

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ СВЕРХКОМПЛЕКТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗУБОВ

В ортодонтической практике нередко случаи обращения пациентов со сверхкомплектными зубами. По данным эпидемиологических обследований данная аномалия числа зубов составляет от 0,12% до 0,3%, а по обращаемости в клинику — до 7,1% [1, 2, 8, 9, 10, 4, 12, 6, 7, 11].

Многие авторы отмечают генетическую обусловленность появления сверхкомплектной продукции зубов, указывая как на доминантный, так и рецессивный тип ее наследования (Т. D. Guardie, 1973; I. Nowak, 1973; I. Stahe, 1974 и др.). Некоторые ученые рассматривают появление сверхкомплектных зубов как явление атавизма, т.е. возврат к первоначальному числу, когда предки человека имели большее количество зубов, в основном передних (В. А. Дубровин, 1928; Н. И. Агапов, 1953; Д. А. Калвелис, 1957; Я. Я. Рогинский, М. Г. Ленин, 1963; А. Sternfeld, 1898; D. Junheim, 1954).

Другие исследователи считают, что сверхкомплектные зубы — это не что иное, как расщепление зачатков комплектных зубов (И. С. Рождественский, 1931; Н. Fuller, 1966) либо добавочная закладка фолликулов (Ю. В. Курляндский, 1957; 3; W. Kessler, 1963).

Сверхкомплектные зубы могут иметь разнообразную форму и прорезываться раньше или одновременно с комплектными, иногда исподволь — один за другим, а также занимать аномальное положение в челюстных костях, располагаясь на разной их глубине с атипичным направлением к оси прорезывания (Н. И. Агапов, 1953; Г. Ю. Паканс, 1961; Е. И. Русак, 1967; Т. Д. Еганова с соавт., 1973; С. И. Криштаб с соавт., 1977; С. И. Дорошенко, 1991; Е. С. Fuller, 1966, Т. D. Foster, G. S. Taylor, 1969 и др.).

Наличие сверхкомплектных зубов у человека приводит к различным нарушениям в формировании зубочелюстного аппарата, вызывая задержку прорезывания комплектных зубов, создавая дефицит места для них в зубном ряду и, как следствие — зубочелюстные деформации. Многие известные в литературе работы клиницистов посвящены,

в основном, тактике ортодонтического лечения пациентов, имеющих одиночные сверхкомплектные зубы. В то время, как множественная гиперпродукция зубов, характерная для системных заболеваний организма человека и вызывающая более серьезные нарушения, остается еще мало изученной. Недостаточно освещены вопросы касающиеся особенностей клинических проявлений, дифференциальной диагностики и лечения пациентов с данной аномалией количества зубов. Кроме того, нет четких показаний относительно последовательности и сроков проведения оперативных вмешательств по удалению сверхкомплектных зубов, находящихся в ретенции, а также возможности их сохранения в зубной дуге при неполноценности комплектных зубов.

Все вышеперечисленное определило цель проведенных нами исследований.

Цель исследования: повысить эффективность лечения зубочелюстных деформаций у пациентов, имеющих сверхкомплектные зубы, с учетом их количества, топографии, локализации, формы и наличия сопутствующих заболеваний организма у пациента.

Материал и методы исследования

С этой целью нами было принято на ортодонтическое лечение 95 пациентов со сверхкомплектными зубами в возрасте от 6 до 25 лет, из них лиц женского пола 41 (43,2%) и мужского 54 (56,8%) человек, что свидетельствует о том, что данная аномалия количества зубов более присуща лицам мужского пола. Пациенты были распределены на 2 группы. За основу распределения пациентов на группы принималось количество сверхкомплектных зубов у каждого. Первую группу составили 69 (73,6%) пациентов, имеющих от одного до двух сверхкомплектных зубов. Во вторую группу вошли 26 (27,4%) человек, у которых было выявлено от 3х и более сверхкомплектных зубов.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой методике. При сборе анамнеза выясняли: жало-

бы пациента или родителей; наличие семейной отягощенности, т.е. сверхкомплектных зубов у родственников; как протекала беременность матери (инфекционные заболевания, интоксикации, травма и др.) и роды; а также перенесенные ребенком инфекционные и общесоматические заболевания. После сбора анамнестических данных приступали к объективному исследованию: изучали конфигурацию и тип лица, характер жевания; состояние слизистой оболочки полости рта. Особое внимание уделяли определению количества зубов, срокам их прорезывания, а также форме зубных дуг и прикуса.

Затем приступали к дополнительным методам обследования: антропометрическим измерениям на диагностических моделях, рентгенографии (ортопантомографии, компьютерной томографии и др.). Пациенты с системными заболеваниями были дополнительно проконсультированы у других специалистов: генетиков, эндокринологов, отоларингологов и др. По данным рентгенологических исследований выявляли наличие ретенированных сверхкомплектных и комплектных зубов, их локализацию, топографию, форму и степень сформированности корней, направление оси прорезывания. На основании измерений диагностических моделей определяли ширину и длину зубной дуги (по Пону и Коркгаузу), а также наличие места для правильной постановки зубов в зубном ряду.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что чаще обращаются в клинику пациенты со сверхкомплектными зубами в возрасте от 7 до 11 лет — 65 (70,5%) детей, из 95 человек, принятых нами на лечение, т.е. в сменном периоде прикуса, когда прорезываются постоянные зубы. Многие пациенты не знали ранее о наличии у них сверхкомплектных зубов, что обнаруживалось чаще при рентгенологическом обследовании. Это подтверждает тот факт, что появление сверхкомплектных зубов в полости рта

тесным образом связано с процессом прорезывания постоянных зубов.

У пациентов 1 группы, в анамнезе только у 7 (10,1%) из 69 лиц, фигурировали сверхкомплектные зубы во временном периоде прикуса, в то время как во 2 группе — у 9 (34,6%) из 26 человек. Форма сверхкомплектных зубов, особенно у пациентов 1 группы, т.е. имеющих по 1—2 сверхкомплектных зуба, была самой разнообразной: шиповидной, конусовидной, премоляровидной, кратерообразной и даже по форме комплектных зубов (рис. 1).



Рис. 1. Фото пациентов с разнообразной формой коронок сверхкомплектных зубов

Самую многочисленную группу составили сверхкомплектные зубы шиповидной и конусовидной формы (45,1%), несколько реже встречались сверхкомплектные зубы по форме комплектных (32,4%), а сверхкомплектные зубы уродливой формы (бугристые, трехгранные, кратерообразные и другой атипичной формы) были малочисленными и составили лишь 13,3%. Кроме того, наблюдались сверхкомплектные зубы, сросшиеся с комплектными зубами, в 9,2% случаев.

Среди сверхкомплектных зубов, напоминающих форму комплектных, большинство составляли боковые резцы — 15,3% и верхние центральные резцы — 12,4%. Остальные сверхкомплектные зубы имели форму клыков, премоляров или моляров (всего 5,7% случаев).

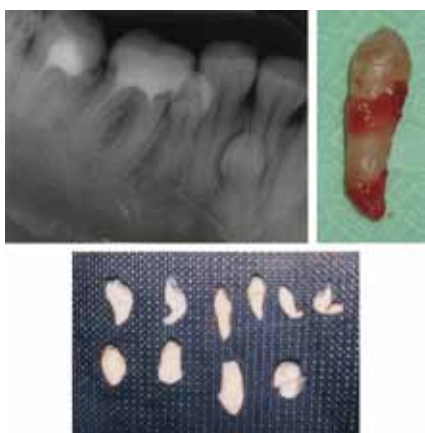


Рис. 2. Фото сверхкомплектных зубов пациентов с разнообразной формой их корней

Следует отметить, что у сверхкомплектных зубов разнообразной была не только форма коронковой части, но и корней с различной степенью их сформированности, что подтверждалось как рентгенологически, так и после их удаления (рис. 2).

Клинические и рентгенологические исследования показали, что около 40% сверхкомплектных зубов имели атипичную форму корней (конусовидную, изогнутую, шиповидную и др.), а у 50,4% случаев корни ничем не отличались от таковых у комплектных зубов. У большинства (41,5%) сверхкомплектных зубов корни не были полностью сформированы, а в 23,8% случаев корни отсутствовали. Вместе с тем 34,7% сверхкомплектных зубов имели хорошо развитый корень со сформированной верхушкой. Кроме того, почти все сверхкомплектные зубы имели по одному корню.

Преимущественной локализацией сверхкомплектных зубов служил фронтальный отдел зубных дуг — у 61 (88,4%) из 69 пациентов 1 группы. При этом, чаще на верхней челюсти — у 48 (78,7%) из 61 чел., и реже на нижней челюсти — 13 (21,3%). Сверхкомплектные зубы в боковых участках наблюдались у 8 (11,6%) пациентов из 69 лиц, находясь на лечении.

По одному сверхкомплектному зубу имели 48 (69,6%) человек, а по два — 21 (30,4%) пациент этой (1) группы. Сверхкомплектные зубы, относительно зубного ряда, располагались вестибулярно — 18 (20,0%) зубов, палатинально (лингвально) — 23 (25,5%) зуб. Однако преобладающее большинство 49

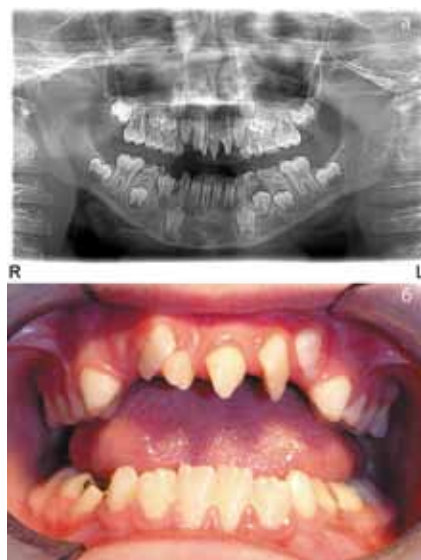


Рис. 3. Фото пациента, 7 лет, со сверхкомплектным зубообразованием (два сверхкомплектных зуба между центральными верхними резцами повернутыми вокруг продольной оси до 45°) на фронтальном участке верхней челюсти: а — ортопантомограмма, б — полость рта

(54,6%) сверхкомплектных зубов располагались по центру альвеолярного гребня, т.е. в зубном ряду, прорезавшись или в ретенции (рис. 3).

Что касается сверхкомплектных зубов, расположенных в зубной дуге, то большинство из них прорезывались между центральными резцами (25,1%), а также между центральными и боковыми резцами (19,1%) (рис. 4).



Рис. 4. Расположение сверхкомплектных зубов между центральными резцами (а), а также между центральными и боковыми резцами (б)

Сверхкомплектные зубы, расположенные в боковых участках чаще прорезывались вне зубного ряда (рис. 5).



Рис. 5. Фото пациента, 15 лет, со сверхкомплектным премоляром, расположенным вне зубного ряда

Довольно часто (51,8%) сверхкомплектные зубы располагались в толще челюстных костей, в ретенцированном состоянии, горизонтально либо под определенным углом наклона к вершине альвеолярного отростка с вестибулярной или лингвальной стороны, а иногда с направленной коронковой частью в сторону полости носа, гайморовых пазух и др. (2,4%). В этих случаях неоценимую помощь оказывала конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), которая позволяла рассматривать атипичное положение

ретеннированного зуба в 3хмерном пространстве (рис. 6, 7, 8, 9).



Рис. 6. Фото ортопантомограммы пациента Н., 14 лет, со сверхкомплектным зубообразованием на фронтальной участке верхней челюсти



Рис. 7. Фото фрагмента № 1 КЛКТ пациента Н., 14 лет, со сверхкомплектным сверхкомплектным зубом, направленного коронковой частью в полость носа



Рис. 8. Фото фрагмента №2 КЛКТ пациента Н., 14 лет, со сверхкомплектным сверхкомплектным зубом, направленного коронковой частью в полость носа



Рис. 9. Фото удаленного сверхкомплектного зуба пациента Н., 14 лет

Однако, в большинстве случаев (78,3%) ретеннированные сверхкомплектные зубы у лиц 1 группы располагались вертикально с правильным направлением оси прорезывания.

Препятствием для прорезывания сверхкомплектных зубов служило наличие задержавшихся временных зубов и дефицит места в зубном ряду, а также, как отмечалось выше, неправильное их положение. Кроме того, прорезывание сверхкомплектных зубов зависело не столько от формы

коронковой части, сколько от формы и состояния их корня.

У пациентов второй группы, т.е. имеющих от 3-х и более сверхкомплектных зубов, в анамнезе чаще фигурировала сверхкомплектная продукция временных зубов — у 9 (34,6%) из 26 чел. Кроме того, сверхкомплектные зубы, как правило, находились в ретенции в толще челюстей хаотично расположенными и имели коронковую часть по форме комплектных зубов. У пациентов 2 группы, в отличие от первой, сверхкомплектные зубы чаще выявлялись в боковых участках челюстей — у 17 (65,4%) лиц, преимущественно, на нижней челюсти — у 9 (52,9%), из 17 имея форму премоляров.

Расположение ретеннированных сверхкомплектных зубов в челюстях не всегда можно было четко определить на ортопантомограммах, особенно при решении вопроса хирургического доступа к ним. В этих случаях применялась КЛКТ, что представлено на рис. 10.



Рис. 10. Фото фрагментов КЛКТ пациента Р., 22 лет, со сверхкомплектным зубообразованием на фоне черепно-ключичного дизостоза

Наибольшее количество ретеннированных зубов наблюдалось у пациентов с синдромальной патологией, такой как черепно-ключичный дизостоз. У таких лиц в ретенции находились не только сверхкомплектные, но и комплектные зубы, которые достаточно глубоко, а порой хаотически, залегают в толще костной ткани челюстей, ближе к базальной их части, т.е. к основанию челюсти. При этом трудно было отличить их друг от друга. Корни зубов были укорочены с несформированной верхушкой, с явлениями гиперцементоза, а иногда и с образованием кистозных полостей. Своевременно не диагностированные фолликулярные кисты, что подтвердили клинические наблюдения, с возрастом пациента увеличиваются до огромных размеров. Образовавшиеся в результате патологического процесса кистозные полости ослабляют структуру костной ткани и могут привести к патологическому перелому нижней челюсти, а на верхней челюсти — к вращению кисты в гайморовую или носовую полости (рис. 11, 12).

Проведенные нами исследования показали, что сверхкомплектные зубы создают неблагоприятные условия для формирования зубочелюстного аппарата. Проявление деформаций зубных дуг и прикуса в каждом конкретном случае зависело от локализации, топографии и расположения сверхкомплектных зубов, их количества, а также формы коронок и корней, степени сформированности последних, состояния тканей пародонта, направления и последовательности прорезывания.

Прорезывание 1—2-х сверхкомплектных зубов вне зубного ряда, т.е. лингвально или вестибулярно, не вызывало особых нарушений в формировании зубных дуг, а также прикуса и наблюдалось в 19,3% случаев, что представлено на рис. 13.

Одновременное прорезывание комплектных и сверхкомплектных зубов на одном и том же участке вызывало скученность и смещение зубов в различных направлениях.

При прорезывании сверхкомплектного зуба между комплектными зубами, например, центральными верхними резцами, последние смещались дистально, а латеральные резцы проре-



Рис. 11. Образование кистозных полостей у пациента, 27 лет, со сверхкомплектной продукцией зубов на фоне черепно-ключичного дизостоза (фото фрагмента КЛКТ)



Рис. 12. Образование кистозных полостей у пациентки, 47 лет, со сверхкомплектной продукцией зубов на фоне черепно-ключичного дизостоза (фото ортопантомограммы)



Рис. 13. Фото полости рта пациентов со сверхкомплектными зубами, прорезавшимся лингвально

зывались вестибулярно или лингвально. Прорезывание в зубном ряду двух сверхкомплектных зубов еще больше отягощало клиническую ситуацию, все зависело и от формы их коронковой части. В большинстве своем, т.е. почти в 70% случаев, сверхкомплектные зубы прорезывались раньше комплектных. Находясь в челюстных костях они определенным образом влияли на положение зачатков комплектных зубов, смещая их в различных направлениях. У 9 (9,5%) из 95 пациентов принятых на лечение, наблюдали поворот комплектных зубов вокруг оси, в связи с давлением на них сверхкомплектных зубов. Чаще всего (5,8%) встречался поворот центральных резцов, как вокруг продольной, так и горизонтальной оси в некоторых случаях на 90°, а реже (3,7%) поворот латеральных резцов (см выше рис. 3).

Кроме того, у 8 (8,4%) пациентов было выявлено слияние сверхкомплектных зубов с комплектными, что сопровождалось с аномалиями положения остальных прорезывающихся комплектных зубов, а иногда и со стойкой ретенцией последних, что влекло за собой деформацию зубных дуг и прикуса (рис. 14).

Клинические наблюдения показали, что сверхкомплектные зубы, находясь в ретенции, в 5,3% случаев служили одновременно причиной ретенции комплектных, а также задержки в зубном ряду временных зубов. Этот факт можно объяснить, на наш взгляд тем, что при одновременной ретенции сверхкомплектных и комплектных зу-

бов на данном участке челюсти (а таким преимущественно был фронтальный) не создавалось необходимых условий для физиологической резорбции корней временных зубов из-за отсутствия надлежащего их контакта с зачатками постоянных зубов, выступающих на определенном этапе своего прорезывания в роли резорбционного органа, что способствовало задержке временных зубов в зубной дуге (рис. 15).

Прорезывание сверхкомплектных зубов в зубном ряду вместе с комплектными стимулировало чрезмерное развитие альвеолярного отростка челюстей и удлиняло зубную дугу. На верхней челюсти, это способствовало формированию «фронтальной прогнатии» и дистального прикуса (4,2%), а на нижней — «фронтальной прогении» и мезиального прикуса (2,1%), что представлено на рис. 16.



Рис. 16. Фото полости рта пациентов со сверхкомплектными нижними резцами

Клинические и рентгенологические исследования показали, что сверхкомплектные зубы могут вызывать не только аномалии положения отдельных зубов, деформацию зубных дуг и прикуса, но и различные патологические изменения тканей пародонта. В случаях, когда сверхкомплектный зуб оказывал давление на постоянный, на данном участке (в 4,1% случаев) наблюдали сужение периодонтальной щели, а также резорбцию и недоразвитие корней постоянных зубов.

Нередко (2,91%) констатировали явления периодонтита постоянных зубов, очень близко расположенных к сверхкомплектным зубам. Кроме того, прорезывание сверхкомплектных зубов вызывало воспаление слизистой оболочки десны, принимая порой хроническое течение (7,9%). Прорезавшиеся во фронтальном участке сверхкомплектные зубы, особенно атипичной формы, ухудшали эстетику улыбки, нарушали четкость речи, травмировали слизистую оболочку преддверия рта и неба.



Рис. 17. Фото ортопантограммы пациентки, 15 лет, со сформированными фолликулярными кистами сверхкомплектных зубов

Значительные осложнения вызывали сверхкомплектные зубы, находящиеся в стойкой ретенции. Располагаясь в толще костной ткани челюстей, они нередко (2,7%) приводили к образованию фолликулярных кист и развитию патологических процессов в окружающих тканях, а иногда служили причиной гайморита и остеомиелита (рис. 17).

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что сверхкомплектные зубы являются непосредственной причиной возникновения различных зубочелюстных аномалий и деформаций, а также патологических процессов в костной ткани челюстей.

Ортодонтическое лечение пациентов при наличии у них сверхкомплектных зубов имело свои особенности и сложности. В этом плане большое значение приобретали детально собранные клинично-рентгенологические данные, их интерпретация и тщательное проведенная дифференциальная диагностика. Важным диагностическим критерием в первую очередь служило количество сверхкомплектных зубов, а также их положение в челюстных костях, на каком этапе прорезывания они находились, глубина залегания и направление оси прорезывания, состояние и форма коронковой и корневой их части. Кроме того, сверхкомплектные зубы могли быть прорезавшимися и ретенированными, располагаться в зубном ряду или вне его, сопровождаться с аномалиями положения отдельных зубов и прикуса или их провоцировать.

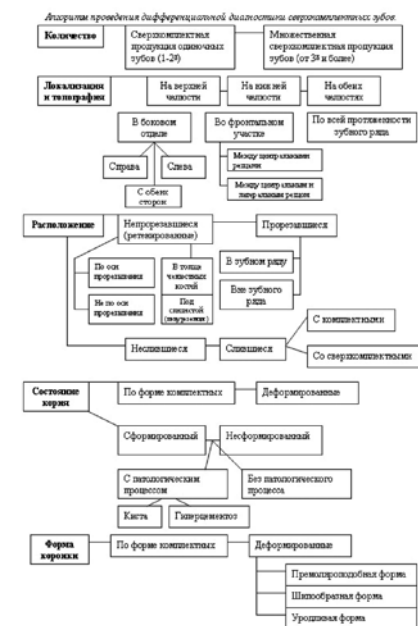
На основании клинично-рентгенологических исследований нами был разработан алгоритм проведения дифференциальной диагностики сверхком-



Рис. 14. Фото полости рта пациентов со слиянием сверхкомплектных зубов с комплектными на фронтальном участке верхней челюсти



Рис. 15. Фото полости рта пациента, 9 лет, с задержавшимся верхним временным центральным резцом и ретенированным сверхкомплектным зубом во фронтальной области



плектных зубов и связанных с ними нарушений в зубочелюстном аппарате, что представлено в виде схемы на рис. 18.

Кроме вышеперечисленных критериев, в него были включены также данные о состоянии организма пациента, наличии системных заболеваний и отягощенной наследственности.

Диагностика прорезавшихся сверхкомплектных зубов особых трудностей не представляла. Лишь в некоторых случаях возникала необходимость их дифференцировать с аномалиями формы и величины комплектных зубов, ориентируясь на размеры и форму комплектных зубов на противоположной стороне челюсти.

Клинические наблюдения показали, что затруднения в диагностике создавали, главным образом, непрорезавшиеся сверхкомплектные зубы. В этом плане рентгенография имела важные разрешающие способности. Однако на обычных ортопантомограммах у детей особенно в сменном периоде прикуса, нередко контуры зачатков комплектных постоянных зубов и сверхкомплектных, как правило, наслаиваются друг на друга. Поэтому для дифференцировки проводили, как уже отмечалось выше, КЛКТ (рис. 19, 20).



Рис. 19. Фото ортопантомограммы пациента, 15 лет, с предварительным диагнозом: слившийся сверхкомплектный зуб с комплектным 21



Рис. 20. Фото фрагмента КЛКТ пациента, 15 лет, с предварительным диагнозом: слившийся сверхкомплектный зуб с комплектным 21. Отчетливо визуализируется 21 ретенционный зуб повернутый по вертикальной оси

Наслаивание контуров сверхкомплектных и комплектных зубов друг на друга служило признаком одновременного их прорезывания. Использование упомянутых выше методик цифровой КЛКТ позволило определить вестибуло-оральное расположение ретенционных сверхкомплектных зубов относительно зубного ряда.

Клинические исследования подтвердили, что только тщательно проведенная дифференциальная диагностика сверхкомплектных зубов и связанных с ними нарушений в зубочелюстном аппарате с учетом всех перечисленных выше критериев позволит избрать адекватные способы ортодонтического лечения, обеспечить их эффективность и предупредить возможные осложнения.

У **пациентов 1 группы** (имеющих по 1—2 сверхкомплектных зуба) ортодонтическое лечение состояло в следующем. Прорезавшиеся вне зубного ряда сверхкомплектные зубы, как правило, удалялись. Аппаратурного лечения при этом не требовалось, т.к. особых нарушений в формировании зубных дуг и прикуса у пациентов не наблюдалось. В случаях сопутствующей зубочелюстной аномалии проводилось соответствующее ортодонтическое лечение с учетом основной патологии.

При прорезывании сверхкомплектных зубов в зубной дуге они также удалялись с последующим перемещением аномально расположенных комплектных зубов. Так, при прорезывании сверхкомплектного зуба между центральными верхними резцами он удалялся, а образовавшаяся диастема устранялась аппаратами Д.А. Калвелиса, В.С. Куриленко с подвижными рычагами, С.И. Дорошенко с зацепными петлями на вестибулярной дуге и др. Прорезывание двух сверхкомплектных зубов на месте верхних центральных резцов служило причиной прорезывания последних в зубном ряду с поворотом вокруг оси, что, на наш взгляд, было предопределено еще на этапе закладки их зачатков. Сведение образовавшейся после удаления сверхкомплектных зубов «диастемы» проводилось одновременно с разворотом центральных резцов (рис. 21).



Рис. 21. Пример лечения пациента К., 7 лет, с двумя сверхкомплектными зубами, расположенными между двумя центральными резцам на этапах ортодонтического лечения

Клиническими наблюдениями было установлено, что перемещение аномально расположенных комплектных зубов в свободную лунку, после удаления сверхкомплектного, в более ранние сроки (на 2—3 день) позволяло значи-

тельно сократить сроки аппаратурного лечения (почти в 2 раза) и избежать возможных осложнений (резорбции корней перемещаемых зубов; дефицит места в зубной дуге из-за смещения зубов, ограничивающих образовавшийся дефект зубного ряда). Кроме того, раннее перемещение зуба в лунку удаленного, на наш взгляд, как бы пролонгировало локальную декальцинацию костной ткани, возникшую в результате воспалительной реакции после проведенного хирургического вмешательства, что делало костную ткань более эластичной, т.е. податливой. Об этом писал еще А.А. Лимберг, давая принципиально новую оценку сущности компактостеотомии, к которой прибегали ортодонты с целью ослабления кости для ускорения перемещения аномально расположенного зуба в зубную дугу [5]. Он указал, что: «Главное — это не механическое ослабление костной ткани, а биологическая реакция воспаления, возникшая в костной ткани в ответ на травму. В результате этой реакции наблюдается деминерализация костной ткани и активируются репаративные процессы, что облегчает перестройку тканей под воздействием ортодонтических аппаратов».

При одновременной ретенции сверхкомплектных и комплектных зубов с наличием задержавшихся временных, что чаще случалось во фронтальном участке челюстей, ортодонтическое лечение проводилось поэтапно (рис. 22).



Рис. 22. Фото полости рта пациента П., 11 лет: а — с задержавшимися временными верхними центральными резцами, ретенционными комплектными постоянными, а также со сверхкомплектными; б — рентген-снимок; в—е — на этапах комплексного лечения

В начале получали оттиск и на гипсовых моделях срезали временные резцы, а затем изготовляли аппарат-протез, т.е. пластинку с искусственными зубами, замещающими дефект зубного ряда, для устранения нарушений эстетики и речи. В аппарате предусматривался винт или

омегаобразная петля с целью создания достаточного места в зубной дуге для постоянных резцов. Сдача аппарата-протеза проводилась через 2 часа после удаления временных зубов и остановки кровотечения. Пациент пользовался таким аппаратом до прорезывания сверхкомплектных зубов, а они, как правило, прорезывались раньше комплектных. Аппарат-протез в данном случае выполнял одновременно роль раздражающей пластинки, стимулируя процесс прорезывания ретенированных зубов. Прорезавшиеся хотя бы бугорком сверхкомплектные зубы (а они чаще были конической формы) удалялись, а в аппарат снова вваривались с целью эстетики искусственные зубы либо изготавливался новый такой же конструкции для стимуляции прорезывания постоянных резцов. Следует отметить, что сверхкомплектные зубы удалялись, как правило, после их прорезывания, что позволяло избежать более сложного хирургического вмешательства, которое достаточно травматическое, нередко связано с утратой костной ткани и последующим развитием рубцовых изменений, препятствующих в дальнейшем прорезыванию постоянных зубов и требующих повторных операций.

Как показала практика, в некоторых случаях для предупреждения развития зубочелюстных деформаций, особенно при одновременном прорезывании двух сверхкомплектных зубов с комплектными, что чаще случалось во фронтальном участке, иногда прибегали к раннему удалению сверхкомплектных зубов, т.е. до их прорезывания: на верхней челюсти — для предупреждения «фронтальной прогнатии» или дистального прикуса; на нижней челюсти — для предупреждения «фронтальной прогении» или мезиального прикуса. Это позволяло, в определенной степени, «управлять» процессом роста и формирования зубоальвеолярной части челюсти на данном участке, облегчая дальнейшую аппаратную коррекцию межокклюзионных взаимоотношений.

Хирургическое вмешательство по удалению ретенированных сверхкомплектных зубов проводилось также в тех случаях, когда они прорезывались в противоположном направлении, создавая угрозу окружающим органам и тканям, либо их пребывание в кости способствовало формированию кист и очагов инфекции. Кроме того, к удалению ретенированных сверхкомплектных зубов прибегали также в тех случаях, когда последние не могли самостоятельно прорезываться из-за деформаций корня либо коронковой части, препятствуя прорезыванию комплектных зубов и вызывая резорбцию

твердых тканей прорезавшихся постоянных зубов.

Проведенные исследования показали, что в практической ортодонтии нельзя подходить к сверхкомплектному зубу как абсолютному показанию к его удалению. В некоторых случаях, иногда целесообразнее его сохранить, а удалить ущербный комплектный со значительным разрушением коронковой части кариозным процессом или после травмы, с поворотом вокруг оси более 90° при сформированном корне, особенно при его деформации. Перемещение сверхкомплектного зуба в «свободную» лунку, после удаленного по показаниям комплектного, также желательно проводить в первые 3 дня. В некоторых случаях, как подтвердили клинические наблюдения, аппаратную коррекцию можно начинать и в день оперативного вмешательства (через 2 часа после остановки кровотечения), применяя слабые прерывистые ортодонтические силы и соблюдая надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Возможность использования в съемных аппаратах расширяющих элементов (винтов, омегаобразных петель), про- и ретракторов, позволяло устранить дефицит места в зубной дуге для перемещаемых зубов, обеспечить надежную опору, не препятствуя росту челюстей у детей. У лиц старшего возраста иногда использовалась несъемная техника — брекет система.

Ортодонтическое лечение пациентов 2 группы, т.е. с множественной сверхкомплектной продукцией зубов — от 3-х и более, было достаточно сложным и проводилось с учётом не только количества сверхкомплектных зубов, их локализации и топографии, состояния и формы корней и коронковой части, а также окружающих тканей, но и наличия системных заболеваний организма. У большинства из них в анамнезе, о чем упоминалось выше, фигурировало сверхкомплектное образование зубов у родственников и чаще у лиц мужского пола. Наиболее распространенной среди них оказалась такая системная патология, как дизостозы и в частности черепно-ключичный дизостоз — синдром Шейтхауера-Мари-Сентона.

У данных пациентов наблюдалась множественная ретенция как комплектных так и сверхкомплектных зубов, а также задержка в зубных дугах временных зубов. Возникшие при этом дефекты зубных рядов и связанные с ними нарушения функции жевания и речи, а также эстетические недостатки требовали комплексного подхода в лечении. В этом плане важно было решать следующие вопросы: — насколько полноценны задержавшиеся времен-

ные зубы и способны ли они выполнять определенную жевательную нагрузку и кламмерную фиксацию съемного протеза; — возможности выведения из ретенции комплектных и сверхкомплектных зубов с учетом их полноценности, глубины залегания в челюстных костях, направления оси прорезывания и т.д.; — объем хирургических вмешательств, а также согласен ли пациент на их проведение. Все это требовало определенной специальной подготовки полости рта к ортодонтическому и ортопедическому лечению, а также, что очень важно, психологической подготовки самого пациента.

Вначале пациентам проводилась санация полости рта, затем изготавливались временные съемные пластиночные протезы, которые выполняли также роль раздражающей пластинки для стимуляции возможного прорезывания ретенированных зубов. В случае прорезывания под пластинкой ретенированных комплектных либо сверхкомплектных зубов (сразу как они только показались) проводили их вытяжение с учетом полноценности, зафиксировав на них ортодонтические кнопки, а в пластинках предварительно вмонтировав крючки или зацепные петли. При стойкой ретенции прибегали к хирургическим вмешательствам, снимая кортикальный слой кости и обнажая коронковую часть ретенированного зуба с последующим ушиванием раны без фиксации на нем зацепного элемента (кнопки или брекета). Пациент продолжал пользоваться аппаратом-протезом пока не происходило прорезывание данного зуба, после чего выведение зуба в зубную дугу проводилось по общепринятой методике.



Рис. 23. Фото ортопантограммы и полости рта пациента, 22 лет, со сверхкомплектным зубообразованием и множественной ретенцией комплектных и сверхкомплектных зубов на фоне черепно-ключичного дизостоза. Пациент продолжает находиться на ортодонтическом лечении

При этом учитывали состояние корней ретенированных зубов, подлежащих выведению (рис. 23).

В случаях нецелесообразности выведения из ретенции сверхкомплектных зубов они удалялись. К таким случаям были отнесены: прорезывание сверхкомплектного зуба в противоположном направлении, а также если пациент отказывался от хирургического вмешательства (рис. 24).



Рис. 24. Фото ортопантомограммы и полости рта пациента, 17 лет, со сверхкомплектным зубообразованием и множественной ретенцией комплектных и сверхкомплектных зубов на фоне черепно-ключичного дизостоза. Пациент отказался от комплексного ортодонтического лечения. Ему были изготовлены покрывные съемные пластинчатые протезы

Однако не всегда ретенированные сверхкомплектные зубы удалялись, учитывая значительную травматичность хирургического вмешательства и повреждаемость при этом окружающих тканей. В этих случаях такие зубы оставляли в челюстных костях, но под постоянным рентгенологическим контролем, т.е. пациентам проводилась рентгенография не реже одного раза в год, если конечно, не возникали какие-либо неприятные ощущения на участке ретенированных зубов. Все эти предосторожности особенно необходимы для своевременного выявления патологических процессов — формирование фолликулярных кист и других патологических процессов вокруг сверхкомплектных зубов, находящихся в стойкой ретенции, чтобы предупредить в будущем более се-

рьезные осложнения, что представлено ранее на рис 12.

Проведенные нами многолетние исследования по изучению врачебной тактики лечения пациентов, имеющих сверхкомплектное образование зубов, позволяют сделать следующие выводы:

- Выбор метода лечения пациентов со сверхкомплектными зубами зависит, в первую очередь, от количества последних, а также от их локализации и топографии, глубины залегания в челюстных костях, направления оси прорезывания, формы корней, что усугубляется с помощью различных современных методов рентгенологического обследования.

- Множественная сверхкомплектная продукция зубов является, как правило, спутником тяжелых системных заболеваний организма, таких как дизостозы, в частности — черепно-ключичный дизостоз, которые генетически детерминированы.

- Ранее удаление ретенированных сверхкомплектных зубов при задержавшихся в зубном ряду временных и ретенции комплектных зубов достаточно травматично и чревато серьезными последствиями, а именно: обширным повреждением костной ткани челюстей с травмой зачатков постоянных зубов и последующим рубцеванием, препятствующим дальнейшему прорезыванию комплектных зубов и росту челюстей.

- При одновременной одиночной (1—2 зуба) ретенции комплектных и сверхкомплектных зубов с наличием задержавшихся в зубном ряду временных, лечение необходимо проводить поэтапно. Вначале изготовить аппарат-протез с искусственными зубами, а также винтом или омегой и провести его сдачу сразу после удаления временных зубов. Затем стимулировать прорезывание сверхкомплектных зубов. Прорезывающиеся сверхкомплектные зубы необходимо удалять и в тот же день после остановки кровотечения (либо в первых три дня), опять зафиксировать тот же аппарат или вновь заранее изготовленный до полного прорезывания комплектных зубов.

- Аппаратурное перемещение зубов в лунку удаленного в более ранние сро-

ки (до 3 дней), используя слабые прерывистые ортодонтические силы и съемные аппараты, позволяет сократить сроки лечения пациентов за счет пролонгированной локальной декальцинации костной ткани на данном участке, возникшей как результат воспалительного процесса, а также предупредить смещение рядом стоящих зубов, обеспечивая при этом надежную точку опоры в аппарате.

- При одновременной множественной ретенции сверхкомплектных и комплектных зубов у пациентов с системными заболеваниями организма (дизостозы) лечение достаточно длительное и должно проводиться также поэтапно, используя съемные аппараты-протезы с искусственными зубами для замещения дефектов зубного ряда и необходимыми ортодонтическими приспособлениями (винтами, зацепными петлями и пр.). Такие аппараты улучшают эстетику лица и выполняют одновременно функцию раздражающей пластинки, стимулируя прорезывание зубов. Из ретенции следует выводить более полноценные зубы, имеющие правильное направление оси прорезывания к альвеолярному гребню. С этой целью проводят декортикацию, т.е. снимают кортикальный слой костной ткани над ретенированным зубом, затем рану ушивают и продолжают использовать протез-аппарат для дальнейшего прорезывания ретенированного зуба и перемещения его в зубную дугу.

- Сверхкомплектные зубы, как и комплектные, находящиеся в стойкой ретенции, т.е. расположенные горизонтально или в противоположном направлении, а также утратившие потенцию к прорезыванию с явлениями гиперцементоза (как бы «замурованные» в толще костной ткани), если они ведут себя «спокойно», оставляют в челюстных костях, но под постоянным строгим рентген-контролем. Альтернативой в реабилитации таких пациентов могут служить частичные съемные протезы. К хирургическому вмешательству следует прибегать лишь в случаях формирования кистозных полостей и при возникновении других патологических процессов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Ю.М., Ковалевская Е.И. Введение сверхкомплектных зубов у детей//Тез. докл. IV респ. конф. По стоматологии. — Киев. — 1964. — С. 146—147.
2. Андросова И.Е., Ненашев А.П. Сверхкомплектные зубы//Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. — МЗО РСФСР. — 1974. — С. 208—210.
3. Вайс С.И. Терапевтическая стоматология. — М. — «Медицина». — 1965. — № 6. — С. 78—79.
4. Дорошенко С.И. Подготовка полости рта и ортодонтическое лечение при зубочелюстных деформациях (клинико-экспериментальное исследование): Дис. ... д-ра мед. наук. — Киев. — 1991. — 401 с.
5. Руководство по ортопедической стоматологии//Под ред. А.И. Евдокимова//Москва. — «Медицина». — 568 с.
6. Каламкарров Х.А. Клиника и лечение зубо-челюстных аномалий детей//Каламкарров Х.А. — М.: Медицина. — 1978. — С. 128—135.
7. Коминек Я. Детская стоматология. Государственное издательство медицинской литературы//Коминек Я., Томан Я., Розковцева Е. — Прага. — 1968. — С. 79, 422.
8. Криштаб С.И. Клиника и лечение зубочелюстных аномалий, связанных со сверхкомплектными зубами//Методич. рекомендации. — Одесса. — 1977. — 13 с.
9. Макеев В.Ф., Риберт Ю.А. Сверхкомплектные зубы и особенности их анатомогистологического строения//Стоматология. — Киев. — 1987. — Вып. 22. — С. 121—122.
10. Неспрядько В.П. Особенности формирования и прорезывания сверхкомплектных зубов//Стоматология. — Киев. — 1984. — Вып. 19. — С. 98—101.
11. Радочина С.В. Клиника и лечение зубочелюстных деформаций, связанных со сверхкомплектными зубами//IV респ. съезд стоматологов Украинской ССР. Тез. Днепропетровск. — Киев. — 1970. — С. 520—522.
12. Фарах Хасан. Клиника, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий, обусловленных наличием сверхкомплектных зубов. Дисс. ... канд. мед. наук. — Киев. — 1993. — 155 с.