

Частичная вторичная адентия.
Этиология, классификация, диагностика.

Выполнили ординаторы
Специальности стоматология ортопедическая

Ходыкин А.Д.

Урсу Д.

Содержание:

1. Определение
2. Этиология
3. Классификация
4. Патогенез
5. Клиническая картина
6. Жалобы
7. Диагностика

Частичная потеря зубов

Это не болезнь, а одна из форм поражения зубочелюстной системы, т. е. патологическое состояние, наступающее вследствие болезни — кариеса, заболеваний пародонта и др., поэтому она может быть диагнозом.



Этиология

Патологическое состояние, обусловленное нарушением непрерывности зубного ряда, т. е. отсутствием зубов в зубочелюстной системе, называется **частичной вторичной адентией** или **дефектом зубного ряда**. Причинами его могут быть:

- нарушения, возникающие при формировании зубочелюстной системы:
- первичная частичная адентия, вызванная отсутствием зубов;
- неправильное развитие зачатков зубов (ретенированные зубы).

Этиология

Нарушения, обусловленные потерей зубов в сформированной зубочелюстной системе, возникающие вследствие:

- развития осложненного кариеса;
- развития заболеваний периодонта;
- оперативных вмешательств на челюстях по поводу остеомиелитов, новообразований;
- травм зубов и челюстей различной этиологии.



Классификация

Разнообразие вариантов дефектов зубных дуг обусловило необходимость их систематизации, которая в большинстве случаев была осуществлена по анатомопографическим признакам.

Так, E. Kennedi (1942) делит дефекты зубных рядов на четыре класса:

- I класс — двусторонний концевой дефект;
- II класс — односторонний концевой дефект;
- III класс — включенный дефект в области жевательных зубов;
- IV класс — дефект в области фронтального участка зубного ряда.

Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди (1923)

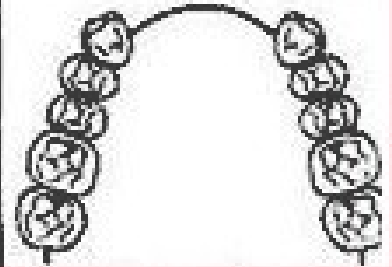
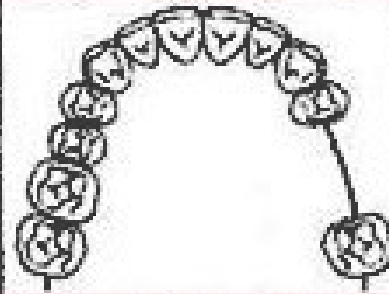
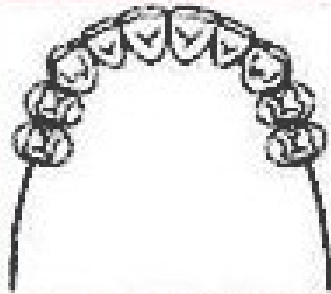
I класс

II класс

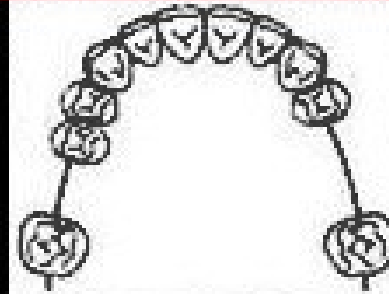
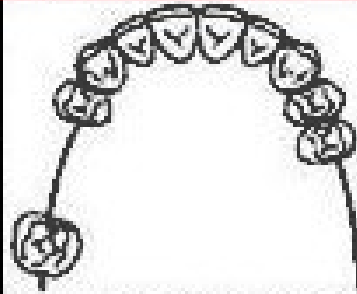
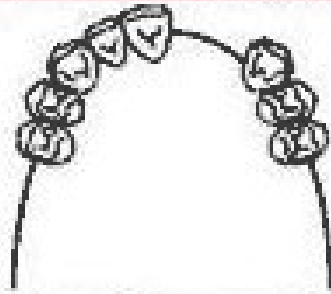
III класс

IV класс

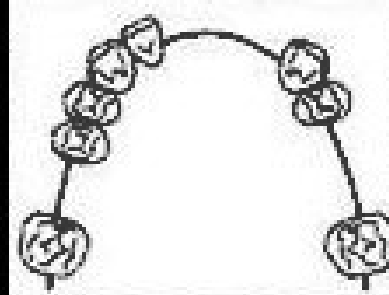
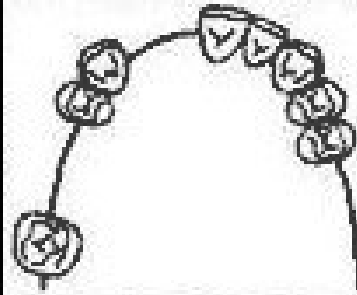
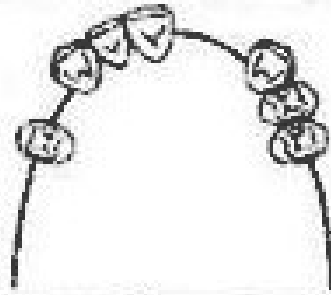
Характеристика
класса



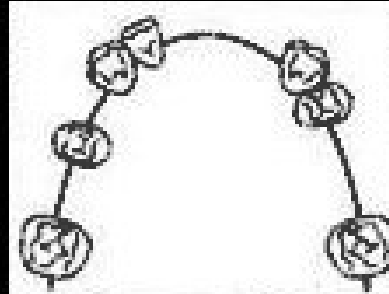
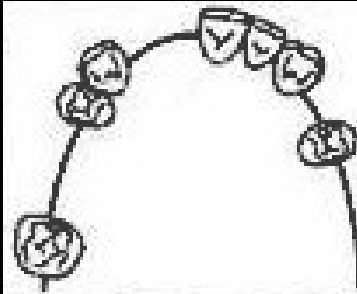
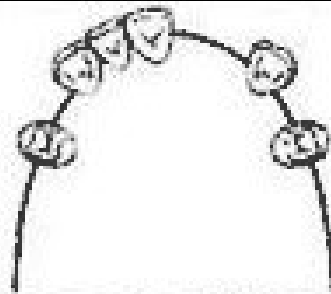
1 подкласс



2 подкласс



3 подкласс



Классификация

- При наличии нескольких дефектов зубного ряда, относящихся к различным классам, зубную дугу относят к меньшему по порядку классу



Классификация

В. Ю. Курляндский (1965) дефекты зубных рядов делит на 3 группы:

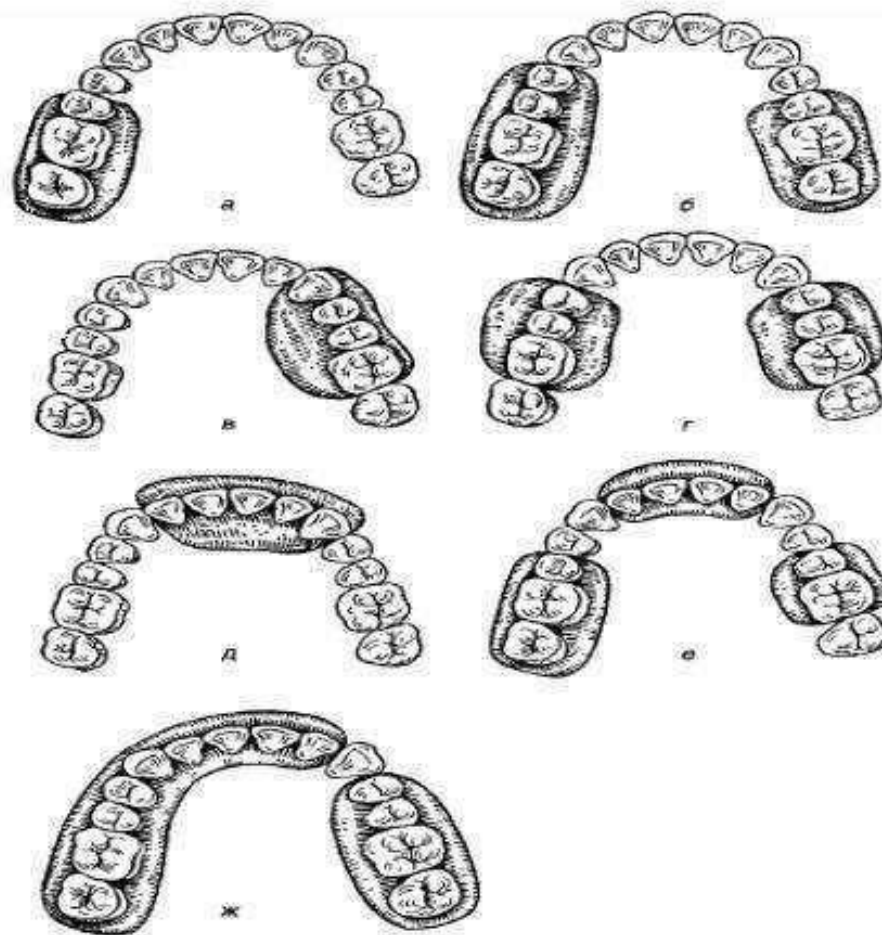
- 1-я— одиночные или множественные дефекты зубного ряда (зубных рядов) при сохранении дистальных опор;
- 2-я— одиночные или множественные дефекты зубного ряда (зубных рядов) при утрате одной либо обеих дистальных опор;
- 3-я— интактные зубные ряды, одиночные или множественные дефекты в них на фоне поражения тканей пародонта.

Классификация

Е. И. Гаврилов (1966) предложил различать следующие типы дефектов зубных рядов:

- концевые (одно- и двусторонние);
- включённые (боковые — одно- или двусторонние, передние);
- комбинированные;
- челюсти с одиночно сохранившимися зубами.

Классификация дефектов зубных рядов по Гаврилову Е.И.



Классификация

Несколько по иному принципу дефекты зубных рядов классифицирует К. Eichner (1962). Он исходит из положения, выдвинутого G. Steinhardt (1951), где утверждается существование при нормальном прикусе четырех защитных зон, удерживающих его высоту. Указанные зоны образуются премолярами и молярами.

Классификация

При наличии всех зубов зубные дуги имеют четыре защитные зоны — по две с каждой стороны челюсти. В зависимости от числа сохранившихся зон все зубные ряды разделены на три группы:

- В первую (А) включены зубные ряды, имеющие антагонистов во всех четырех защитных зонах;
- во вторую (Б) — зубные ряды, частично утратившие защитные зоны;
- в третью (В) — зубные ряды без антагонистов.

Классификация

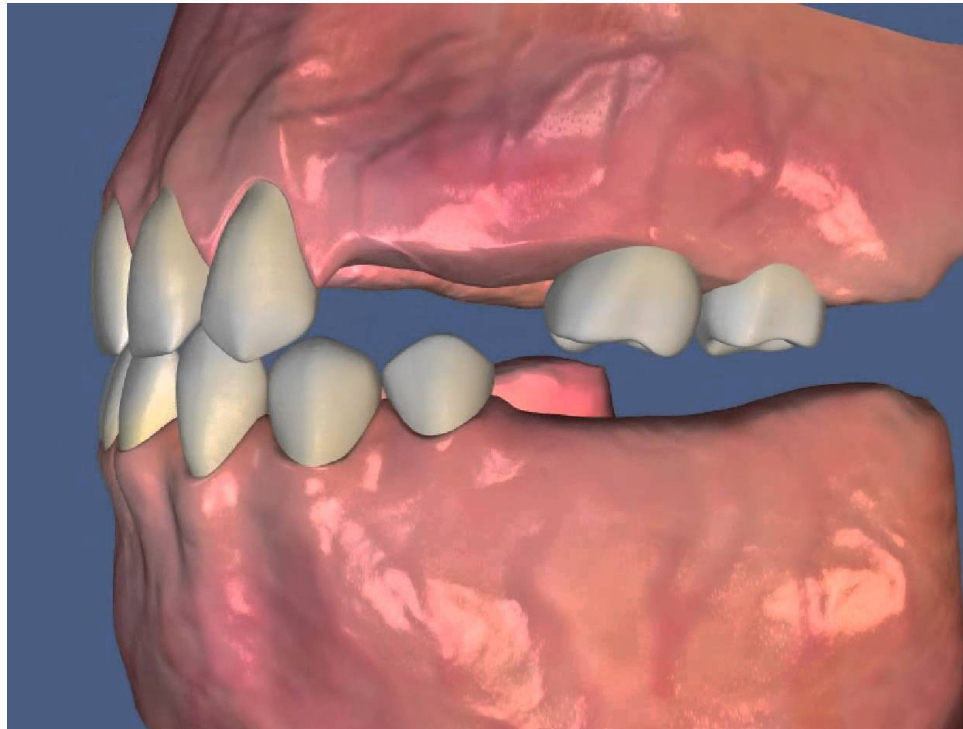
- Следует отметить, что любая классификация облегчает изучение клиники частичной потери зубов, ведение документации способствует взаимопониманию между врачами и в то же время не позволяет точно определить план протезирования, так как выбор конструкции протеза зависит не только от расположения дефекта, но и от состояния коронок, а также опорного аппарата сохранившихся зубов, от их положения по отношению к окклюзионной плоскости, вида прикуса, особенностей строения беззубого альвеолярного отростка, от возраста пациента и т.д.

Патогенез

Патогенетические основы частичной вторичной адентии как самостоятельной формы поражения зубочелюстной системы обусловлены большими адаптационными и компенсаторными механизмами зубочелюстной системы.



Субъективно человек, потерявший один, два и даже три зуба, может не замечать нарушения функции жевания. Однако, несмотря на отсутствие субъективных симптомов поражения зубочелюстной системы, в ней происходят существенные изменения. Увеличивающаяся со временем количественная потеря зубов ведет к изменению функции жевания.



Клиническая картина

После потери зубов в зубных рядах изменяется характер взаимообусловленности формы и функции. Клиническая картина при этом зависит:

- от времени, прошедшего с момента потери зубов;
- количества потерянных зубов;
- расположения зубов в зубном ряду;
- выполняемой зубами роли в жевании;
- вида соотношения зубных рядов;
- состояния периодонта и твердых тканей сохранившихся зубов;
- от возраста и общего состояния организма больного



Ведущими симптомами в клинике частичной потери зубов являются:

1) нарушения непрерывности зубного ряда;

2) функциональная диссоциация — распад зубного ряда на самостоятельно действующие группы зубов и появление в связи с этим трех звеньев:

- функционирующего центра;
- травматического узла;
- нефункционирующего звена, или атрофического блока;

3) функциональная перегрузка периодонта оставшихся зубов;

4) вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов;

5) нарушения:

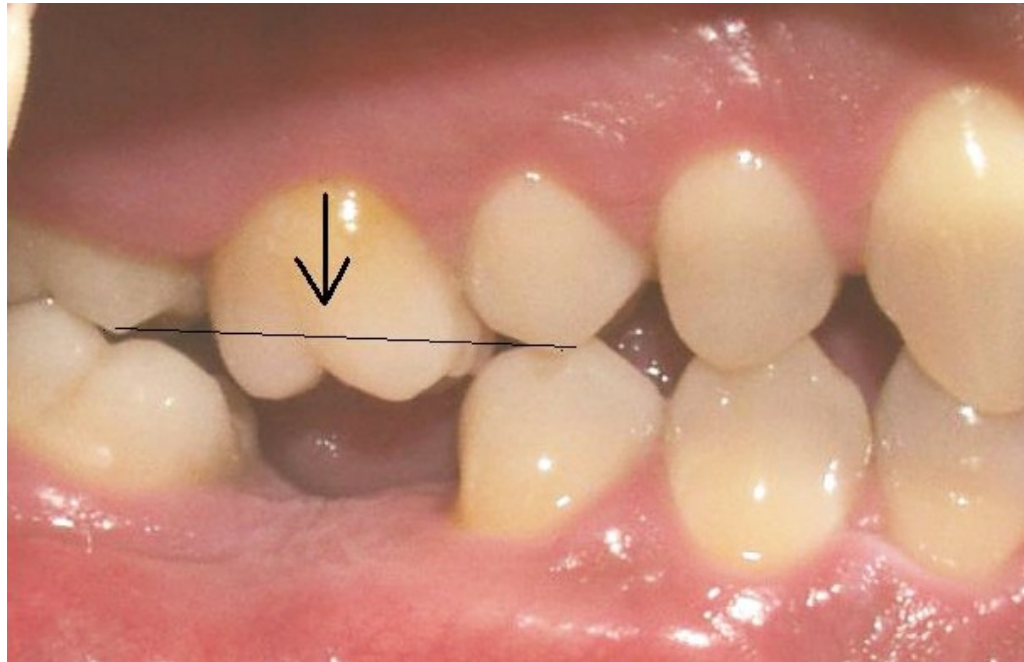
- функции жевания и речи;
- функции жевательных и мимических мышц;
- деятельности височно-нижнечелюстных суставов;
- эстетических норм.

В зависимости от вида изменений, происходящих в зубных рядах после потери зубов, различают следующие три степени тяжести поражений:

- *Компенсированное состояние* — обуславливается дефектом зубного ряда, не влияющим на форму и структуру зубных рядов и периодонта.



Субкомпенсированное состояние — наступает вследствие внутрисистемной перестройки в зубных рядах и периодонте: коронки зубов наклоняются в сторону дефекта, между зубами появляются тремы, зубы напротив дефекта смещаются в вертикальном направлении, перестраивается и периодонт.



Декомпенсированное состояние — имеет место в тех случаях, когда внутрисистемная перестройка дополняется воспалительными явлениями в периодонте, его деструкцией, когда появляются десневые и костные карманы.



Суб- и декомпенсированное состояния возникают при реактивной недостаточности организма, когда жевательный аппарат перестает формировать систему и начинает ее разрушать, в результате чего наступает состояние функциональной патологии и, как следствие, нарушаются адаптивные механизмы, что клинически проявляется внутрисистемной перестройкой в зубочелюстной системе.

Эти изменения зависят от топографии дефектов и количественной потери зубов: на участках зубного ряда, где нет антагонистов, человек разжевывать или откусывать пищу не может, эти функции выполняют сохраненные группы антагонистов.

Перенос функции откусывания на группу клыков или премоляров вследствие потери передних зубов, а при потере жевательных — функции разжевывания на группу премоляров или даже переднюю группу зубов нарушает функции тканей пародонта, мышечной системы, элементов височно-нижнечелюстных суставов.



При интактных зубных рядах после откусывания пищи разжевывание происходит ритмично, с четким чередованием рабочей стороны в правой и левой группах жевательных зубов.

Чередование фазы нагрузки с фазой покоя (балансирующая сторона) обуславливает ритмичное подключение к функциональной нагрузке тканей пародонта, характерную сократительную мышечную деятельность и ритмичные функциональные нагрузки на



И. Ф. Богоявленский (1976) указывает, что изменения, развивающиеся под влиянием функции в тканях и органах, в том числе в костях, есть не что иное, как **«функциональная перестройка»**.

Она может протекать в пределах физиологических реакций. Физиологическая функциональная перестройка характеризуется такими реакциями, как **адаптация, полная компенсация и компенсация на пределе**.

Работами **И. С. Рубинова** доказано, что эффективность жевания при различных вариантах адентии практически составляет 80-100%.

Адаптационно-компенсаторная перестройка зубочелюстной системы, по данным анализа мастикациограмм, характеризуется некоторыми изменениями второй фазы жевания, поиска правильного расположения пищевого комка, общим удлинением одного полного



Если в норме, при интактных зубных рядах, для разжевывания ядра ореха миндаля (фундук) массой 800 мг требуется 13—14 с, то при нарушении целостности зубного ряда время удлиняется до 30—40 с в зависимости от числа утраченных зубов и сохранившихся пар антагонистов.



Основываясь на фундаментальных положениях Павловской школы физиологии, И. С. Рубинов, Б. Н. Бынин, А. И. Бетельман и другие отечественные стоматологи доказали, что в ответ на изменения в характере пережевывания пищи при частичной адентии изменяется секреторная функция слюнных желез, желудка, замедляются эвакуация пищи и перистальтика кишечника.

Все это есть не что иное, как общебиологическая приспособительная реакция в пределах физиологической функциональной перестройки организма.

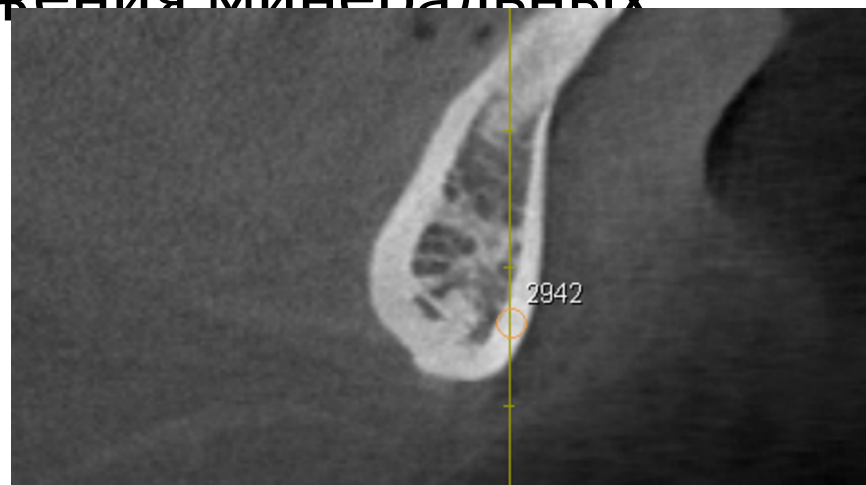


Ответная реакция костной ткани челюстей на изменившиеся условия функциональной нагрузки на пародонт проявляется в изменении интенсивности минерализации и белкового обмена.

В этом отражается общебиологическая закономерность жизнедеятельности костной ткани при воздействии неблагоприятных факторов, когда происходит исчезновение минеральных солей, а лишенная минерального компонента органическая основа некоторое время сохраняется в виде остеоидной ткани.

Минеральные вещества кости достаточно лабильны и при определенных условиях могут «извлекаться» и вновь «откладываться» при благоприятных, компенсированных состояниях или условиях.

Белковая основа ответственна за протекающие процессы обмена веществ в костной ткани и является показателем происходящих изменений, регулирует процессы отложения минеральных веществ.



Длительность действия неблагоприятных факторов на пародонт и кости челюсти, таких как повышенная функциональная нагрузка и полное выключение из функции, приводит зубочелюстную систему в состояние «компенсации на пределе», суб- и декомпенсации.

Зубочелюстную систему с нарушенной целостностью зубных рядов следует рассматривать как систему с фактором риска.

Жалобы

Жалобы больных носят различный характер и зависят они от топографии дефекта, количества отсутствующих зубов, возраста и пола пациентов.

Особенность изучаемой нозологической формы заключается в том, что она никогда не сопровождается чувством боли. В молодом и нередко в зрелом возрасте отсутствие —2 зубов не вызывает каких-либо жалоб со стороны пациентов.

Патология выявляется в основном во время диспансерных осмотров, при плановой санации полости рта.



При отсутствии резцов, клыков преобладают жалобы на эстетический недостаток, нарушение речи, разбрызгивание слюны при разговоре, невозможность откусывания пищи. Если отсутствуют жевательные зубы, пациенты жалуются на нарушение акта жевания (эта жалоба становится доминирующей лишь при значительном отсутствии зубов). Чаще больные отмечают неудобство при жевании, невозможность разжевывать пищу.



Нередки жалобы на эстетический недостаток при отсутствии премоляров на верхней челюсти. Необходимо установить причину удаления зубов, так как последняя имеет важное значение для общей оценки состояния зубочелюстной системы и прогноза. Обязательно выясняют, проводилось ли ранее ортопедическое лечение и какими конструкциями зубных протезов. Бесспорным является необходимость выяснения общего состояния здоровья в данный момент, что может несомненно повлиять на тактику врачебных манипуляций.



Диагностика

При внешнем осмотре, как правило, лицевые симптомы отсутствуют. Отсутствие резцов и клыков на верхней челюсти проявляется симптомом «западения» верхней губы.

При значительном отсутствии зубов отмечается «западение» мягких тканей щек, губ.



Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях без сохранения антагонистов нередко сопровождается развитием ангулярных хейлитов (заеды); при глотательном движении нижняя челюсть совершает большую амплитуду вертикального перемещения.



При осмотре тканей и органов рта необходимо тщательно изучить тип дефекта, его протяженность (величину), состояние слизистой оболочки, наличие антагонизирующих пар зубов и их состояние (твердых тканей и пародонта), а также состояние зубов без антагонистов, положение нижней челюсти в центральной окклюзии и в состоянии физиологического покоя.

Осмотр необходимо дополнять пальпацией, зондированием, определением устойчивости зубов и др. Обязательным является рентгенологическое исследование пародонта зубов, которые будут опорными для различных конструкций зубных протезов.

Диагностика вторичной частичной адентии не представляет сложности. Сам дефект, его класс и подкласс, а также характер жалоб больного свидетельствуют о нозологической форме.

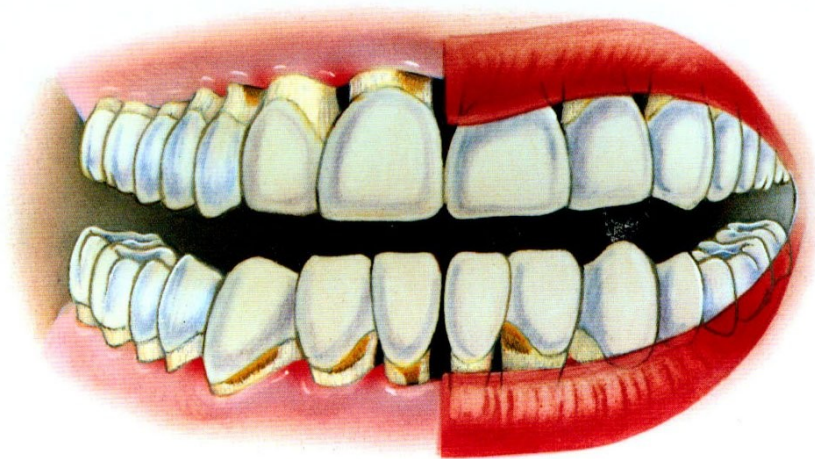
Предполагается, что всеми дополнительными лабораторными методами исследований не установлены никакие другие изменения в органах и тканях зубочелюстной системы.



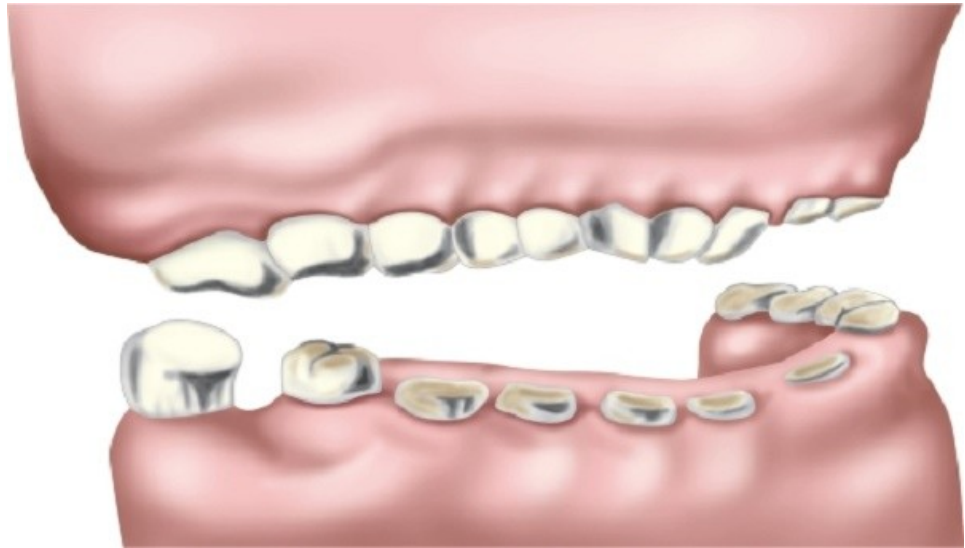
В ходе диагностического процесса необходимо дифференцировать первичную адентию от вторичной. Для первичной адентии вследствие отсутствия зачатков зубов характерны недоразвитие в данном участке альвеолярного отростка, его уплощение. Нередко первичная адентия сочетается с диастемами и тремами, аномалией формы зубов. Первичная адентия при ретенции, как правило, диагностируется после рентгенологического обследования. Возможна постановка диагноза после пальпации, но с последующей рентгенографией.



Вторичная частичная адентия как неосложненная форма должна быть дифференцирована от сопутствующих заболеваний, например пародонтоза (без видимой патологической подвижности зубов и отсутствия субъективных неприятных ощущений), осложненного вторичной адентией.



Если вторичная частичная адентия сочетается с патологической стираемостью твердых тканей сохранившихся зубов, принципиально важно установить, есть ли снижение высоты нижнего отдела лица в центральной окклюзии. Это существенно влияет на план лечения.



Определение показаний к применению ортопедических конструкций

при частичной вторичной адентии

		Обследование
Методы	Способ	Критерии оценки результатов
1. Субъективные:	Собеседование	Жалобы, беспокоящие пациента в связи с заболе-
а) жалобы;		ванием. Степень эффективности ранее проведен-
б) анамнез		ного терапевтического, ортопедического лечения;
		перенесенные заболевания (болезнь Боткина,
		ГБЦ и др.), аллергологический статус
2. Объективные:	Визуальное	Проявление признаков заболевания на лице, обу-
а) физический осмотр;	изучение	словленное отсутствием зубов, характер и сте-
		пень открывания рта, состояние ВНЧС.
		Изменения слизистой полости рта.
		Топография дефекта.
		Изменения в зубных рядах.
		Высота клинических коронок опорных зубов

Обследование

Методы	Способ	Критерии оценки результатов
б) перкуссия	Использование:	Состояние опорного аппарата зуба (болезненность, подвижность). Степень податливости слизистой. Глубина зубодесневого кармана. Состояние тканей периодонта опорных зубов.
и пальпация;	пинцета, зонда,	
	пальпации	
в) инструментальные	соответствующи-	Качество пломбирования корневых каналов.
и аппаратурные:	щих аппаратов	Состояние пульпы опорных зубов, тонуса мышц
– рентгенографические;		лица.
– электроодонтометрия;		
– гальванометрия;		
– миография и др.;		
– лабораторные	лабораторного	Состояние крови, слюны, мочи; гистологическое
	оборудования	состояние слизистой оболочки полости рта

Список литературы

1. Гайворонский И.В., Петрова Т.Б. Анатомия зубов человека: учебное пособие.- Изд-во ЭЛБИ – СПб, 2005. – 56с.
2. Белошенков В.В., Курякина Н.В., Лапкин М.М., Потловская Р.В. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области и методы ее исследования. – 2005. – 180с.
3. Копейкин В.Н. Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. – 2002. – 240с.
4. Шиллинбург Г., Якоби Р., Бракетт С. Основы препарирования зубов: практическое пособие. – Изд.дом «Азбука», 2006. – 384с.
5. Лобовкина Л.А., Романов А.М. Современные технологии реставрации зубов: монография. – Медпресс-информ, 2007. – 96с.
6. «Ортопедическая стоматология». Под ред. И.Ю. Лебедеико, Э.С. Каливрадзияна. «ГЭОТАР – Медиа»,2011, 640 с.
7. «Руководство по ортопедической стоматологии.» под редакцией В.Н. Копейкина.- М.:Триада-Х, 2006.-495с.