

Аденція, ретенція і дистопія зубів в практиці хірургічної стоматології та ортодонтії

П. І. Ткаченко, О. В. Гуржій, С. О. Білоконь, Н. П. Білоконь, Н. М. Лохматова,
Українська медична стоматологічна академія

Не новина, що у буденній клінічній практиці лікаря-стоматолога досить часто зустрічаються цікаві випадки патології, які не вкладаються у звичайну класичну картину. З декількох причин ми вважаємо за доцільне навести приклад такої неординарної ситуації (із власних спостережень). Пацієнтка Р., 15 років, звернулася в нашу клініку із скаргами на незначну асиметрію обличчя, що виникла близько 10 днів тому.

Об'єктивним обстеженням встановлено, що ліва щока дещо припухла, м'яка і безболісна при пальпації. Шкіра в ділянці припухання нормального фізіологічного кольору, легко збирається в складку. Під час огляду порожнини рота на обох щелепах у фронтальному відділі виявлено гіпертрофічний гінгівіт. Дослідженням зубних рядів визначено, що на верхній щелепі ікла тимчасові, 25 зуб відсутній, а замість нього на ясні визначається отвір із серозно-гнійними виділеннями, схожий на норицю або лунку, яка довго не загоюється після видалення зуба. Ясна навколо отвору гіперемовані та набряклі. На нашу думку, ці запальні явища і спричинили виникнення деякої асиметрії обличчя. У нижньому зубному ряді відсутні 35 та 44.

Збір анамнестичних даних дозволив встановити, що загострення гінгівіту спостерігається щоразу у весняно-осінній періоді, ніякі зуби раніше не видалялися. Наявність у дитини будь-яких загальносоматичних захворювань батьки заперечували, хоча вона ніколи не проходила поглиблених медичних оглядів. Стало відомо, що батько дівчинки у 1986–1988 роках тривалий час працював ліквідатором аварії на ЧАЕС.

Після проведення внутрішньоротової рентгенографії встановлено, що 65 із резорбованими коренями знаходиться в альвеолярному відростку у кістковій кишені (мал. 1). Результати ортопантомографії показали відсутність зародків 13, 18, 25, 28, 35, 44. Корені 53 та 63 без ознак резорбції. В ділянці грушоподібного отвору під

лівим крилом носа у горизонтальному положенні знаходиться повністю сформований 23. Не виключено, що кісткова пластинка над ним відсутня, а зуб від порожнини носа відмежовує лише слизова оболонка (мал. 2).

Після антисептичної обробки та протизапальної терапії, що призвело до зникнення асиметрії обличчя і деякого стухання явищ гінгівіту, та висновків ортодонтів щодо неможливості постановки 23 в зубний ряд, дівчинку госпіталізовано. Під кетаміновим наркозом видалено 65 та ретенований 23, який дійсно відмежовувався від носової порожнини лише слизовою оболонкою. 53 і 63 залишили в зубному ряді. Цікаво, що у видаленому 65 виявлено залишки пломбувального матеріалу. Це свідчить про те, що 65 раніше лікувався, тобто знаходився у зубному ряді, з якого потім був «втиснутий» у щелепну кістку 24 та 26 зубами! Післяопераційний період гладкий. Дівчинка знаходиться під диспансерним наглядом.



Мал. 1.
Внутрішньоротова рентгенограма пацієнтки Р., 15 років. 65 знаходиться в кістковій кишені в альвеолярному відростку, корені його резорбовані.



Мал. 2.
Ортопантомограма пацієнтки Р., 15 років. Пояснення в тексті. Рискою показано розташування 23.

У даному випадку виникли деякі труднощі щодо встановлення повного діагнозу та визначення причин виникнення подібної комплексної патології у однієї дитини. Це спонукало нас проаналізувати літературні дані щодо аномалій кількості та розташування зубів.

Загальновідомо, що аномалії кількості зубів можуть проявлятися як збільшенням, так і зменшенням їх числа порівняно із віковою нормою. Одним із проявів такої патології є аденція, котрій притаманна вроджена 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 [2]. При частковій аденції (гіподентії) можуть бути відсутніми як окремі зуби, так і їх групи. Вона може сполучатися із зміною форми коронок зубів, що залишились [1]. Мезіодистальні розміри зубів при частковій аденції менші порівняно із середніми розмірами при ортогнатичному прикусі [2]. Достовірно доведено, що значно меншою є і ширина всіх зубів, за винятком іклів (С. Х. Агаджанян, 1984).

Етіологічні чинники аденції вивчені недостатньо. Окреме місце серед причин її виникнення дослідники відводять спадковості. В сім'ях із гіподентією спадковість як причина аденції зустрічається у 4 рази частіше, ніж у популяції в цілому. Частіше вона передається по жіночій лінії (40%), ніж по чоловічій (27%), і має домінуючий тип успадкування [2].

Вважається, що не останню роль у виникненні аденції 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 [1, 4]. При аденції постійних зубів (частіше за все, ікла та другі моляри) тимчасові

можуть затримуватися в зубних рядах на термін до 45 років та більше порівняно із віковим періодом їх фізіологічної зміни. 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, кришталика ока, нервів. При множинній адентії зуби, що прорізувались, можуть мати шипоподібну форму та розташовуватися на значній відстані один від одного, імітуючи картину діастем та трем. Повна адентія зустрічається, головним чином, при спадковій ектодермальній дисплазії [1].

Адентію супроводжують естетичні та функціональні порушення прикусу: зміщення зубів, діастема, 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 [2].

На підставі комплексного обстеження хворих, із урахуванням морфологічних, функціональних та естетичних відхилень, Ф. Я. Хорошилкиною та С. Х. Агаджаняном (1985) запропоновано класифікацію порушень зубощелепної ділянки, спричинених частковою адентією [4].

Остаточний діагноз адентії визначається по результатам клінічного та рентгенологічного обстеження зубних рядів, щелеп, лицевого кістяка із урахуванням анамнестичних даних [2, 5]. Іноді в цьому допомагає вивчення діагностичних моделей щелеп [4].

На думку дослідників, для визначення остаточного діагнозу у всіх випадках відсутності зубів у роті найвагомим є рентгенологічне дослідження. Воно дозволяє встановити існування зародків очікуваних зубів, а при їх наявності допомагає визначити і місцеві причини, що зашкоджують прорізуванню, оцінити стан кісткової тканини альвеолярного відростка [1, 2, 3].

Отже, в подібних ситуаціях рентгенографічно нерідко визначається зубна ретенція, яка є одним із проявів аномалії розташування зубів [5]. Відомо, що ретенованими називається

сформований зуб, котрий протягом двох років після терміну нормального прорізування не з'явився і знаходиться в щелепі. Найчастіше ретенованими бувають постійні центральні різці, ікла, другі премоляри, треті моляри та понадкомплектні зуби [4].

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. Все це чітко визначається аналізом рентгенограм. Ендокринні порушення, інфекційні і загальносоматичні захворювання, запальні процеси та травма щелеп теж розглядаються як ймовірні чинники виникнення зубної ретенції [1, 4]. Гіпотиреоз і деякі рідко виникаючі захворювання (наприклад, краніоклявікулярний та краніофасціальний дизостози) здатні викликати множинну ретенцію зубів [5]. Не дивлячись на все це, більшість спеціалістів, все-таки найвірогіднішою причиною затримки прорізування зубів називають передчасне видалення тимчасових зубів та недостатність місця у зубному ряді внаслідок недорозвинення щелепи.

Вибір методу лікування зубної ретенції залежить від віку хворого, локалізації ретенованого зуба, наявності для нього місця в зубному ряді та ступеня формування кореневого апекса. Прорізування таких зубів прискорюють застосуванням знімних протезів із функцією стимулятора росту, методом електростимуляції [2]. Однак у більшості випадків перевага віддається поєднанню хірургічного втручання та активного ортодонтичного лікування. В ході оперативного втручання частково оголюються коронки ретенованих зубів, після чого на них закріплюють металеві ковпачки з петлями або крючками, брекети та ін. Потім ретеновані зуби виставляють у правильне положення знімними або незнімними ортодонтичними апаратами, при необхідності розширюючи зубний ряд [2, 4].

Видалення ретенованих зубів виконують лише у випадках, коли вони викликають різноманітні патологічні процеси: розвиток фолікулярних кіст, невралгії трійчастого нерва, запальні явища оточуючих тканин, зміщення



Мал. 3.

Пацієнтці Ж., 18 років, після хірургічного втручання була оголена коронка ретенованого та дистопованого 23 з метою подальшого ортодонтичного лікування.

або резорбцію коренів сусідніх зубів і т. п. [4]. Ретеновані зуби, які залягають глибоко і не викликають таких явищ, можуть залишатися в щелепі тривалий час. При неправильному або глибокому заляганні ретенованого постійного зуба, особливо у віці пацієнта більше 15 років, тимчасовий можна залишати.

Рентгенологічне дослідження, проведення якого перед видаленням є обов'язковим [2], має на меті визначення ряду принципово важливих питань: локалізація зуба відносно зубного ряду, його зв'язок із сусідніми зубами та анатомічними утвореннями, розташованими поряд (гайморова порожнина, порожнина носа, нижньощелепний канал та ін.). Вирішення цих завдань, що здатне запобігти виникненню ускладнень під час хірургічного втручання та у післяопераційному періоді, стає можливим лише при використанні панорамної рентгенографії і томографії [1, 2, 3, 5].

У випадках, коли зуб, що прорізався, або зубний фолікул знаходяться у невідповідному для них місці, говорять про зубну дистопію, яка переважно спостерігається у постійному прикусі. Дистоповані зуби можуть прорізуватися у будь-якому відділі порожнини рота, носовій порожнині та у ділянці інфраорбітального краю і орбіти [5]. Іноді вони виявляються у гільці щелепи, стінці гайморової порожнини. Однак найчастіше зустрічаються аномалії розташування зубів у зубній дузі [1].

Відзначають, що дистопія зуба нерідко сполучається із його ретенцією. Наведемо приклад подібної клінічної ситуації із власної практики. Пацієнтка Ж., 18 років, звернулась в нашу клініку із скаргами на відсутність зуба на верхній щелепі зліва.

Під час об'єктивного обстеження встановлено відсутність у зубному ряді 23 зуба. Аналіз анамнестичних даних не виявив яких-небудь загальносоматичних захворювань та проведення лікарських маніпуляцій, котрі могли б спричинити виникнення часткової адентії. Натомість стало відомо, що пацієнтка є кандидатом у майстри спорту з легкої атлетики, що не виключало в минулому травми, яка могла б сприяти розвитку зубної ретенції. Рентгенологічним дослідженням встановлено, що 23 знаходиться в альвеолярній кістці у піднебінному положенні відносно зубного ряду, корінь його сформований. Нами поставлено діагноз ретенції та дистопії 23, а спільно із ортодонтами прийнято рішення про комплексне хірургічно-ортодонтичне лікування. Під місцевою анестезією розчином «Ультракаїну» видалено слизово-окисний клапот та проведено компактостеотомію, завдяки чому у кісткове «віконце» вистояла частково оголена коронка 23 (мал.

3). Післяопераційний період гладкий. Для стимуляції прорізування 23 та встановлення його у зубний ряд через 5 днів після операції виготовлено ортодонтичну конструкцію. Пацієнтка взята на диспансерний облік з метою визначення безпосередніх та віддалених результатів лікування.

З огляду на вищевикладене, повертаючись до першого клінічного випадку, в діагнозі, безперечно, ретенція та дистопія 23 на тлі часткової адентії та фізіологічної редукції. А от щодо 65... Хоча ми і раніше декілька разів спостерігали подібні ситуації, в літературі не зустріли згадки про схожі випадки.

Тому діагноз сформулювали як «вдавлення 65 в альвеолярну кістку».

Щодо причин виникнення такої комплексної патології у однієї дитини, безумовно, необхідно провести поглиблене медичне обстеження дівчинки. Ймовірно, не останню роль відіграла і тривала робота батька на ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС.

Ми впевнені, що подібні випадки не поодинокі. Такі ситуації спонукають хірургів-стоматологів та ортодонтів до тісної співпраці з метою виваженої реабілітації дітей, хворих на адентію, зубну ретенцію і дистопію.

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. — 231 с.
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. Шехтер И. А., Воробьев Ю. И., Котельников М. В. *Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии.* — М.: Медицина, 1968. — 255 с.