

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии детского возраста и ортодонтии

Классификация аномалий количества зубов. Этиология.
Патогенез. Клиника и лечение.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники
стоматологии
детского возраста и ортодонтии
по специальности:
«Ортодонтия»
Щуренко Софья Сергеевна
Рецензент:
д.м.н., доцент Бриль Е.А.

Красноярск, 2019

Оглавление

Введение	3
Гиперодонтия, или сверхкомплектные зубы	3
Этиология и патогенез	4
Клиническая картина	4
Диагностика	6
Лечение	6
Профилактика	7
Гиподонтия	8
Этиология	8
Патогенез.....	9
Клиническая картина	10
Диагностика	11
Лечение	12
Прогноз и профилактика.....	12
Список литературы	14

Введение

Аномалии зубов – разнородная группа врожденных или приобретенных нарушений отдельных зубов, зубных рядов или прикуса, изменяющих нормальное функционирование зубочелюстной системы. Согласно имеющимся в стоматологии сведениям, различные аномалии зубов встречаются у 40-50% детей и подростков и 30% (по данным некоторых авторов - у 70-80%) взрослых. В норме каждому зубу присущи определенные характеристики (анатомическая форма, величина и др.), которые определяются периодом формирования прикуса и местом зубной единицы в зубном ряду. Отклонения от физиологической нормы в количестве, размерах, форме, цвете, положении, сроках прорезывания, структуре твердых тканей расцениваются как аномалии зубов. Аномалии зубов требуют специализированного, порой длительного и многоэтапного, терапевтического, хирургического, ортодонтического, ортопедического лечения. Среди аномалий количества зубов принято выделять:

- а) гиперодонтия (сверхкомплектные зубы)
- б) гиподонтия (частичная и полная адентия)

ГИПЕРОДОНТИЯ, ИЛИ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ ЗУБЫ

Гиперодонтия представляет превышение общего количество прорезавшихся зубов, которые иначе называют сверхкомплектными. Чаще всего гиперодонтия отмечается в позднем периоде сменного прикуса, когда основная часть зубов уже прорезалась. В единичных случаях, лишние экземпляры могут появиться и во время формирования молочного прикуса. Данная аномалия встречается преимущественно у мужской половины человечества, у женщин она диагностируется лишь в 35% случаев от общего числа. В 85% зафиксированных случаев, патология появляется прорезыванием одного или двух сверхкомплектных, остальные пациенты

имели по 3 и более лишних зуба, которые располагались как по линии десны, так и по твердому небу, заполняя всю его площадь.

Этиология и патогенез

Процесс возникновения сверхкомплектных зубов (СКЗ) до сих пор не ясен. Одни авторы выдвигают гипотезу атавизма. Другие придерживаются гипотезы расщепления зубного зачатка. Третьи рассматривают появление сверхкомплектных зубов под влиянием и одного и другого факторов.

Сторонники гипотезы атавизма объясняют происхождение сверхкомплектных зубов как появление органа, исчезнувшего в процессе эволюции, то есть рассматривают проявление сверхкомплектных зубов как возврат к первоначальному числу, когда предки человека имели шесть резцов. Вот почему сверхкомплектные зубы чаще встречаются во фронтальном участке челюстей. Следует отметить, что гипотеза атавизма способна объяснить лишь возникновение сверхкомплектных зубов, близких к резцам и клыкам, но не может объяснить, почему иногда развиваются сверхкомплектные премоляры и моляры.

Сторонники гипотезы расщепления зубного зачатка объясняют наличие сверхкомплектных зубов чрезмерной производительностью зубной пластинки в эмбриональном периоде. Эта гипотеза может объяснить появление сверхкомплектных зубов в различных участках зубочелюстного аппарата, однако, она не может объяснить факта существования у одних и тех же особей одновременно гипо- и гиперодонтии. Подтверждением данной гипотезы может служить и такой факт как макродонтия.

Ряд авторов считают, что сверхкомплектные зубы это генетически обусловленная аномалия и указывают как на доминантный, так и рецессивный тип ее наследования.

Клиническая картина

Зубы, прорезавшиеся сверх нормального количества, называются сверхкомплектными. 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 могут способствовать развитию аномалий положения отдельных зубов, различных деформаций зубной дуги и прикуса в целом, а также нарушать процесс прорезывания постоянных зубов. При прорезывании сверхкомплектных зубов в зубном ряду возникает дефицит места для постоянных комплектных зубов, в результате чего они изменяют свой наклон, а зубная дуга деформируется.

Сверхкомплектные зубы являются причиной возникновения диастемы; прорезываясь в зубной ряд, сверхкомплектные зубы вызывают дистальное, медиальное, небное, вестибулярное положение комплектных зубов. Сверхкомплектный зуб может прорезываться вне зубной дуги. В случаях их расположения с небной или язычной стороны за постоянными зубами, смещение последних происходит кпереди и в сторону.

Если сверхкомплектные зубы прорезываются впереди постоянных зубов, то последние оказываются смещенными орально. В случаях, когда сверхкомплектные зубы оказывают давление на постоянные, то наблюдается поворот последних вокруг оси.

Из-за наличия сверхкомплектных зубов во фронтальном участке задерживаются в челюсти постоянные зубы. Особенно опасна стойкая ретенция постоянных резцов при наличии ретенированных сверхкомплектных зубов. Корень постоянного зуба завершает свой рост и формирование, а зуб теряет тенденцию к прорезыванию. Эти зубы, за редким исключением, бывают неправильной формы, их размеры не

соответствуют размерам комплектных (это касается как коронковой части зуба, так и корневой).

Различают 6 основных групп сверхкомплектных зубов в зависимости от формы коронок: шиповидные, бугорчатые, долотовидные, шишковидные, сросшиеся и расщепленные.

Сросшиеся зубы могут иметь четыре типа слияния комплектных и сверхкомплектных зубов с учетом его характера и протяженности:

- Первый тип – напластовывание или наращение сверхкомплектной части в виде дополнительных бугорков.
- Второй тип – слияние только коронковой части зубов.
- Третий тип – слияние только корневой части зубов.
- Четвертый тип – слияние зубов на всем протяжении.

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.

Диагностика

Сверхкомплектные зубы определяют посредством прицельной внутриротовой рентгенографии. При изучении внутриротовых рентгенограмм оценивают взаиморасположение и форму сверхкомплектного зуба и зачатков или корней постоянных зубов, состояние периодонтальных тканей.

Лечение

Наиболее оптимальным для лечения аномалий зубочелюстной системы, обусловленных сверхкомплектными зубами, является аппаратурно-хирургический метод. Раннее удаление сверхкомплектных зубов способствует саморегуляции положения постоянных зубов и обычно

не требует дальнейшего ортодонтического лечения. Саморегуляция наступает в течение 3 – 4 месяцев, в основном, в тех случаях, когда сверхкомплектные зубы были выявлены и удалены в период развития аномалий.

Если же ко времени удаления сверхкомплектные зубы вызвали значительные изменения в положении постоянных зубов, то необходимо проводить активное ортодонтическое лечение.

Значительные трудности возникают при лечении ретенции комплектных зубов, сочетающейся с ретенцией сверхкомплектных зубов. В этом случае удаляют сверхкомплектные зубы и коронку ретенированного зуба обнажают до шейки (под местным обезболиванием). После хирургического вмешательства начинают ортодонтическое лечение, а именно, наложение коронки или каппы на ретенированный зуб и антагонист с межчелюстной резиновой тяги между ними. В случае стойкой ретенции постоянных зубов, обусловленной наличием ретенированных сверхкомплектных зубов, предлагается их удалять, как причину аномалии.

Сверхкомплектные зубы, которые обусловили ретенцию комплектных зубов, подлежат удалению с последующим применением замещающих протезов или стимулирующих пластинок, сочетающихся с ортодонтическим лечением и хирургическим вмешательством. Все ретенированные сверхкомплектные зубы подлежат удалению.

Удаление сверхкомплектных зубов, которые прорезываются в сторону зубного ряда и не вызывают изменений в костях и деформации челюстей, может быть отсрочено до полного или частичного их прорезывания во избежание травм зачатков зубов и альвеолярных отростков челюстей.

Профилактика

Необходим строгий врачебный контроль за развитием ретенированных сверхкомплектных зубов, особенно когда они

располагаются глубоко в челюстях и имеют неправильное направление роста. В этих случаях с целью профилактики аномалий зубочелюстной системы необходимы раннее выявление и удаление сверхкомплектных зубов.

ГИПОДЕНТИЯ

Гиподентия – это патология, при которой наблюдается полное отсутствие прорезывания одного или нескольких зубов, в результате нарушения развития или рассасывания их зачатков.

Гиподентия может иметь как врожденный, так и приобретенный характер. Заболевание поражает, в основном, зубной ряд от вторых резцов до третьих моляров.

В медицине существует несколько заболеваний, которые по своему механизму развития схожи с гиподентией. К таким заболеваниям относятся олигодентия и адентия. Олигодентия, так же как и гиподентия характеризуется отсутствием одного или группы зубов. Но при этом, патология развивается только в результате врожденных аномалий. Адентия – представляет собой заболевание, при котором диагностируется полное отсутствие зубов на челюстной дуге, в результате их не прорезывания. Патология развивается из-за отсутствия зачатков, либо неполного развития альвеолярной части челюсти.

Этиология

Гиподентия может быть вызвана различными факторами, влияющими на развитие ребенка во время активного роста или внутриутробного периода. В качестве основных причин выделяют следующие:

- Наследственность. Как правило, для этой причины характерно симметричное отсутствие зубов.
- Заболевания инфекционного характера, перенесенные матерью во время беременности и приводящие к интоксикации плода.

- Нарушения в работе эндокринной системы, которые чаще всего, влияют на зачатки постоянных моляров.
- Травмирование челюсти в области альвеолярного гребня. В качестве травмирующего фактора может выступать удар или хирургическое вмешательство, которое приводит к разрушению зачатка.
- Кариес. Из-за глубокого кариеса, поразившего пульпарную камеру молочного зуба, инфекция может проникнуть к зачаткам постоянных, что приведет к их заражению и разрушению.
- Аномальное развитие челюстной дуги, в которой не хватает места для всех зачатков зубов.
- Заболевания врожденного характера: дисплазия хондроктодермального типа, синдром Криста-Сименса-Турнера.

Патогенез

В зависимости от механизма развития заболевания и причины его возникновения, в ортодонтии различают 3 вида гиподентии: приобретенная, анкилоз и эктодермальная дисплазия.

Приобретенная гиподонтия является заболеванием, которое возникает в результате разрушения зачатка, потери зуба из-за травмы или удаления при стоматологическом лечении. Вследствие отсутствия отдельного зуба, может произойти смещение расположенных рядом с ним. Это приводит к нарушению окклюзионной нагрузки и расхождению оставшихся. Чаще всего, такое явление наблюдается при отсутствии латеральных резцов. При этом зубы не только разъезжаются, но и отклоняются вперед. Отсутствие лечения данного вида патологии приводит к выраженному изменению прикуса.

Анкилоз представляет собой заболевание, при котором происходит сращение тканей зачатка с челюстной костью. В основном наблюдается при постоянном прикусе, поражая зачаток второго моляра. Патогенез

характеризуется длительным не выпадением молочного зуба, который отличается от основного ряда, меньшими размерами. Коронки прилегающих зубов обычно имеют наклон в его сторону. При простукивании анкилозированного экземпляра, слышится приглушенный звук. Основной причиной такого явления считается разрыв зачатка с периодонтальной связкой, а также слияние цемента корня с челюстной костью альвеолярного гребня.

При эктодермальной дисплазии отсутствует сразу несколько зубов, а те, что находятся на челюстной дуге, имеют конусовидную форму и небольшие размеры, в том числе и моляры. Дисплазия эктодермального типа является собирательным понятием, которое охватывает около 150 болезней врожденного характера, отличающихся выраженной гипоплазией и аплазией элементов эктодермальной структуры: кожных покровов, ногтей, волос, зубов. Наиболее распространенная форма эктодермальной дисплазии гипогидротическая, она наследуется от матери, при этом проявляется только у мужчин. Патология сопровождается сухостью кожи, которая имеет необычно гладкую поверхность. Также, отмечается частичная или полная закупорка потовых желез и редкое расположение волос. Кроме этого, данный вид может характеризоваться массивными надбровными дугами, запавшей переносицей, пигментацией кожных покровов и слизистой. Губы приобретают бледный оттенок с выраженной красной каймой.

Клиническая картина

Полная первичная адентия-тяжелая форма аномалии, при которой отсутствуют зачатки зубов, имеются симптомы, выявляемые при осмотре лица, так как они сочетаются с нарушением развития лицевого скелета в целом. При адентии отмечаются уменьшение гнатической области лица и нижней морфологической высоты лица, резко выраженная 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 наблюдаются сухость, бледность, морщинистость кожи, отсутствие волос или малое их количество в виде своеобразного пуха. При осмотре рта отмечаются сухость и бледность слизистой оболочки, отсутствие зубов и резко выраженное недоразвитие альвеолярных отростков челюстей.

Частичная первичная адентия (гиподонтия) аномалия развития: уменьшенное по сравнению с нормой количество зубов, что связано с отсутствием их зачатков. При отсутствии передней группы зубов происходит западение губы. При осмотре рта отмечаются отсутствие некоторых зубов в зубном ряду, недоразвитие альвеолярного отростка в соответствующем участке челюсти и смещение в область дефекта рядом расположенных зубов и зубов-антагонистов.

Вторичная частичная адентия наблюдается в тех случаях, когда был зачаток, прорезался зуб, но по каким-либо причинам он был удален. При вторичной частичной адентии в отличие от первичной развитие альвеолярных отростков в соответствующем участке, как правило, нормальное, а степень смещения рядом расположенных зубов и зубовантагонистов в значительной мере определяется временем с момента удаления зуба.

В период смены зубов частичная адентия может характеризоваться тем, что в результате смещения зубов в область дефекта возникает недостаток места в зубном ряду для комплектных постоянных зубов или полное отсутствие места, с чем связано изменение сагиттальных и трансверсальных параметров зубных рядов.

Диагностика

Для точной постановки диагноза недостаточно провести визуальный или инструментальный осмотр, так как нередко причиной отсутствия зуба является задержка его прорезывания (ретенция). В зависимости от вида ретенции, прорезывание может так и не наступить, но при этом зуб все же будет находиться в десне. Чтобы дифференцировать гиподонтию от ретенции, используют рентгенографию, по снимкам которой можно определить присутствие скрытого зуба, а также отсутствие или наличие зачатков. При задержке прорезывания группы зубов применяют ортопантограмму, которая позволяет снять всю челюсть целиком и просмотреть область зачатка, а также его целостность.

Лечение

На основании полученных данных и с учетом возраста пациента подбирается метод устранения данной проблемы. Любой вариант лечения включает восстановление формы зубного ряда, его целостности, правильной окклюзии и предупреждение вторичной деформации. Для этого возможно использование нескольких методик. Ортодонтическое лечение применяется при единичных дефектах переднего отдела зубного ряда. Дает хороший результат при замещении клыками боковых верхних резцов. Для этого применяют различные типы аппаратов, которые подбираются в зависимости от сложности случая и возраста пациента. В младшем детском возрасте могут быть назначены съемные аппараты, но наиболее эффективными и для взрослых, и для детей, являются несъемные устройства: брекет-системы, аппарат Гуляевой и др. При отсутствии положительного эффекта от ортодонтического лечения, а также для коррекции результата используют различные методы протезирования. При невозможности сократить промежуток ортодонтическими методами, прибегают к установке протезов: при отсутствии единичных зубов устанавливают мостовидные протезы. При аномалии нескольких, применяют бюгельную конструкцию или частичные

акриловые протезы. Съемное протезирование позволяет полностью устранить дефект, но при этом имеет много минусов: дискомфорт при использовании, убыwanie костной ткани и деформация пародонта. Кроме того, они не обеспечивают должного распределения нагрузки при жевании, что приводит к износу оставшихся зубов. Наиболее современным методом, является дентальная имплантация. Она позволяет полностью восстановить функциональность зуба, не повреждая при этом расположенные рядом и предупреждая убыwanie костной ткани проблемного участка.

Прогноз и профилактика

Гиподентия приводит не только к аномальному положению оставшихся зубов, но и к изменению прикуса, что ведет за собой последствия, негативные для всего организма. Чтобы этого не произошло, необходимо своевременно заниматься данной проблемой. Лечение, начатое в раннем детском возрасте, в период сменного прикуса, приводит к внешнему восстановлению зубного ряда за небольшой период времени. В среднем, лечение занимает от 1 до 1,5 лет. Коррекция, начатая уже во взрослом возрасте, может продлиться до 3 лет и все равно не дать ожидаемого результата. Единственный способ избежать лечения – это проводить своевременную профилактику. Для данного заболевания подходят общие меры, предупреждающие как его развитие, так и проявления, характерные для всех стоматологических патологий: следить за качеством гигиены зубного ряда и регулярно посещать стоматолога. В период беременности соблюдать все предписания врача и меньше контактировать с людьми, имеющими проявления ОРВИ, гриппа и других легко передающихся инфекционных заболеваний. Это поможет избежать проблем с развитием плода. Своевременно лечить патологии эндокринной системы и постоянно проходить осмотр при врожденных заболеваниях.

Список литературы

1. Аномалии зубов [Электронный ресурс]. // РЛС. – Режим доступа: http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/dental-anomaly.
2. Аномалии количества зубов [Электронный ресурс]. // РЛС. – Режим доступа: <https://medbe.ru/materials/ortodontiya/anomalii-kolichestvazubov/> .
3. Аномалии количества и размеров зубов [Электронный ресурс]. // РЛС. – Режим доступа: <https://helpiks.org/1-135101.html>
4. Дистель, В. А. Зубочелюстные аномалии и деформаций: основные причины развития / В. А. Дистель, В. Г. Сунцов, В. Д. Вагнер – М.: 2001. – С. 102.
5. Ортодонтия: Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / В. И. Куцевляк, А. В. Самсонов, С. А. Скляр [и др.] – 2005. – С. 182-189.
6. Персин, Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование – М.: 2006. – С. 14.