшість дослідників розрізняє надкомплектні зуби залежно від форми (шилоподібні, горбкуваті,

долотоподібні, шишкоподібні та зуби, будова яких аналогічна типовим) або місця прорізування.

Інші автори їх поділяють на групи за ознаками сформованості кореня [6]:

I група – з формою коронки, але без ознак кореня;

II група – з наявністю кореня на різних стадіях його розвитку, але з несформованою верхівкою;

III група – з добре розвиненим коренем, що за зовнішнім виглядом не відрізняються від постійних зубів.

Окремо виділяють “зрощену” форму зубів: зрощення тільки коронками, тільки коренями (“розщеплені” зуби) або повне зрощення (порожнина у таких зубах спільна або розділена перетинкою). Зустрічаються і надкомплектні зуби, що зрощені з комплектними.

До різновиду гіпердонтії також відносять таку патологію, як “зуб у зубі”.

В.Ф.Макеєв та співав. (2005) на підставі аналізу результатів власних досліджень запропонували клінічну класифікацію надкомплектних зубів:

Надкомплектні зуби		
прорізани	ретеновані	розташовані у ділянці незрощеного альвеолярного відростка
у zdeформованому зубному ряді	з деформацією зубного ряду	
поза zdeформованим зубним рядом	з дефектом зубного ряду	
поза нездеформованим зубним рядом	з дефектом і деформацією зубного ряду	
	без клінічних проявів	

Всі дослідники єдині у думці, що клінічні прояви гіпердонтії досить різноманітні та обумовлюються кількістю надкомплектних

зубів, їх формою, розмірами і розташуванням. Хворі переважно скаржаться на неправильне розташування зубів або їх ретенцію чи затримку прорізування [10]. В анамнезі не завжди визначається спадковість та зв'язок із впливом шкідливих чинників і захворюваннями матері в період вагітності.

При об'єктивному обстеженні за умови розташування надкомплектного зуба в зубному ряді, що, за нашими спостереженнями, зустрічається не так часто, визначається деформація останнього у вигляді вестибулярного або піднебінного розміщення комплектних зубів, їх тортоаномалій, різного виду нахилів, скученості та іншої патології.

Частіше надкомплектні зуби прорізаються поза зубним рядом (переважно у піднебінному положенні), деформуючи передню ділянку зубної дуги у вигляді тортоаномалій центральних та бічних різців, їх вестибулярного нахилу чи зміщення [2]. Прорізування надкомплектних зубів поза зубним рядом без його деформації зустрічається вкрай рідко [2, 6].

Гіпердонтія може клінічно і не проявлятися, що також буває досить рідко. Виявлення такої патології найчастіше є випадковим.

Натомість ретенція надкомплектних зубів, що за нашими спостереженнями зустрічається найбільш часто, може призводити до деформації зубного ряду внаслідок тиску на корені прорізаніх комплектних зубів, до дефекту зубного ряду через затримку прорізування цих зубів, до комбінованого ураження (деформації та дефекту) зубного ряду [10] (рис. 1, 2).



А



Б

Рис. 1. Хвора П., 7 років. Діагноз: надкомплектний зуб в ділянці верхніх центральних різців.

А) ортопантомограма;

Б) загальний вигляд після видалення.



Рис. 2. Хворий Б., 11 років. Діагноз: надкомплектні зуби в ділянці верхніх центральних різців.

Окремої уваги заслуговує гіпердонтія у пацієнтів із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Високий відсоток даної патології у цих хворих пояснюється розщепленням одного із фолікулів в процесі органогенезу лицевого кістяка (передньої ділянки верхньої щелепи). Клініка гіпердонтії в таких випадках дуже різноманітна та специфічна, що залежить від розташування надкомплектного зуба відносно незрощення, виду останнього, характеру деформацій верхньої щелепи, зміщення її незрощених фрагментів [6].

Гіпердонтія супроводжує і інші вкрай важкі захворювання, зокрема клейдокраніальний дизостоз та синдром Гарднера [5, 8].

Клейдокраніальний (ключично-черепний) дизостоз – вроджена аномалія розвитку з аутосомно-домінантним типом успадкування, яка зазвичай виявляється у дитячому або підлітковому віці. Клінічно характеризується порушенням процесу формування кістки в ключиці та черепі у поєднанні із ураженням порожнини рота та довгих трубчастих кісток. Ураження порожнини рота значне: високе, вузьке, аркоподібне, інколи розщеплене піднебіння, тимчасові зуби довго не прорізаються, прорізування постійних зубів теж затримується (зазвичай вони мають короткі корені). Крім того, в ділянці молярів та премолярів спостерігаються надкомплектні зуби, які також не прорізаються.

Синдром Гарднера – аномалія розвитку з аутосомно-домінантним типом успадкування, обумовлена мутацією гена аденоматозного поліпозу товстої кишки. У хворих спостерігаються множинні епідермоїдні та дермоїдні кісти, поліпоз кишечника (особливо товстого), ліпоми, фіброми, лейоміоми. Синдром характеризується і значними змінами в щелепно-лицевій

ділянці (гіпердентія, ретенція надкомплектних зубів, одонтоми та остеоми щелеп). Остеоми зазвичай уражують кістки мозкового та лицевого черепа, особливо нижню щелепу і гайморові порожнини.

Стосовно діагностики гіпердонтії, зазначимо, що, у випадках, коли надкомплектні зуби прорізуються, призводячи до деформації зубного ряду, їх діагностика не викликає труднощів. Натомість діагностика зубів, що знаходяться в товщі щелеп, призводячи до затримки прорізування сусідніх зубів, буває досить складною. У таких випадках не завжди є ефективним навіть звичайна внутрішньоротова рентгенографія, за допомогою якої намагаються визначити розташування надкомплектного зуба, його величину, форму, співвідношення із суміжними анатомічними утвореннями (гайморова порожнина, порожнина носа, нижньощелепний канал та ін.). У деяких випадках для більш точної діагностики проводиться додаткова рентгенографія цієї ділянки у сагітальній площині, панорамна рентгенографія, телерентгенографія, комп'ютерна томографія, що дозволяють запобігти виникненню ускладнень під час хірургічного втручання та у післяопераційному періоді. Загалом статистичні дані стосовно взаємопов'язаності зубної ретенції та гіпердонтії засвідчують необхідність рентгенологічного дослідження при будь-якій формі затримки прорізування зубів [1, 5, 6, 7, 10, 11].

Хочемо звернути увагу на аномалії, які клінічно можуть нагадувати гіпердонтію, однак мають зовсім іншу етіологію [5].

Подвоєння зуба характеризується неповним розділенням одного зубного фолікула на два. Така патологія у 5 разів частіше зустрічається серед тимчасових зубів, насамперед нижніх різців. При цьому кількість зубів в зубному ряді є нормальною. Однак коронка аномалійного зуба-макродонта може мати на ріжучому краї розщілину або жолобок на губній чи язичній поверхні. На рентгенограмі такий зуб має одну збільшену пульпарну порожнину та збільшений корінь.

Роздвоєння зуба – повне розділення зубного зародка. Половинки такого зуба повністю відділені одна від одної, але являються повним дзеркальним відображенням. Розміри їх зазвичай зменшені, а при підрахунку зубів їх кількість є збільшеною, хоча через нестачу місця порушується лінія зубного ряду.

При злитті виявляється об'єднання двох зубних зародків. Ділянка поєднання зазвичай складається із дентину. Найчастіше така аномалія зустрічається серед різців, а однією

із її ознак є зменшення кількості зубів. Злиті зуби нагадують подвоєні, однак на рентгенограмах вони мають дві порожнини та два кореневі канали. Злиття тимчасових зубів часто призводить до адентії постійних.

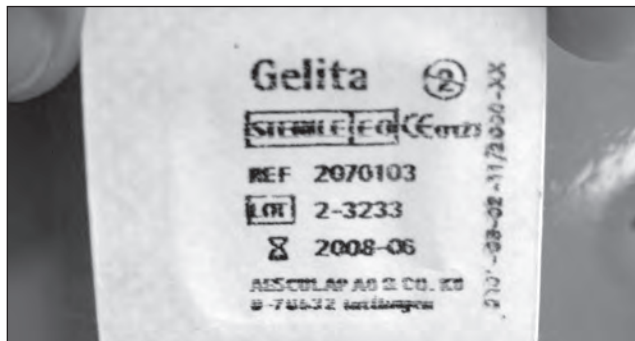
Зрощення (конкресценція) – зрощення двох зубів тільки за рахунок цементу після завершення формування кореня. Причиною такої аномалії вважається скупченість зубів в період їх розвитку або порушення цілістності кісткової перегородки між двома сусідніми альвеолами в наслідок травми, що призводить до доторкання розташованих в них зубів. На дану патологію слід зважати під час видалення зуба.

Узагальнено наведені аномалії представлені на схемі (згідно Лангле Р.П., Миллер К.С., 2008) [5].



Рис.3. Схема подвоєння, роздвоєння, злиття та зрощення зубів.

Лікування гіпердонтії завжди хірургічне [4, 5, 6]. При цьому видалення ретенуваного надкомплектного зуба зазвичай призводить до утворення значної за розмірами кісткової ранової поверхні, яка закривається глухим ушиванням слизово-окісного клаптя. Швидкість та "якість" репаративного остеогенезу в таких випадках залежить від багатьох чинників, зокрема і від величини простору, розміщеного під слизово-окісним клаптем, а ослаблення останнього негативно впливає на кінцевий результат лікування [9]. Для вирішення цього питання ми досить широко застосовуємо закриття післяопераційного кісткового дефекту гемостатичною губкою "Gelatang" фірми Roeko. Вона виготовлена з фармацевтичного желатину та колоїдного срібла, має пористу структуру, внаслідок чого всмоктує об'єм крові в декілька разів перевищує вагу губки, заповнює ранову порожнину, запобігаючи утворенню вторинних порожнин та інфікуванню (рис.4). Губка повністю розсмоктується протягом 4 тижнів [3].



А



Б

Рис. 4. Гемостатична губка “Gelatamp” фірми Роєко.

А) загальний вигляд;

Б) перед внесенням в кісткову порожнину.

За результатами наших спостережень, на рентгенограмах при використанні губки через 3-6 місяців кісткова порожнина виповнюється новоутвореною тканиною, яка дещо відрізняється щільністю від прилеглої кістки. Подібні зміни у кісткових порожнинах, які заповнювалися лише кров'яним згустком, визначалися лише через 6-9 місяців.

Загалом, на наш погляд, губка “Gelatamp” дійсно забезпечує тривалу антимікробну дію, завдяки чому майже не виникає ускладнень в післяопераційному періоді, прискорює про-

УДК 616.31-053.36/5

ГИПЕРДОНТИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Ткаченко П.И., Белоконов С.А., Гуржий Е.В.

Резюме. В статье представлены литературные данные и результаты собственных наблюдений касательно клиники, диагностики и особенностей лечения гипердонтии, определена актуальность дальнейших научно-практических исследований этой патологии.

Ключевые слова: гипердонтия, сверхкомплектный зуб, ретенция, адентия.

UDC 616.31-053.36/5

GIPERDONTIYA in PRACTICE of CHILD'S STOMATOLOGY

Tkachenko P.I., Belokonj S.A., Gurgiy E.V.

Summary. In the article literary information and results of own supervisions is presented concerning a clinic, diagnostics and features of treatment of giperdontii, actuality of further scientific- practical researches of this pathology is certain.

Key words: giperdontiya, supernumerary tooth, retentsiya, adentiya.

Стаття надійшла 20.08.2009 р.

цеси епітелізації м'яких тканин, що в свою чергу створює сприятливі умови для активної регенерації кісткової тканини. В подальшому на 1,5-2 місяці скорочуються терміни ортодонтичного лікування та реабілітації хворих.

Гіпердонтія є досить актуальною проблемою дитячої стоматології, потребує індивідуального підходу у діагностиці та лікуванні хворих (нерідко із залученням лікарів інших спеціальностей), а низка невирішених питань, пов'язаних із етіопатогенезом даної патології, потребує поглиблених наукових досліджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баглык Т.В. Рентгенологические характеристики нормы и патологии в стоматологии / Т.В.Баглык // Стоматолог. – 2002. – №5. – С.35-39.
2. Григорьева Л.П. Прикус у детей / Л.П.Григорьева – Полтава, 1995. – 231с.
3. Гуржий О.В. Покращення результатів лікування дистопованих та ретендованих зубів / О.В.Гуржий, С.О.Білоконов // Мат. наук.-практ. конф. “Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія”, присвяченої 120-літтю з дня народж. проф. С.Н.Вайсблата. – Київ, 2008. – С. 83-84.
4. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А.Зеленский, Ф.С.Мухоморов – Москва, 2008. – 206 с.
5. Лангле Р.П. Атлас заболеваний полости рта / Р.П.Лангле, К.С.Миллер – Москва, 2008. – 220 с.
6. Макеев В.Ф. Надкомплектні зуби як причина деформації зубних рядів / В.Ф.Макеев, Ю.О.Роберт, Н.В.Пилипів // Новини стоматології. – 2005, № 3 (44). – С. 67-72.
7. Рабухина Н.А. Челюстно-лицевая рентгенология: организационные и методические основы и особенности применения / Н.А.Рабухина, А.П.Аржанцев // Стоматология для всех. – 1999. – №4. – С.10-13.
8. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М.Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656с.
9. Ткаченко П.И. Репаративный остеогенез: теоретичні аспекти у практичній стоматології / П.И.Ткаченко, С.О.Білоконов, О.В.Гуржий, Н.П.Білоконов // Стоматолог. – 2003. – № 11 (67). – С. 15-18.
10. Ткаченко П.И. Адентія, ретенція і дистопія зубів в практиці хірургічної стоматології та ортодонтії / П.И.Ткаченко, С.О.Білоконов, О.В.Гуржий, Н.М.Лохматова // Стоматолог. – 2003. – № 12 (68). – С. 29-31.
11. Шехтер И.А. Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии / И.А.Шехтер, Ю.И.Воробьев, М.В.Котельников – М.: Медицина, 1968. – 255с.